EPP

SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT

Présentation de l'audit sur la sécurisation du circuit du médicament

(prescription – dispensation – administration)

Décembre 2009

CHEF DE PROJET

Jean-Louis LONGUEFOSSE Pharmacien Chef du pôle de Logistique Médicale

LES ACTEURS DU PROJET

NOM	PRENOM	FONCTION	SERVICE
ARETO	ELISE	ADJOINT ADMINISTRATIF	DIRECTION DE LA QUALITE
BITIER	ALEXANDRA	ATTACHEE D'ADMINST° HOSPITALIERE	DIRECTION DE LA QUALITE
CEREYON	ALAIN	CADRE DE SANTE	UNITE DE SOINS REGIS
CLEMMER	ANNICK	DIRECTEUR	DIRECTION DE LA QUALITE
DALMAT	JIMMY	INFIRMIER	UAO
DAVIDAS	DIDIER	INFIRMIER	UAO
DERAMCHI	KAMAL	MEDECIN SOMATICIEN	
EDMOND	JOSETTE	PREPARATEUR EN PHARMACIE	PHARMACIE
FORTUNE	ANNE-MARIE	PHARMACIENNE	PHARMACIE
FOUCHER	BERTRAND	CHEF DE POLE	AFT
GILLET	CHRISTELE	PRATICIEN HOSPITALIER	USP TRINITE
GLISSANT	MARIE-CLAIRE	SECRETAIRE MEDICALE	GERONTOPSYCHIATRIE

LAPLACE	PIERRE	MEDECIN DIM	DIM
LAVENAIRE	MARIE-CLAIRE	SECRETAIRE MEDICALE	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE
LEDROIT	M.CHRISTINE	INFIRMIERE	PAVLOV
LIGUORI	GERALDINE	PHARMACIEN	PHARMACIE/EOHH
LONGUEFOSSE	JEAN-LOUIS	CHEF DE POLE	PHARMACIE
LUMEAU	ESTELLE	INFIRMIERE	CMP TRINITE
MININ	PAQUERETTE	INFIRMIERE	UNITE DE SOINS MOREL
MONPELAT	MICHEL	PREPARATEUR EN PHARMACIE	PHARMACIE
MONTLOUIS- PRIVAT	PATRICIA	INFIRMIERE	UNITE DE SOINS CHARCOT
OLINY	FRANTZ	CADRE SUPERIEUR DE SANTE	DIRECTION DES SOINS

DOCUMENTS DE REFERENCE

1 – Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments contenant de substances vénéneuses et s'appliquant aux établissements disposant d'une pharmacie à usage intérieur. JORF n° 77 du 1er avril 1999, p. 4854

2 – OPC 9 manuel d'accréditation V1

3 – Manuel d'accréditation V2 HAS : Chap.3 réf. 36 « Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et ceux des autres secteurs ».

4 – HAS/DACEPP/ service de l'accréditation / 2005 – Organisation du circuit du médicament en établissement de santé – Collection – « Fiche thématique »

5 – Document de travail DHOS sur le circuit du médicament

6 – Référentiel SF pharmacie clinique : référentiel de la pharmacie hospitalière 1997

7 – Nouveau décret sur la compétence de la profession d'infirmier

8 – MeaH – Rapport du 19 septembre 2006 – Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques – www.meah.santé.gouv.fr

9 – MeaH – Rapport du 25 juillet 2008 - Organisation du circuit du médicament dans les hôpitaux et cliniques – www.meah.santé.gouv.fr

10 – Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

11 – Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

12 – Loi du 8 décembre 1992 sur la qualité et la sécurité des traitements et des soins.

13 - Rapport relatif à l'informatisation du circuit du médicament. Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs ? – Ministère délégué à la santé –DHOS – mai 2001

14 -- Recommandations Rec (2006) 7 du Conseil de l'Europe – « Gestion de la sécurité des patients et de la prévention des évènements indésirables dans les soins de santé »

QUELS ENJEUX POUR L'HOPITAL ?

1 – Sécurisation du circuit du médicament : mettre en place une chaîne de responsabilités et de processus complexes entre les professionnels concernés

2 – Gestion des risques iatrogènes à l'hôpital

3 – Amélioration du dossier patient

4 – Préparation à l'informatisation du circuit du médicament

CHOIX DU THEME

Le choix de ce thème se fonde sur l'observation d'un certain nombre de points critiques repérés tout au long du circuit du médicament, sans jamais avoir été formellement quantifiés ni analysés :

- identité du prescripteur non sécurisée sur le logiciel PAD,
- absence des historiques des traitements ou difficultés d'y accéder,
- formulation des prescriptions s'avérant parfois insatisfaisante (manque de précisions concernant les dosages par exemple),
- constats d'erreurs commises lors de la retranscription des ordonnances,
- absence d'analyse pharmaceutique des prescriptions,
- absence de système d'information (fiche de liaison) permettant de prévenir les praticiens d'une non dispensation des médicaments, d'une rupture de stocks et d'en exposer les raisons,
- fiche d'enregistrement de l'administration des médicaments non renseignée systématiquement dans toutes les unités d'hospitalisation,
- défaut de traçabilité ne permettant donc pas aux médecins et pharmaciens de s'assurer de l'administration effective des médicaments,
- remontée anecdotique d'un certain nombre d'incidents (erreurs de doses, erreurs de patients, administration de médicaments non prescrits (laxatifs)),
- multiplication des supports de prescription, dont certains ont été jugés comme inadaptés,
- difficultés d'approvisionnement des médicaments (en urgence notamment),
- difficulté de gestion des dotations des médicaments.

METHODOLOGIE

Période de l'audit : du 5 au 16 octobre 2009

Audit clinique ciblé (ACC) réalisé *a posteriori* en analysant les prescriptions en cours de patients hospitalisés depuis au moins 48 h (ordonnances de sortie exclues) ; la sélection des dossiers patients a été réalisée au hasard dans les services d'hospitalisation.

Il s'étend à toutes les unités d'hospitalisation du site de Colson : Gérontopsychiatrie, UAO, Morel, Cabanis, Régis, Pinel, Charcot, Esquirol, Magnan, Pavlov, soit 10 services. Le lieu de vie (FAM) est exclu du champ d'application de l'audit.

Les dossiers patient ont été audités par un binôme praticien et cadre de santé ou IDE : LONGUEFOSSE Jean-Louis / CORAN Yvette - FORTUNE Anne-Marie / LUMEAU Estelle - BITIER Alexandra / MOMPELAT Michel - FOUCHER Bertrand / LEDROIT Marie-Christine - LAPLACE Pierre / CERAYON Alain

Principe de base : Le professionnel de santé d'un service n'audit pas les dossiers de son ou ses service(s) d'affectation.

RESULTATS

46 dossiers ont été analysés dans les 10 unités d'hospitalisation du CHC : Gérontopsychiatrie (3), UAO (4), Morel (6), Cabanis (6), Régis (8), Pinel (4), Charcot (4), Esquirol (4), Magnan (3) Pavlov (4)

Prescription

Prescripteurs

La liste des prescripteurs n'est pas régulièrement mise à jour, les affaires médicales doivent transmettre systématiquement à la pharmacie les coordonnées des nouveaux praticiens lors de l'arrivée au sein de l'établissement ou chaque changement de personnel médical afin de tenir le listing de l'ensemble des prescripteurs à jour, en relation avec le service informatique et le DIM

Le registre des signatures des prescripteurs n'existe pas à la pharmacie, contrairement aux bonnes pratiques ; il serait souhaitable de disposer à la pharmacie d'une liste de dépôt de signatures de chaque praticien fournie par les affaires médicales (envoyée par exemple avec la fiche de paie un dépôt de signature à transmettre à la pharmacie)

Antibiotiques

Peu de dossiers analysés (13%) comportent un traitement antibiotique; parmi eux, les 2/3 sont prescrits sur la feuille de prescription des antibiotiques. Parfois la prescription d'antibiotique est présente et transmise à la pharmacie pour commande mais n'est pas insérée dans le dossier patient pour archivage.

Médicaments personnel des patients

Aucune procédure écrite d'utilisation de traitement personnel des patients n'existe. Les pratiques sont hétérogènes : Regis, Magnan semblent isoler les traitements personnels dans les tiroirs de leur chariot de soins ; à l'UAO, il n'y a pas retrait des médicaments personnels si le patient est diabétique à Pavlov, il existe une "transmission ou procédure orale" : la prescription est soumise au médecin, la famille ramène les traitements au domicile.

Formulation de la prescription

La prescription est bien formulée pour l'**identification du patient** avec le nom et le prénom (93%), pour la date de naissance (70%), mais aucune information sur le sexe, le poids et la taille du patient. Il existe un classeur spécifique pour les prescriptions (Gérontopsy) : mais il manque les prénoms des patients.

Seulement 1/3 des dossiers comporte le nom et la signature du **prescripteur**. Souvent incomplet (nom ou signature). Le nom est plus souvent noté, absence dans la majorité des cas de tous les critères

Plus de la moitié des prescriptions ne comportent pas l'identification de l'**unité de soins**.

Toutes les prescriptions indiquent la **date**, la **dose/prise** et la **fréquence** d'administration des médicaments

La **dose/24h** (74%), le **dosage** et la **forme** pharmaceutique (67%) ne sont pas systématiquement notés, surtout dans les fiches manuelles de prescription. Les **voies d'administration** des médicaments sont notées que dans 28% des dossiers ; elles sont "évaluées" par les IDE. La **durée de l'administration** et les **horaires d'administration** ne sont pratiquement jamais précisés. Pas de médicaments IV dans les dossiers analysés.

La **durée de traitement est** uniquement précisée dans les prescriptions d'antibiotiques et de stupéfiants. Les arrêts ne sont pas indiqués systématiquement sur la feuille de prescription.

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

Ne figurent pas	Ordonnance
Nom du service	59%
Identité du prescripteur avec signature	67%
Nom et prénom du patient	7%
Sexe, poids, taille du patient	100%
Date de naissance	30%
Heure	59%
Dosage et forme	33%
Dose/24h	26%
Voie d'administration	72%
Horaires d'administration	100%
Durée du traitement	96%

Support de prescription

85% des prescriptions sont manuscrites alors que les 3/4 des services sont dotés de PAD. Il s'agit de fiches d'observation médicale intégrées dans le dossier de soins et retranscrites sur PAD si le service en est doté ce qui entraîne des risques d'erreurs. On note une **forte disparité des supports de prescription** selon les services de soins : classeur de prescription ou fiches de prescription variées, y compris dans les services informatisés avec PAD. A Cabanis, la prescription manuscrite concerne uniquement les traitements somatiques, alors que l'ensemble des traitements psy est prescrit directement sur PAD

78% des prescriptions sont présentes dans le dossier patient. Un classeur "médicaments" spécifique groupant l'ensemble des prescriptions pour les patients est à disposition dans l'unité de soins (Géronto psy, Pavlov). La prescription manuscrite en provenance de l'UAO est intégrée dans le dossier patient lors de son transfert à d'autres unités de soins.

Tous les services disposent d'une aide à la prescription : Vidal (100%), Livret pharmaceutique (70%), Doroz (24%) mais de façon incomplète et disparate.

Le livret pharmaceutique 2007-2008 est disponible dans chaque unité de soins sauf à Morel où il est introuvable. Il n'est pas connu par les IDE présentes le jour de l'audit à l'UAO. Le livret pharmaceutique version 2009-2010 est finalisé et sera diffusé en Décembre 2009 (en attente de papier ou de serveur intranet !!!!). Une version PDF "saucissonnée" a été envoyée par mail à tous les prescripteurs le 1er décembre 2009.

Le Vidal papier est présent dans les unités de soins mais la version n'est pas toujours la plus récente (Gérontopsy version 2007, Magnan version 2004 et 2007, Esquirol version 2005). Pas de version informatique à jour disponible dans l'établissement alors que le CHC est abonné à HOPTIMAL depuis 2 ans (jamais installé sur les pc des prescripteurs par le service informatique).

Aucune base de données informatisée n'est mis à la disposition des prescripteurs. Chaque unité de soins dispose d'un accès internet et il est donc possible en théorie d'accéder à des bases de données informatiques via internet. En revanche, aucun réseau informatique interne "intranet" n'est disponible dans l'établissement afin de mettre à disposition des prescripteurs l'ensemble de la documentation pharmaceutique.

Les médecins disposent le plus souvent d'une version ancienne du **Doroz** (personnel)

Retranscription

3 prescriptions sur 4 sont retranscrites ! 61% sur PAD, 13% sur support papier

La retranscription sur PAD est souvent correcte mais parfois il manque 1 médicament.

Dans certains services, ce sont les IDE qui réalisent la retranscription sur informatique PAD, validée en principe par les médecins. A Pinel, les IDE ou les médecins réalisent des retranscriptions sur support papier.

1 seule prescription comportait un **stupéfiant** (Regis) ; elle est faite sur une ordonnance sécurisée mais les différentes mentions concernant les stupéfiants ne sont pas écrites en toutes lettres comme le prévoit la réglementation.

L'historique des prescriptions figure dans 65% des dossiers patients. Les anciennes fiches de prescription sont archivées dans le classeur des prescriptions et sur PAD. Les archives sont souvent stockées au niveau du secrétariat.

La moitié des prescriptions manuscrites est illisible. La prescription informatique PAD est toujours lisible.

Aucune abréviation n'a été utilisée dans les prescriptions.

Le **nombre de médicaments prescrits** n'apparaît sur aucune prescription. Nous avons relevé 7,3 médicaments en moyenne pour les 46 dossiers analysés dont 1,7 médicament prescrit en si besoin.

Dispensation

Transmission des prescriptions

3/4 des prescriptions sont transmises à la pharmacie : sur disquettes PAD (76%) et supports écrits (24%) ; ces derniers concernent les prescriptions des antibiotiques, des stupéfiants et des médicaments en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) sont transmises à la pharmacie. 25% des prescriptions n'ont pas été transmises à la pharmacie.

Le tiers des demandes de médicaments sont réalisés sur un bon de commande global (prescriptions non transmises à la pharmacie pour la plupart).

Le fax est utilisé uniquement par les services extra-hospitaliers non concernés par cet audit

Les 3/4 des demandes de médicaments sont transmises dans le container de transport des médicaments. 1/3 des demandes de médicaments sont acheminées par un soignant. Dans la moitié des cas, c'est le chauffeur de la pharmacie qui récupère la demande de pharmacie pour l'ensemble des services en même temps que le container de transport des médicaments.

Analyse des prescriptions à la pharmacie

3/4 des prescriptions font l'objet d'une analyse réglementaire par les préparateurs mais celle-ci est incomplète car ils ne disposent pas de toutes les informations nécessaires, notamment l'identité du prescripteur, son habilitation à prescrire et partiellement les identifiants patients et service

L'analyse pharmaceutique des prescriptions n'est pas réalisée pour plusieurs raisons, principalement car les pharmaciens n'ont pas d'accès direct aux prescriptions, ni aux données utiles du dossier patient notamment les résultats des constantes biologiques, ni à une base de données pour rechercher les interactions médicamenteuses, les contre-indications, etc.

Médicaments non dispensés

Sur les 335 médicaments prescrits, 98% des médicaments ont été délivrés par la pharmacie ; les 2% non délivrés (soit 6 médicaments) ont été soit substitués (50%) soit étaient en rupture

de stock dans le service concerné mais en fait il s'agissait d'une trithérapie déjà délivrée au niveau de l'UAO (patient transféré sans son traitement). La forme dermique application locale n'est pas renouvelée en tenant compte de la durée du traitement (Esquirol). Nous observons une absence de traçabilité en cas de non délivrance des médicaments de la pharmacie aux unités de soins. Les médicaments en rupture ont été livrés dans la semaine à la demande du service.

Exemple de substitution : Tardyféron B9 par Tardyféron, Daflon 500 par des génériques, Inexium par Pariet (selon marché en cours).

Les médecins ne sont pas informés des substitutions ; en revanche, les IDE sont plus systématiquement prévenues. Depuis cet audit une fiche de liaison " demande de produits non stockés" a été mise en place ; elle est complétée par les préparateurs et les pharmaciens et systématiquement adressée aux prescripteurs pour information.

Incidents lors du transport

Peu d'incidents (4%) lors du transport des médicaments. Les incidents notés sont des inversions de disquette entre 2 services.

Administration

22% des doses sont préparées à l'avance 2-3 j avant l'administration au patient dans le chariot de soins ; il s'agit d'un pré-tri global en vrac et non d'une préparation individualisée des traitements des patients ; la réalisation des doses étant systématiquement extemporanée.

Equipements

1/4 des traitements sont préparés dans des semainiers

Tous les services utilisent des gobelets et des couvercles. Les gobelets servent uniquement lors d'administration des formes buvables, les formes sèches sont disposés sur les couvercles des gobelets, les gobelets étant protégés parfois par une alèze (Esquirol)

Les tiroirs du chariot de distribution sont toujours nominatifs

41% des dossiers patients contiennent le support de prescription (uniquement parmi les services informatisés avec PAD)

Enregistrement des médicaments administrés

C'est toujours l'IDE qui administre les traitements aux patients, sauf quand elle est seule où elle délègue rarement à l'AS. La nuit, le cadre de garde ou une autre IDE d'un autre service peut être amené à administrer les médicaments (Géronto psy)

La moitié des médicaments administrés n'ont pas fait l'objet d'un enregistrement (ni sur PAD, ni sur support écrit)

17% des médicaments administrés ont été enregistrés sur un support papier ; il existe des supports papiers pour NAP (neuroleptiques à action prolongée) dans les unités Esquirol et UAO.

63% des médicaments administrés ont été enregistrés sur PAD ; tout problème rencontré dans l'administration sur PAD est signalé également dans le classeur des transmissions.

Seulement 1/3 des enregistrements concernent la dose administrée. Absence d'enregistrement sur la voie d'administration, etc.

La **non-administration de médicament** en cas de refus par le patient est notée dans le dossier de soins infirmier et sur CIMAISE dans le service doté. Tout problème rencontré lors d'une administration par voie injectable est signalé dans le classeur des transmissions

L'absence d'enregistrement de l'administration des médicaments est due à l'absence de support écrit spécifique. Sur PAD les médicaments non administrés sont identifiés par un logo étoile qui doit être coché me n'est pas réalisé systématiquement.

Les enregistrements des médicaments administrés aux patients sont réalisés dans les 2/3 des cas par un soignant différent de celui qui a préparé les doses à administrer. La préparation des chariots de soins est souvent validée et enregistrée mais pas l'administration-même des médicaments aux patients ; cet enregistrement préalable à l'administration est souvent réalisé sur support papier et non informatique PAD. Parfois la validation des administrations sur PAD sert en fait à valider la préparation des doses du chariot de soins et pas les médicaments réellement administrés aux patients.

Absence d'identification écrite ou informatique du soignant qui a administré les médicaments.

87% des arrêts de traitement sont notés. Le logiciel PAD permet de noter les arrêts mais ce n'est pas toujours fait ; Les unités de soins Morel, Magnan et Charcot notent bien les arrêts sur informatique PAD.

Les médicaments non administrés sont dits pour la plupart renvoyés à la pharmacie (70%) ; en fait ils sont retournés à la pharmacie uniquement s'ils ne sont pas administrables ou utilisables pour d'autres patients du service.

Dotation, armoires, urgences

Dotation

La moitié des services ont une dotation en médicaments, principalement ceux qui disposent du logiciel PAD ; cependant, la dotation n'est pas régulièrement mise à jour ce qui entraîne de nombreuses demandes de médicaments supplémentaires.

Armoires de service

91% des armoires de services contiennent des blisters découpés rendant illisible la dénomination ou la date de péremption des médicaments.

Tous les services disposent d'une armoire à produits pharmaceutiques fermant à clef. En revanche, quid de la procédure de gestion des clefs.

26% des armoires sont en excellent état, fermant à clef, sans produits périmés, rangements conformes (liste 1 étiquettes rouges, liste 2 étiquettes vertes)

24% sont en bon état, 41% en état moyen et 9% en mauvais état.

Il n'y a aucune fiche de traçabilité de contrôle de l'armoire à pharmacie de disponible. La vérification est réalisée de façon aléatoire dans 63% des cas ; sinon le contrôle est établi de façon hebdomadaire (8%), bi-hebdomadaire (19%) ou tous les 2 mois (8%)

Chariots

Tous les services sont dotés d'un chariot d'urgence parfaitement équipé. La procédure d'accès aux médicaments en urgence est disponible dans 87% des services mais seulement connue dans 65% des cas. La procédure est disponible au niveau du chariot d'urgence.

L'appréciation des **chariots de distribution** semblent assez hétérogènes : 28% seulement semblent adaptés, les chariots comportant des tiroirs bizones paraissent inadaptés car ils imposent d'être entreposés au centre d'une pièce : ce qui n'est pas le cas (les chariots sont entreposé contre un mur du couloir et donc la moitié des tiroirs ne sont pas accessibles).

Les tiroirs de certains chariot semblent de volume de rangement et de capacité inadapté soit par rapport aux médicaments (formes sirop,) soit par rapport aux nombre de patients dans le service (pas assez de tiroirs par rapport au nombre de patients). Le nombre de casier individuel semble trop faible,

Les incidents et effets indésirables sont répertoriés de façon non spécifique dans la fiche de transmission IDE dans tous les services sauf à Magnan qui dispose de CIMAISE, le logiciel du dossier patient informatisé (DPI). Ils sont peu insérés dans le dossier patient. Pavlov utilise un autre support fourni par la gestion des risques et présent dans le dossier patient..

La procédure de **pharmacovigilance** n'est pas toujours connue des médecins (Magnan) et des infirmières même si elle est présente dans le classeur vert des procédures (Esquirol, Morel) et dans le livret pharmaceutique.

Axes d'amélioration

Prescription

- Disposer d'une liste des prescripteurs et d'un registre des signatures à jour (affaires médicales)
- Améliorer le support de prescription des antibiotiques en imposant un antibiogramme pour certains antibiotiques de réserve
- Améliorer la gestion des médicaments personnels aux patients ; rédiger une procédure de gestion des médicaments personnels des patients dans les services de soins ; l'application de cette procédure relèvera de la responsabilité des cadres de santé.
- Mettre en place un support unique de prescription afin d'éviter toute retranscription source d'erreur y compris les services informatisés (procédure dégradée en cas de panne informatique)
- Mettre en place le logiciel de prescription Pharma afin d'améliorer la formulation de la prescription (champs obligatoires) et autoriser une meilleure accessibilité aux historiques de prescription.
- Mettre à la disposition de tous les prescripteurs le livret pharmaceutique à travers le système d'information documentaire (service informatique)
- Adopter un libellé unique par molécule commun à tous les professionnels et systèmes informatiques (livret thérapeutique, prescription informatisées...).
- Mettre à la disposition de tous les prescripteurs le Vidal en ligne Hoptimal (service informatique)
- Installer la base de données Thésorimed interfacée au logiciel de prescription Pharma (service informatique)
- Mettre en place un réseau informatique intranet afin de mettre à la disposition des prescripteurs l'ensemble de la documentation pharmaceutique (service informatique)
- Doter tous les médecins d'ordonnances sécurisées permettant la prescription de stupéfiants (affaires médicales)
- Rédiger au sein du COMEDIMS des protocoles thérapeutiques afin d'harmoniser les pratiques de prescription

- Sensibiliser les prescripteurs à prescrire systématiquement sur PAD et noter les arrêts de traitement, pour les services dotés de ce logiciel

Dispensation

- Systématiser à la pharmacie l'envoi aux prescripteurs et aux IDE des fiches de liaison de demande de produits non stockés et s'assurer de leur présence effective dans le dossier patient.
- Mettre en place un support unique de prescription contenant les informations nécessaires à la validation réglementaire des prescriptions par les préparateurs, notamment le nom et la signature des prescripteurs.
- Sécuriser le transport des disquettes PAD entre les services et la pharmacie
- Installer progressivement le logiciel Pharma avec Thésorimed dans tous les services de soins afin que la pharmacie puisse analyser, valider les prescriptions et communiquer avec les prescripteurs en temps réel.
- Communiquer régulièrement des informations sur la correspondance pour un médicament donné entre le nom de spécialité, la DCI et les génériques.

Administration

- Concevoir en groupe de travail pluridisciplinaire un support unique d'administration permettant l'identification de l'IDE (supports de prescription-administration)
- Mettre en place un système de recueil de déclaration de non-conformité secondaire à un dysfonctionnement dans le circuit des produits de santé. Elaborer un support unique de signalement d'incident lors de l'administration des médicaments à insérer dans le dossier patient. Ce document doit rappeler aussi les consignes de signalement des événements indésirables médicamenteux (pharmacovigilance)
- Optimiser le plan de soin infirmier en installant le logiciel Pharma (service informatique)
- Améliorer l'organisation des soins en appliquant le principe d'activités indivisibles (l'infirmier qui prépare le médicament est celui qui le contrôle, l'administre et en trace l'administration sans interruption pour un patient donné) (cadres de services)
- Intégrer la dimension soignante dans l'ensemble des réflexions et des travaux relatifs au circuit du médicament en associant les IDE en amont : organisation du travail, aménagements des locaux, choix de matériel (chariots, armoires...)

- Sensibiliser et responsabiliser chaque professionnel aux risques du circuit médicament et à son interaction avec les autres partenaires de la chaîne du médicament.

Armoires , vigilances, urgences

- Optimiser la gestion des armoires en poursuivant 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.
- Réaliser des audits réguliers sur la qualité de stockage des produits pharmaceutiques dans les armoires de services (préparateurs référents). Elaborer une grille d'audit d'armoire de service à l'attention des préparateurs pour faire un état des lieux des pratiques en matière de gestion des stocks tant pour les aspects qualitatifs que quantitatifs.
- Appliquer la procédure de contrôle de l'armoire fait par l'IDE du service avec la mise en place d'une fiche de contrôle et de traçabilité vérifiée régulièrement par un préparateur de la pharmacie (responsabilisation d'une IDE référent médicament en binôme avec l'aide d'un préparateur). Intégrer lors de ce contrôle la vérification du bon stockage des médicaments thermosensibles (température, péremption). Réaliser un audit sur l'entretien et le contrôle de suivi de température et contrôle de frigo (entretien régulier). Mettre en place au niveau de la pharmacie un classeur de suivi des contrôles des armoires et un planning prévisionnel pour l'ensemble des services (comme celui des chariots d'urgences)
- Mettre en place une charte de stockage des médicaments et dispositifs médicaux dans les unités de soins (conseils et informations diverses)
- Elaborer des listes de dotation qualitative et quantitative de médicament pour chaque service de soins.
- Rédiger un manuel d'assurance-qualité à la pharmacie intégrant les vigilances sanitaires.
- Réorganiser le système d'alerte des retraits de lot

- Réaliser régulièrement un audit des chariots d'urgence afin de contrôler son accessibilité, sa tenue et son contenu quantitatif et qualitatif.
- Réaliser un questionnaire à l'attention des nouveaux personnels médicaux ou soignants arrivants dans l'établissement (avant prise de gardes) pour s'assurer de la bonne diffusion et connaissance de la procédure d'accès aux médicaments en urgence (livret d'accueil)
- Prendre en compte tous les critères qualité dans le cadre d'investissement de nouveaux chariots de distribution : semainiers en nombre suffisants par rapport au nombre de lits, chariot à une face, possibilité de rangement dans de grands tiroirs pour de nombreuses formes buvables.

Conclusion

Il apparaît essentiel d'afficher au plus haut niveau la sécurisation du circuit du médicament comme une priorité du projet médical et du projet de soins et de développer une culture commune de prévention des risques chez les soignants : formations communes, EPP conjoints, systématisation de la déclaration des événements indésirables.

Tous les axes d'amélioration prévus dans le cadre de cet EPP feront l'objet par la suite d'une enquête de satisfaction auprès des soignants.