



HAL
open science

Cartographie des risques du circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun

Anne-Sophie Muguet

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Muguet. Cartographie des risques du circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun. Sciences pharmaceutiques. 2014. hal-01734283

HAL Id: hal-01734283

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734283>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE DE LORRAINE
2014**

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le, Vendredi 12 Septembre 2014 sur un sujet dédié à :

**Cartographie des risques du circuit du médicament au
Centre Hospitalier de Verdun**

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Anne-Sophie MUGUET

né(e) 06/06/1987

Membres du Jury

Président : Monsieur GIBAUD Stéphane, Praticien hospitalier, professeur de pharmacie clinique

Juges : Monsieur MAURER Jean-Noël, Praticien hospitalier

Madame CANNAUX Rachel, Cadre préparatrice en pharmacie hospitalière

Monsieur HENRION Luc, Pharmacien d'officine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2013-2014

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Président de la Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Président de la Commission Prospective Facultaire

Jean-Yves JOUZEAU

Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la filière Officine :

Francine PAULUS

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du Collège d'Enseignement

Pharmaceutique Hospitalier :

Jean-Michel SIMON

Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :

Raphaël DUVAL

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Hélène LIVERTOUX

Bernard MIGNOT

Jean-Louis MONAL

Blandine MOREAU

Dominique NOTTER

Christine PERDICAKIS

Marie-France POCHON

Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

Faculté de Pharmacie

Présentation

ENSEIGNANTS	<i>Section CNU*</i>	<i>Discipline d'enseignement</i>
PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	<i>Thérapie cellulaire</i>
Chantal FINANCE	82	<i>Virologie, Immunologie</i>
Jean-Yves JOUZEAU	80	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Jean-Louis MERLIN	82	<i>Biologie cellulaire</i>
Alain NICOLAS	80	<i>Chimie analytique et Bromatologie</i>
Jean-Michel SIMON	81	<i>Economie de la santé, Législation pharmaceutique</i>
PROFESSEURS DES UNIVERSITES		
Jean-Claude BLOCK	87	<i>Santé publique</i>
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	<i>Pharmacologie</i>
Raphaël DUVAL	87	<i>Microbiologie clinique</i>
Béatrice FAIVRE	87	<i>Biologie cellulaire, Hématologie</i>
Luc FERRARI ☒	86	<i>Toxicologie</i>
Pascale FRIANT-MICHEL	85	<i>Mathématiques, Physique</i>
Christophe GANTZER	87	<i>Microbiologie</i>
Frédéric JORAND ☒	87	<i>Environnement et Santé</i>
Pierre LABRUDE (retraite 01-11-13)	86	<i>Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile</i>
Isabelle LARTAUD	86	<i>Pharmacologie</i>
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Pierre LEROY	85	<i>Chimie physique</i>
Philippe MAINCENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Alain MARSURA	32	<i>Chimie organique</i>
Patrick MENU	86	<i>Physiologie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>
MAITRES DE CONFÉRENCES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Béatrice DEMORE	81	<i>Pharmacie clinique</i>
Julien PERRIN	82	<i>Hématologie biologique</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>
Nathalie THILLY	81	<i>Santé publique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Mariette BEAUD	87	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique

Faculté de Pharmacie

Présentation

ENSEIGNANTS (suite)	Section CNU*	Discipline d'enseignement
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Caroline GAUCHER	85/86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie
Francine KEDZIEREWICZ	85	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI	87	Hématologie
Christophe MERLIN	87	Microbiologie
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Francine PAULUS	85	Informatique
Christine PERDICAKIS	86	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Gabriel TROCKLE	86	Pharmacologie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	85	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER 86 Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD 11 Anglais

⌘ *En attente de nomination*

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

32 : Personnel enseignant-chercheur de sciences en chimie organique, minérale, industrielle

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHECAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Je remercie vivement Monsieur MAURER Jean-Noël, Praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Verdun. Il s'est montré très attentif à mon égard et a été d'une grande aide tout au long de ce travail.

Je remercie également Monsieur COLLINOT Jean-Pascal, Praticien hospitalier, Chef de service de la Pharmacie du Centre Hospitalier de Verdun et Président de la CME. Il m'a confié ce travail et m'a fait confiance pour sa réalisation.

Mes pensées vont aussi à l'équipe de la pharmacie qui m'a accueillie et à toutes les équipes soignantes qui nous ont accueilli et permis la réalisation de cet audit.

Ma gratitude s'adresse également à mon président de jury, Monsieur GIBAUD Stéphane, Praticien hospitalier et professeur de pharmacie clinique à la faculté de pharmacie de Nancy, pour l'honneur qu'il me fait de présider cette thèse.

Les membres de Jury : Monsieur HENRION Luc, Pharmacien d'officine à Belleville sur Meuse, qui a été mon maître de stage tout au long de mon cursus, merci pour tout ce que vous m'avez appris et Madame CANNAUX Rachel, cadre préparatrice en pharmacie hospitalière au Centre Hospitalier de Verdun, merci pour tout le travail accompli au sein des unités de soins durant cet audit.

Ma reconnaissance s'adresse aussi à toute l'équipe de Monsieur HENRION Luc, de la Pharmacie des vignes, merci pour votre accueil chaleureux durant tous mes stages, Isa, Sabrina, Sylvaine, Nadège, Dom, Cath, Frank, Micka et Madame Henrion.

Je remercie également Madame COLLINOT Christine Pharmacien d'officine à Verdun, pour m'avoir permis d'acquérir une première expérience professionnelle, merci à Madame Juliette LORRAIN, Pharmacien assistant, pour tous ses conseils et son expérience, merci à toute l'équipe, mes petites mamans, Sandrine, Fred et Pascale, pour cette intégration.

Pour terminer, mes remerciements s'adressent à mes parents, pour m'avoir soutenue, financièrement et moralement tout au long de ces années. A toi maman, même si la cohabitation a été parfois difficile, tu as toujours été présente dans les bons comme dans les mauvais moments. A toi papa, qui a toujours cru en moi, depuis le début, pas besoin de grands discours pour savoir que tu es fier de moi. A mon frère, Quentin, qui a également été d'un grand soutien moral durant ces six années. A toute ma famille, les présents, comme les absents et ceux qui ne sont plus là pour le voir, merci, vous êtes géniaux. A ma famille de cœur, ma famille brésilienne, ils se reconnaîtront. Je vous aime.

Enfin, un grand merci à Toi, Morgan, merci pour ton soutien, ta patience, ta bonne humeur, ton calme, merci pour tout. Je t'aime.

Sommaire

Introduction	16
1 ^{ère} Partie : Le circuit du médicament à l'hôpital	18
1 Définition et description	19
1.1 La prescription	20
1.2 La dispensation	21
1.3 L'administration	22
2 Les risques liés au circuit du médicament	22
2.1 Les différentes causes d'erreurs médicamenteuses liées au circuit du médicament .	23
2.2 Rôle du pharmacien dans la prévention des erreurs médicamenteuses	25
2.2.1 Développer l'analyse pharmaceutique de la prescription	25
2.2.2 Développer la délivrance nominative	25
2.2.3 Développer l'assurance qualité du circuit du médicament	27
3 La sécurisation du circuit du médicament : une évolution réglementaire	29
3.1 L'arrêté du 31 mars 1999	29
3.2 La démarche de certification	30
3.3 Le contrat de bon usage du médicament	31
3.4 La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 Juillet 2009	33
3.5 L'arrêté du 06 avril 2011	35
2 ^{ème} Partie : Elaboration de la cartographie des risques du circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun	38
1 Objectif	39
2 Matériel et méthode	40
2.1 Matériel	40
2.1.1 Présentation du Centre Hospitalier de Verdun	40
2.1.2 Le circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun	42
2.2 Méthode	44
2.2.1 L'outil Inter Diag Médicaments	44
2.2.2 Description des entretiens	48
3 Résultats	52
3.1 Cartographie des risques pour l'établissement	53
3.1.1 Risque structurel de l'établissement	53
3.1.2 Radar des axes de sécurisation	56

3.1.3	Cartographie des points forts et des vulnérabilités.....	58
3.1.4	Analyse par pôle.....	60
3.2	Cartographie des risques par thématiques	69
3.2.1	Elaboration d'un programme d'amélioration de la qualité	69
3.2.2	Politique de sécurisation de l'unité de soins	70
3.2.3	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.....	74
3.2.4	Sécurisation du stockage intra unité.....	80
4	Discussion	84
4.1	Méthode.....	84
4.2	Résultats.....	85
4.2.1	Comparaison par rapport aux établissements faisant partie des chantiers ANAP	85
4.2.2	Comparaison avec le Centre Hospitalier de Dinan	87
4.2.3	Polyvalence de l'établissement	88
5	Conclusion	89
Annexes	90
Annexe 1	: Questions de l'outil Inter Diag Medicaments	90
Annexe 2	: Cartographie de la politique de sécurisation des unités de soins par pôle	101
Annexe 3	: Cartographie des risques de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (partie 1).....	102
Annexe 4	: Cartographie des risques de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse par pôle (partie 2).....	103
Annexe 5	: Cartographie des risques du stock intra unité par pôle	104
Annexe 6	: Programme d'amélioration de la qualité.....	105
Bibliographie	124

Liste des abréviations :

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de la Criticité des risques

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance (des établissements de santé et médico-sociaux)

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

BOA : Bloc Opératoire Anesthésie

CBUM : Contrat de Bon Usage du Médicament

CHV : Centre Hospitalier de Verdun

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles

CREX : Comité de Retour d'Expérience

CSG : Court Séjour Gériatrique

DM : Dispositifs Médicaux

EIG : Evènement Indésirable Grave

EM : Erreur Médicamenteuse

Etude ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HJM : Hospitalisation de Jour

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IND : Indicateurs

MOSE : Moyen Séjour

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

REMED : Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux

UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

USC : Unité de Surveillance Continue

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Liste des tableaux :

Tableau 1: Sous-thèmes de l'outil Inter Diag Médicaments par axes de sécurisation.....	47
Tableau 2: Risque structurel du CHV	53
Tableau 3 : Risque de l'établissement en matière d'organisation médicale et soignante (en pourcentages d'unités de soins).....	53
Tableau 4 : Risque de l'établissement relatif aux modalités d'hospitalisation (en pourcentages d'unités de soins).....	54
Tableau 5: Score de maîtrise des risques du CHV	57
Tableau 6 : Cartographie de la maîtrise des risques du CHV par pôle et par sous thème.....	64

Liste des figures :

Figure 1: Le macro processus du circuit du médicament [14]	19
Figure 2: Le CHV, vue aérienne du site Saint Nicolas [7].....	40
Figure 3: Les différentes unités de soins du CHV, par pôle [7].....	41
Figure 4: Questionnaire de la méthode Inter Diag Médicaments (extrait) [1]	48
Figure 5: Pourcentages de maîtrise des risques calculés par la méthode Inter Diag.....	49
Figure 6: Radar des 7 axes de sécurisation	50
Figure 7: Cartographie détaillée des risques de la prise en charge médicamenteuse.....	50
Figure 8: Les unités de soins auditées	52
Figure 9: Radar des 7 axes de sécurisation du CHV.....	56
Figure 10: Cartographie détaillée des points forts et des vulnérabilités du CHV	58
Figure 11 : Radar des 7 axes de sécurisation pour chaque pôle	61
Figure 12 : Tableau de bord de la cartographie des risques du circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun (extrait).....	69
Figure 13: Pourcentage de maîtrise des risques de la politique de sécurisation des unités de soins au sein du CHV	70
Figure 14 : Pourcentage de maîtrise des risques de la prise en charge médicamenteuse au sein du CHV	74
Figure 15 : Pourcentage de maîtrise des risques de la sécurisation du stockage intra unité au sein du CHV	80

Introduction

L'étude ENEIS 2 (Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins), de 2009, a permis d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des évènements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé. Le repérage, la mesure et la réduction de l'incidence des EIG constituent un critère de performance pour les systèmes de soins : 275 000 à 395 000 évènements indésirables graves par an toutes causes confondues, dont 95 000 à 180 000 peuvent être considérés comme évitables.

Le médicament représente la troisième cause des EIG après les actes invasifs et les infections liées aux soins. Ainsi, 60 000 à 130 000 EIG par an sont liés au médicament, dont 15 000 à 60 000 sont évitables et 1,6 % des séjours sont causés par des EIG évitables associés à des produits de santé et notamment aux médicaments (1,3 % des admissions).

L'étude ENEIS met en évidence des dysfonctionnements dans la communication et l'organisation parmi les facteurs de risques contributifs et latents à l'origine des évènements indésirables liés aux médicaments.

La gestion et la prévention du risque iatrogène médicamenteux en établissement de santé nécessitent une amélioration des organisations, en prenant en compte la globalité et la complexité du processus de la prise en charge médicamenteuse ainsi que l'environnement hospitalier dans toutes ses dimensions.

La prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé est un processus complexe où le risque est permanent et présent aux différentes étapes. Ce risque est inhérent aux caractéristiques de ce macro-processus, notamment par :

- La complexité du processus et de ses interfaces (prescription, dispensation, administration, évaluation),
- La multiplicité des acteurs intervenant à toutes les étapes du processus,
- Le parcours du patient et notamment les points de transition : entrée, transfert et sortie,
- La diversité des organisations concernées. [2]

Parallèlement au développement de l'étude des risques a priori encourus par les patients, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse s'inscrit dans un cadre législatif de plus en plus exigeant, le point d'orgue étant certainement l'arrêté du 06 avril 2011.

Conscient des problématiques et des enjeux liés à la prise en charge médicamenteuse et au-delà de la volonté de se mettre en conformité avec l'arrêté d'avril 2011, le centre hospitalier de Verdun, sous l'impulsion de la direction des soins et de la pharmacie, a réalisé une cartographie des risques de son circuit du médicament.

Celle-ci permettra d'identifier les vulnérabilités du processus, de prioriser les axes d'amélioration et de proposer des mesures correctives.

Notre travail s'articule autour de deux parties :

La première est consacrée au circuit du médicament à l'hôpital : sa description, ses risques, sa sécurisation au travers notamment de l'évolution de sa réglementation.

La deuxième partie aborde l'élaboration d'une cartographie du circuit du médicament au CHV, explicitant la démarche, les résultats et les mesures correctives proposées.

1^{ère} Partie : Le circuit du médicament à l'hôpital

1 Définition et description

Le circuit du médicament en établissement de santé concerne la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, c'est-à-dire de son entrée avec son traitement personnel jusqu'à sa sortie avec une nouvelle prescription qui sera dispensée en ville. Il est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents, dont les rôles et les responsabilités sont strictement définis : la prescription est un acte médical, la dispensation est un acte pharmaceutique et l'administration est un acte infirmier ou médical.

La figure 1 représente les différentes étapes du circuit.

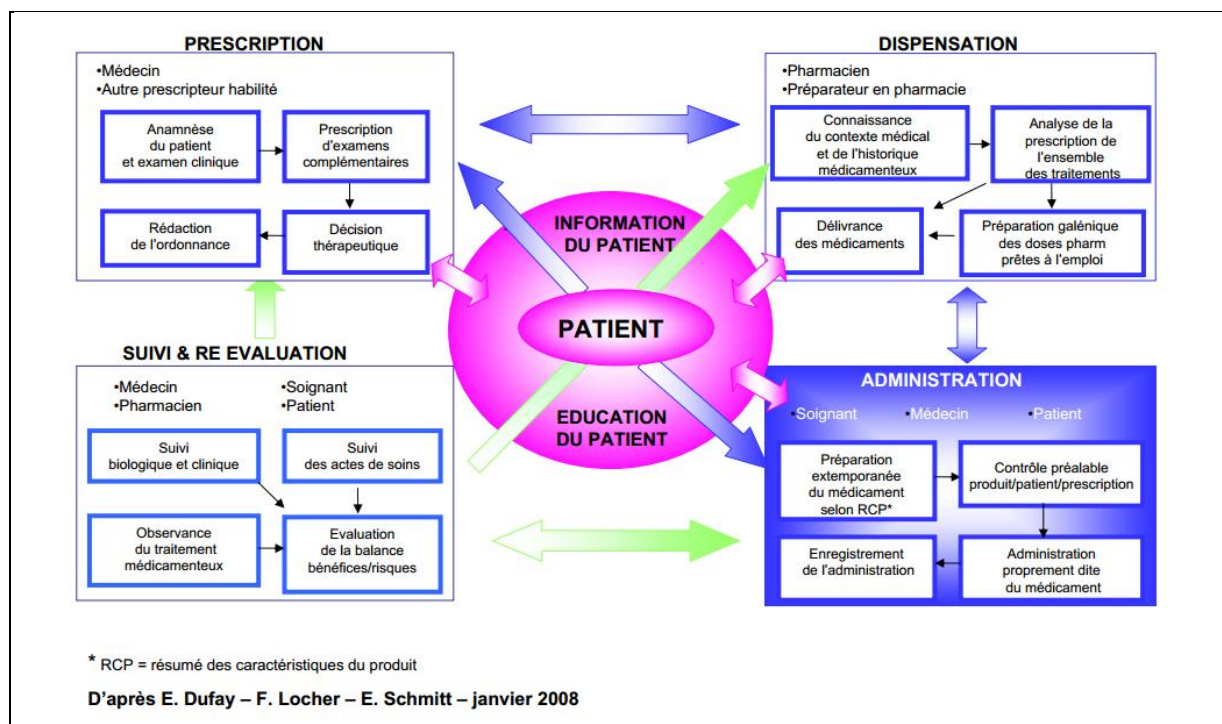


Figure 1: Le macro processus du circuit du médicament [14]

Le processus de la prise en charge médicamenteuse peut se modéliser en trois flux principaux :

- le flux d'informations associant l'identification du patient, la prescription des médicaments, l'analyse pharmaceutique des prescriptions et la traçabilité de l'administration des médicaments ;
- le flux physique des produits allant de la réception à la pharmacie jusqu'à l'administration au patient, avec des niveaux de sécurité variables selon les modes de dispensation nominative, globalisée ou globale ;
- le parcours de soins du patient (admission, séjour avec ou sans transfert, sortie) nécessitant une coordination des interfaces afin de garantir la continuité de la prise en charge du patient. [2]

1.1 La prescription

La prescription est le point de départ du circuit du médicament. C'est un acte médical. Elle est rédigée par des professionnels habilités à prescrire au sein de l'établissement (médecins, odontologistes, sages-femmes, internes). La liste des personnes habilitées à prescrire doit être communiquée au pharmacien assurant la gérance de la pharmacie à usage intérieur et mise à jour régulièrement.

Selon les arrêtés du 31 mars 1999 et du 06 avril 2011, la prescription doit être rédigée manuellement ou informatiquement, à la suite de l'examen clinique du patient. Si elle est rédigée de façon informatisée, elle doit être identifiée et authentifiée par une signature électronique et son impression papier doit être possible. La prescription est nominative, datée, signée par le prescripteur. On y trouve le nom de l'établissement, du service de soins, l'identification du prescripteur (nom, qualité, spécialité) et du patient (nom, prénom, âge, sexe, poids) et la liste des médicaments prescrits (nom, dosage, galénique, voie d'administration, posologie, durée du traitement). [25] [12] [27] [21]

1.2 La dispensation

La dispensation est un acte pharmaceutique. Elle consiste, selon les mêmes arrêtés, en l'analyse pharmaceutique de la prescription rédigée par le médecin, la délivrance des médicaments de la prescription, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments, destinés au médecin, mais également au patient hospitalisé.

Plusieurs acteurs sont impliqués : pharmaciens, internes en pharmacie, étudiants en cinquième année hospitalo-universitaire et préparateurs en pharmacie.

Selon l'arrêté du 06 avril 2011, les patients et médicaments à risque, font l'objet d'une surveillance particulière lors de l'étape de dispensation. En effet, certains médicaments doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée compte tenu de leur potentiel iatrogène identifié, individuel ou collectif. Citons notamment les anticoagulants, ainsi que les anticancéreux par voie orale. [25] [12] [27] [21]

Au sein du CHV, il existe différents modes de dispensation :

- une dispensation globale : la commande de médicaments est faite sur des cahiers de commandes ou informatiquement et arrive dans des bacs identifiés aux noms des unités de soins.
- une dispensation globalisée : les prescriptions informatisées sont analysées par le pharmacien et le logiciel reglobalise les quantités de médicaments à délivrer.
- une dispensation nominative individuelle : les prescriptions informatisées sont analysées par le pharmacien puis sont préparées individuellement dans un pilulier nominatif pour une semaine. Le contenu du pilulier est ajusté quotidiennement en fonction des modifications de traitement faites par le médecin.

1.3 L'administration

L'administration est un acte infirmier, auquel les étudiants en soins infirmiers peuvent participer. Elle a pour finalité l'apport du médicament au patient, quels que soient le mode et la voie d'administration. L'infirmier doit vérifier la concordance entre la prescription, les produits et l'identité du patient avant toute administration. Il réalise également la préparation extemporanée des médicaments quand cela est nécessaire (pour les injectables par exemple). Après toute administration, l'infirmier se doit d'enregistrer, informatiquement ou manuellement (selon le support de la prescription), l'administration du traitement ainsi que la non administration.

Selon l'arrêté du 06 avril 2011, les patients et médicaments à risque doivent faire l'objet d'une surveillance particulière, en particulier lors de l'étape d'administration. De même, comme pour la dispensation, certains médicaments doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée. Citons notamment le chlorure de potassium, les gaz médicaux et les anticancéreux par voie intrathécale. [25] [12] [27] [21]

2 Les risques liés au circuit du médicament

Le circuit du médicament constitue un système complexe et chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles qui peuvent engendrer des risques pour la santé du patient hospitalisé. Sa sécurisation passe par l'application de la réglementation, le respect des obligations professionnelles incombant aux différents acteurs du circuit, la mise en place d'une politique de gestion des risques *a priori* et par la promotion de l'utilisation des nouvelles technologies.

2.1 Les différentes causes d'erreurs médicamenteuses liées au circuit du médicament

On entend par erreur médicamenteuse (EM), un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge médicamenteuse (PECM) d'un patient. Il s'agit de l'omission ou de la réalisation non intentionnelle d'un acte impliquant un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un évènement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse est évitable. [12] [27]

La gestion des erreurs médicamenteuses, représente un enjeu majeur dans l'organisation des soins. Elles sont à distinguer des effets indésirables qui sont liés au médicament lui-même. Seules les EM sont consécutives à l'organisation de la PECM. [12]

Lorsque l'on considère le nombre d'étapes qui conduisent à l'administration d'une dose déterminée à un patient donné, la survenue d'une erreur de médication est très probable. Compte tenu de la complexité du circuit du médicament, les erreurs médicamenteuses sont le résultat d'interactions tout aussi complexes, ainsi leurs causes doivent être considérées comme multifactorielles.

Les risques médicamenteux, liés au circuit du médicament à l'hôpital sont deux fois plus fréquents que les infections nosocomiales. Ces erreurs entraînent des dizaines de milliers de décès chaque année.

Les causes d'erreurs de médication sont donc très nombreuses et doivent être considérées comme autant de risques limitant la qualité de l'administration des médicaments au patient. C'est pourquoi l'analyse des causes des erreurs médicamenteuses a été segmentée en tenant compte de leur origine et plus particulièrement en distinguant les acteurs du circuit du médicament qui pouvaient les provoquer :

- **Erreurs de prescription** : erreurs dans le choix du médicament, erreurs de posologie, de forme pharmaceutique, de voie d'administration, ou encore une prescription illisible.

- **Erreurs de dispensation** : erreurs de préparation (étiquetage, conditionnement, calcul de dose), erreurs de délivrance des médicaments (quantité insuffisante ou en trop grande quantité).
- **Erreurs de préparation d'un médicament** : erreurs de dilution, de reconstitution, mauvais conditionnement, incompatibilités des produits mélangés.
- **Erreurs d'administration** : erreurs d'omission (oubli d'une administration), erreurs de commission (administration d'un médicament non prescrit). [28]

Les erreurs humaines sont souvent provoquées par des échecs du système ou des caractéristiques du travail ou de l'environnement de travail qui rendent les erreurs plus difficiles à détecter et à corriger avant qu'un accident ne se produise. Ainsi, les responsabilités des divers intervenants en matière d'erreurs médicamenteuses sont souvent intriquées, qu'il s'agisse d'un manquement du médecin à son obligation de formuler des prescriptions qualitativement et quantitativement, d'une carence de l'infirmier quant au respect de la prescription, ou encore d'un défaut de contrôle des quantités délivrées par le pharmacien. Lors de la survenue d'une EM, il est indispensable de la reconnaître et de la signaler. [12] [28]

Si la majorité des erreurs sont indétectables dans un système traditionnel de distribution des médicaments, ce n'est pas lié au fait que les agents impliqués dans le circuit dissimuleraient volontairement leurs erreurs, mais plus simplement dû au fait qu'ils ne peuvent les percevoir parce qu'ils n'en ont pas connaissance.

2.2 Rôle du pharmacien dans la prévention des erreurs médicamenteuses

2.2.1 Développer l'analyse pharmaceutique de la prescription

Une étude du CHU de Grenoble montre que le taux d'erreurs de prescription détecté est plus élevé dans le cadre d'une distribution traditionnelle et révèle que la délivrance globalisée informatisée permet de réduire d'environ 30% la fréquence des erreurs de prescription par rapport à la dispensation globale qui est un système dans lequel les erreurs ne peuvent être corrigées par une analyse pharmaceutique. [28] [10]

Dans le cadre de la dispensation individuelle, des études montrent que le taux d'interception des événements iatrogènes médicamenteux évitables grâce à l'analyse pharmaceutique des ordonnances varie de 31 à 77%. [28] [5] [4] [3] [8]

Ces études montrent que l'analyse pharmaceutique a une place importante dans la détection et l'interception des erreurs médicamenteuses de prescription et que la dispensation individuelle permet également de diminuer le taux des erreurs médicamenteuses à cette étape.

2.2.2 Développer la délivrance nominative

De nombreuses études ayant comparé les différents systèmes de dispensation entre eux montrent que le taux d'erreurs médicamenteuses est beaucoup plus faible dans le cadre de la dispensation individuelle nominative par rapport à la dispensation globale ou à la dispensation globalisée. [28] [18]

Ces études concluent que la dispensation individuelle informatisée en conditionnement unitaire constitue le système le plus efficace pour éviter que l'organisation du circuit du médicament ne génère des erreurs médicamenteuses. Dans un système de dispensation

individuelle, chaque dose devient plus visible et les multiples contrôles facilitent la détection et la prévention des erreurs. [28] [18]

Les doses non administrées retournées à la pharmacie constituent un indicateur en relation avec la qualité de l'administration des médicaments et de l'organisation du circuit. En effet, il peut s'agir aussi bien d'erreurs de médication, notamment des omissions d'administration, que de défauts d'organisation, particulièrement en ce qui concerne la périodicité de délivrance. Par exemple, dans un établissement de long séjour, il a été constaté une réduction de 88% des retours de médicaments non administrés en remplaçant une délivrance mensuelle globalisée par une dispensation individuelle pour deux jours. [28] [9] [14]

Inversement, les demandes de doses supplémentaires, qualifiées de « doses manquantes » par les soignants qui ne les « trouvent » pas au bon endroit et au bon moment, peuvent traduire aussi bien de l'existence d'erreurs de dispensation que d'erreurs d'administration des médicaments.

Lutter contre l'iatrogénèse médicamenteuse nosocomiale ne suppose pas seulement que l'ensemble des acteurs du circuit du médicament soit sensibilisé, mais implique surtout d'organiser en conséquence le circuit du médicament, notamment en généralisant la dispensation individuelle des médicaments en présentations unitaires prêtes à être administrées. [28]

Actuellement, pour augmenter l'efficacité de ce mode de dispensation, pour généraliser son déploiement dans un contexte économique imposant la constance des effectifs et pour diminuer la pénibilité de ces tâches répétitives, l'automatisation de la préparation des doses à administrer tend à se démocratiser. C'est d'ailleurs l'orientation prise par la pharmacie du CHV, qui a fait l'acquisition d'un automate de préparation nominative des formes sèches.

2.2.3 Développer l'assurance qualité du circuit du médicament

Fondée implicitement sur la recherche d'une réduction des erreurs d'administration des médicaments, l'organisation du circuit du médicament voit son objectif défini par l'expression « le bon médicament, au bon malade, dans de bonnes conditions ».

L'analyse et la description des causes d'erreurs de médication n'ont d'autre objet que d'éviter qu'elles ne se reproduisent. En établissant une relation entre les causes et leurs effets, il devient possible d'envisager de prévenir efficacement les erreurs médicamenteuses, du moins de gérer plus sainement les défaillances du circuit du médicament, en mettant en œuvre un processus permanent d'assurance de qualité. Dans cette perspective, les différents dispositifs de nature réglementaire régissant l'organisation du circuit du médicament dans les établissements de soins constituent autant de référentiels de structure et de processus pour la gestion et l'évaluation de sa qualité.

Il existe différents outils pour faire de l'assurance qualité :

- la méthode d'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de la Criticité des risques (AMDEC). Cette méthode consiste en l'identification et l'évaluation des risques *a priori* de la prise en charge médicamenteuse. Le but étant de hiérarchiser les actions d'amélioration à mettre en œuvre, en travaillant par ordre de criticité décroissante. [30]
- la Revue des Erreurs liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux (REMED) est une méthode qui permet d'analyser les causes des EM. Elle permet une analyse *a posteriori* des EM [12]. C'est une méthode d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux par la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients. [29]
- le Comité de Retour d'Expérience (CREX) [12]. C'est également une méthode d'amélioration de la sécurité des soins. Un groupe de professionnels se réunit chaque mois pour analyser rétrospectivement les événements indésirables liés aux soins, détectés et signalés en vue de les gérer. Un choix d'événements prioritaires est alors fait, afin que l'évènement choisi soit investigué. Une analyse est alors

faite, donnant lieu à un rapport. Des actions d'amélioration sont alors envisagées et mises en œuvre par les équipes. [16]

Le but est alors d'intercepter grâce aux infirmières, aux pharmaciens et à l'informatisation, ces erreurs de médication afin d'éviter la survenue d'effets indésirables graves chez le patient et de sécuriser au mieux le circuit du médicament dans les établissements de santé pour éviter la survenue des erreurs médicamenteuses. [28]

3 La sécurisation du circuit du médicament : une évolution réglementaire

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse s'inscrit dans un cadre général de plus en plus exigeant. Plusieurs dispositifs incitent les établissements de santé à mettre en œuvre une politique coordonnée de maîtrise du risque d'iatrogénie médicamenteuse, notamment :

- le dispositif de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse promu par la HAS à travers la démarche de certification des établissements de santé, mise en place en 2001 ;
- le dispositif du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, mis en place en 2005 ;
- La loi HPST de Juillet 2009 ;
- l'arrêté du 06 avril 2011, relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

[2]

3.1 L'arrêté du 31 mars 1999

L'arrêté du 31 mars 1999 est relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur. Cet arrêté abroge celui du 09 Août 1991 [20]. Il décrit les bonnes pratiques de prescription, de détention, les règles d'analyse pharmaceutique et les bonnes pratiques d'administration pour tout ce qui concerne les substances vénéneuses.

Dans ces arrêtés, la notion de qualité ne passe que par le respect législatif, sans aborder la notion d'assurance de la qualité, ni la prévention des risques liés aux médicaments.

[21]

3.2 La démarche de certification

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), devenue, en août 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS), a été chargée en 1996, dans le cadre de la réforme du système de l'hospitalisation française, d'installer et de suivre la certification des établissements de santé publics et privés.

La certification est une démarche professionnelle d'évaluation externe à l'établissement, effectuée par des professionnels indépendants, mandatés par la HAS, visant à relever les points forts et les points faibles des établissements de santé et à faire progresser la qualité. Elle implique dans chaque établissement, la mise en œuvre d'une démarche qualité. Elle vise à assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies.

La procédure de certification est obligatoire et est délivrée par la HAS, tous les quatre ans.

Elle incite l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation au service du patient hospitalisé et a pour objectifs principaux :

- une plus grande information pour le patient hospitalisé et pour sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé ;
- l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès du patient ;
- la réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées. [15] [17]

La dernière version du manuel de certification, V2010, met l'accent sur la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. On y retrouve de nouveaux éléments, comme les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP), qui sont des critères pour lesquels sont exprimées des attentes particulières et les indicateurs (IND) qui permettent de mesurer la qualité et la sécurité des soins. [11] [25]

Dans la certification, le processus du circuit du médicament et la prise en charge médicamenteuse sont tout particulièrement audités. En effet, ils font l'objet de références propres et de deux critères « Pratiques Exigibles Prioritaires », les critères 20.a et 20.b, respectivement : « Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » et « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ».

3.3 Le contrat de bon usage du médicament

Afin d'améliorer la qualité des soins, l'aide à la prescription et la sécurité du patient hospitalisé, un accord est conclu entre le directeur de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et le représentant légal de l'établissement de santé public ou privé (pour les services de médecine, chirurgie et obstétrique). Cet accord est le Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM), conclu pour une durée de trois à cinq ans.

Le CBUM introduit la notion d'objectifs de qualité à atteindre, sous peine de sanctions financières.

En effet, le CBUM a pour objet de déterminer des objectifs en vue d'améliorer et de sécuriser, au sein de l'établissement, le circuit du médicament et des produits et prestations, d'en garantir leur bon usage, de préciser les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs et d'organiser le cadre de l'évaluation des engagements souscrits. [23]

L'établissement formalise des engagements spécifiques aux spécialités pharmaceutiques qui doivent garantir leur bon usage. En contrepartie du respect de ces engagements, un taux de remboursement de 100% de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques est garanti à l'établissement. En cas de non-respect d'un de ces engagements, le taux de remboursement de ces produits pour l'année suivante peut être réduit à une fourchette comprise entre 70 et 99%. Le respect des engagements souscrits par l'établissement est apprécié au vu des rapports d'étapes annuels, transmis à l'ARS.

L'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament passe par la réalisation d'un état des lieux de l'établissement de santé au regard des référentiels et des recommandations en vigueur. Cet état des lieux tient compte des résultats de la procédure de certification mise en œuvre par la HAS, de ses éventuelles remarques, recommandations ou réserves et des rapports d'inspection des autorités de tutelle portant sur ce domaine d'activité.

L'établissement devra progressivement mettre en place des outils comme :

- l'informatisation du circuit du médicament ;
- le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative ;
- la traçabilité, de la prescription à l'administration, pour les médicaments ou à l'utilisation pour les produits et prestations ;
- le développement d'un système d'assurance qualité ;
- la centralisation de la préparation et de la reconstitution des traitements anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien.

Ce contrat va plus loin dans l'évolution de la démarche de prescription du médicament. En effet, les établissements doivent s'engager dans le développement de pratiques pluridisciplinaires, ou en réseaux. Par exemple, dans le domaine du cancer, ils doivent organiser et rendre traçable la pratique pluridisciplinaire au sein de l'établissement, pour garantir au patient une proposition de stratégie thérapeutique concertée, s'appuyant sur des protocoles validés et actualisés. Les établissements doivent également participer au réseau régional ou interrégional de cancérologie qui permet le partage, l'actualisation et la validation, voire l'évaluation des référentiels de pratiques en chimiothérapie (ONCOLOR en Lorraine).

Le CBUM prévoit également une procédure d'auto-évaluation. L'établissement doit se doter d'un dispositif de suivi et d'audit interne, lui permettant de s'assurer de l'application des engagements souscrits. Ce dispositif d'audit doit figurer dans le rapport d'étape annuel.

Si le directeur de l'ARS constate en cours d'année l'inexécution des engagements souscrits, il peut procéder à la résiliation du contrat. [23] [25]

3.4 La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 Juillet 2009

Cette loi est un projet sanitaire et non de financement. A terme, elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Elle est composée de quatre titres :

- Titre I : La modernisation des établissements de santé
- Titre II : L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
- Titre III : La prévention et la santé publique
- Titre IV : L'organisation territoriale du système de santé

Cette loi prévoit :

1. une organisation des soins optimisée pour les patients :
 - par la garantie d'une offre de soins de qualité, en tenant compte des spécificités et des capacités des établissements et des professionnels ;
 - par l'accessibilité à la prévention et aux soins pour tous, en fonction des niveaux de recours ;
 - par la fluidification du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.
2. Des professionnels mieux formés, responsabilisés et reconnus :
 - par la valorisation des équipes pour dynamiser la gestion ;
 - par l'amélioration des formations, initiale et continue, le renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles, l'incitation aux coopérations entre professionnels ;
 - par l'implication renforcée en matière d'éducation thérapeutique du patient et de qualité de soins.

3. Une meilleure organisation territoriale :
 - par l'allocation de ressources plus justes, par les ARS, pour répondre aux besoins de santé de la population ;
 - par la complémentarité accrue entre les acteurs, en vue d'une meilleure gradation des soins.

4. Des établissements adaptés à leurs missions :
 - par la refondation des missions de service public, pour un maillage renforcé des territoires de santé ;
 - par l'incitation aux coopérations entre établissements, publics et / ou privés ;
 - par l'assouplissement du fonctionnement des hôpitaux publics, le recentrage de l'hôpital sur son projet médical, autour de la prévention et du soin. [26]

3.5 L'arrêté du 06 avril 2011

L'arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, est paru au Journal Officiel le 17 avril 2011.

Cet arrêté vise l'amélioration de la prévention des erreurs médicamenteuses chez les patients hospitalisés. Il s'inscrit dans la logique de la loi HPST, qui favorise l'élaboration et la mise en œuvre, par les établissements de santé, d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi qu'une gestion avérée des risques.

Il souligne que l'informatisation des processus de prise en charge médicamenteuse est une des conditions essentielles de sa sécurisation.

Dans un premier temps, ce texte rappelle que la prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes, visant un objectif commun : l'utilisation appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par un établissement de santé. Il définit ensuite le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui devra être mis en place dans les établissements de santé, ainsi que les règles à respecter pour les principales étapes du circuit du médicament. (prescription rédigée par un prescripteur habilité, datée, signée, dispensation sous le contrôle effectif d'un pharmacien, s'assurer de la concordance prescription/patient avant toute administration).

L'arrêté d'avril 2011 aborde dans son ensemble le circuit du médicament : il rappelle les obligations réglementaires et prend en compte tous les aspects du processus (flux d'informations, flux physique des produits et parcours de soins). Il prévoit l'étude des risques liés à la prise en charge médicamenteuse, l'analyse des accidents, ce qui permettra d'élaborer des actions d'amélioration et la mise en place d'actions de formations pour les professionnels.

En pratique, le système proposé repose sur :

- la formalisation de l'organisation et des responsabilités au sein de l'établissement de santé, à toutes les étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse et de sa communication à tout le personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse du patient (article 7) ;
- la formation des professionnels, notamment par la définition d'un plan de formation pluriannuel ainsi que par la mise en œuvre de formations pour tous les nouveaux arrivants ou en cas de mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire (article 7) ;
- l'étude des risques *a priori* encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse (article 8), étude au cours de laquelle une attention particulière devra être portée sur les médicaments à risque (article 1) et les patients à risque, les traitements personnels des patients, les transferts du patient au sein de l'établissement ou dans un autre établissement, ou encore les risques liés à l'utilisation d'une démarche informatisée pour une ou plusieurs étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse ;
- l'analyse des accidents en vue d'actions futures d'amélioration et la communication vis-à-vis des personnels (article 9, 10 et 12)

Cet arrêté reprend chacune des étapes du circuit du médicament : prescription, dispensation, approvisionnement, détention et stockage, transport et administration, en précisant des règles qui sont applicables pour l'ensemble des médicaments (article 13). Les médicaments classés comme stupéfiants font l'objet de dispositions particulières (article 14).

Au stade de l'administration, le texte rappelle que toute administration de médicament est enregistrée au moment de sa réalisation en utilisant le support de prescription et en indiquant la dose administrée et l'heure d'administration et que la retranscription des prescriptions n'est pas autorisée. Par ailleurs, lorsque le médicament n'a pas été administré, l'information est tracée sur le support de prescription et le prescripteur et le pharmacien doivent être informés. [22]

2^{ème} Partie :

**Elaboration de la
cartographie des
risques du circuit du
médicament au Centre
Hospitalier de Verdun**

1 Objectif

L'objectif de notre travail est d'établir la cartographie des risques de la prise en charge médicamenteuse dans les unités de soins du centre hospitalier de Verdun. Cette cartographie permettra de cibler les axes prioritaires d'amélioration et de sécurisation du processus et d'engager les équipes dans des plans d'actions concrets.

Par ailleurs, elle pourra être utilisée comme un indicateur de la qualité lors des futures évaluations du circuit du médicament.

Cette démarche s'inscrit dans la politique globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins décidée par la direction et la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

2 Matériel et méthode

2.1 Matériel

2.1.1 Présentation du Centre Hospitalier de Verdun



Figure 2: Le CHV, vue aérienne du site Saint Nicolas [7]

Le Centre Hospitalier de Verdun est un établissement public de santé, se composant de plus de cinquante unités de soins et de consultations et regroupant 1022 lits.

Il est divisé en huit pôles, qui regroupent chacun plusieurs services (Figure 3) :

Le pôle 1 : Anesthésie, réanimation, SAMU, urgences et santé publique

Le pôle 2 : Chirurgie

Le pôle 3 : Médecine

Le pôle 4 : Pôle mère-enfant

Le pôle 5 : Rééducation, dépendance, vieillissement

Le pôle 6 : Psychiatrie générale

Le pôle 7 : Imagerie médicale, médico-technique et hygiène

Le pôle gériatrique.



Figure 3: Les différentes unités de soins du CHV, par pôle [7]

Notre audit s'est déroulé uniquement dans les services d'hospitalisation pour lesquels le circuit du médicament se déroule dans sa globalité. Ainsi, les unités de consultation, les équipes mobiles de soins palliatifs, l'unité d'évaluation de la douleur, le centre de vaccination, le CMP, ou encore le planning familial, n'ont pas été audités.

2.1.2 Le circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun

Conformément aux objectifs du CBUM, le CHV a développé la prescription informatisée dès 2008. Au 31 décembre 2013, près de 85% des lits du CHV sont informatisés, soit 830 lits.

Comme évoqué dans le chapitre sur la dispensation, la pharmacie du CHV possède trois types d'organisation :

- une dispensation globale hebdomadaire, à partir de bons de commandes papiers ou informatiques des services de soins. Dans le cas d'une commande informatique, une dotation en médicaments et dispositifs médicaux a été définie au préalable entre le représentant de la pharmacie et le médecin responsable de l'unité de soins.

- une dispensation globalisée : à partir des prescriptions informatisées, analysées par un pharmacien, une commande est générée informatiquement pour être préparée et délivrée de façon globale.

- une dispensation nominative : l'EHPAD (232 lits) et certains services de courts séjours (190 lits) bénéficient d'une dispensation individuelle nominative. Un jour dans la semaine, les traitements médicamenteux des différents patients sont préparés pour sept jours et individualisés dans des bacs nominatifs. Le reste de la semaine, la préparation est ajustée en fonction des modifications éventuelles du traitement, à la suite des visites médicales. Une armoire de transfert permet l'acheminement des traitements entre la pharmacie et les unités de soins.

Enfin, les infirmières assurent la traçabilité de l'administration informatiquement, sur le logiciel de gestion du circuit du médicament.

2.2 Méthode

2.2.1 L'outil Inter Diag Médicaments

Notre audit s'appuie sur l'outil Inter Diag Médicaments, élaboré par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). C'est un outil d'auto-évaluation et de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des patients dans les unités de soins.

Son utilisation se fait en trois étapes :

- recueil des données
- vérification de la complétude
- visualisation et analyse des résultats obtenus [1]

Au-delà de sa fonction de « cartographie des risques liés au processus », l'outil permet d'élaborer des plans d'actions concrets, de cibler des axes prioritaires d'amélioration afin de renforcer et d'homogénéiser les bonnes pratiques organisationnelles au sein d'une unité de soins.

Ces plans d'actions initialement prévus pour des unités de soins peuvent être mutualisés au niveau des pôles puis institutionnellement pour créer une dynamique permettant de s'inscrire dans la politique de gestion des risques associés aux soins de l'établissement.

Le questionnaire permet également d'apprécier le risque structurel de l'unité de soins à travers deux thématiques : le type de patient pris en charge par le service et l'organisation qu'il a mis en place quant à la gestion du personnel médical et soignant. En effet, une unité présentera intrinsèquement plus de risques si elle traite de réanimation, de prise en charge en urgence ou si elle accueille des patients sensibles (personnes âgées ou atteintes de pathologies cancéreuses, pédiatrie). De même, le service sera plus vulnérable s'il accueille du personnel en formation comme des étudiants infirmiers et des internes en médecine, ou s'il doit avoir régulièrement recours aux heures supplémentaires et à des intérimaires pour compenser une pénurie de personnel.

Inter Diag Médicaments est un questionnaire constitué de 160 questions (annexe 1), réparties en **trois thématiques principales** :

- contexte et politique de sécurisation dans l'unité de soins
- sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
- sécurisation du stockage des médicaments intra-unité.

Ces 3 thématiques sont elles-mêmes divisées en 7 axes de sécurisation puis en 20 sous-thèmes (Tableau 1) :

- **Axe prévention** : le questionnaire aborde la gestion documentaire du service, en investiguant l'existence de protocoles de soins, notamment en matière de prise en charge de la douleur, de suivi des patients sous AVK ou de médicaments à ne pas mélanger dans une perfusion. L'attitude du service quant à la formation et l'information des nouveaux personnels arrivants est également évaluée. Enfin, le dernier sous thème de l'axe prévention s'intéresse à la sensibilisation des soignants de l'unité à la prise en charge des erreurs médicamenteuses (déclaration, comité de retour d'expérience, mise en place d'actions correctives).
- **Axe pilotage** : un sous thème consacré au bon usage du médicament permet d'auditer l'implication du service dans les réflexions de la COMEDIMS de l'établissement et dans l'analyse de ses consommations médicamenteuses. Cet axe de sécurisation évalue également les liens organisationnels de l'unité de soins avec la PUI.
- **Axe entrée et sortie du patient** : dans cette partie sont auditées la qualité des informations du dossier patient (mention du poids et des allergies, suivi de la fonction rénale, éventuels troubles de la déglutition), les règles mises en place pour gérer la prescription du traitement personnel du patient et la qualité de l'information qu'il reçoit sur son traitement lors de sa sortie.

- **Axe prescription et dispensation** : cet item aborde spécifiquement l'organisation du circuit du médicament existant dans l'unité de soins en évaluant le développement de l'informatisation des prescriptions, la mise en place d'une analyse pharmaceutique et d'une délivrance nominative des médicaments.
- **Axe préparation et administration** : le questionnaire permet d'apprécier le respect des règles applicables lors de la préparation des piluliers des patients mais également d'identifier les risques existants lors de l'administration proprement dite (vérification de l'identité du patient, traçabilité de l'administration...). Un sous thème consacré à l'aide à la prise permet un focus sur les pratiques du service en matière de broyage des comprimés ou d'ouverture des gélules.
- **Axe organisation du stockage des médicaments** : cet axe de sécurisation s'intéresse à la conception même de l'armoire de service, à la recherche d'un risque de confusion lors du rangement des médicaments. Plus traditionnellement, il évalue les procédures mises en place pour contrôler son contenu (péremption, entretien...).
- **Axe gestion du stockage des médicaments** : cette dernière partie s'intéresse au réapprovisionnement de l'armoire de médicaments en termes de responsabilité et d'organisation pratique (planning de commande, information par la PUI en cas de non distribution, contrôle de la commande à la réception, disposition des médicaments dans le contenant de délivrance,...). [2] [1]

Axes de sécurisation	Prévention	Pilotage	Entrée et sortie du patient	Prescription et dispensation	Préparation et administration	Organisation du stockage des médicaments	Gestion du stockage des médicaments
Sous-Thèmes	C : Protocoles et Procédures	F : Bon usage des médicaments	H : Entrée et dossier du patient	K : Prescription	N : Préparation de l'administration	Q : Conception de l'armoire	T : Approvisionnement de l'armoire
	D : Information et Formation	G : Synergies avec la PUI	I : Traitement personnel du patient	L : Analyse pharmaceutique	O : Administration	R : Dotation de médicaments	U : Délivrance globale
	E : Retour d'expérience		J : Préparation de la sortie du patient	M : Délivrance nominative	P : Aide à la prise	S : Contrôle de l'armoire	V : Réception et rangement

Tableau 1: Sous-thèmes de l'outil Inter Diag Médicaments par axes de sécurisation

Comme son nom l'indique, l'outil Inter Diag Médicaments n'est consacré qu'au circuit du médicament, notre analyse n'a donc pas concerné le circuit des dispositifs médicaux, qui fait d'ailleurs l'objet d'un questionnaire spécifique, l'outil Inter Diag DM.

2.2.2 Description des entretiens

Initiés fin 2012, puis durant l'année 2013, des entretiens ont été organisés dans les unités de soins. Ces entretiens ont rassemblé une équipe pluridisciplinaire, composée des principaux acteurs du service impliqués dans la prise en charge médicamenteuse : un médecin, une infirmière, un cadre de santé de l'unité concernée, un pharmacien et / ou un préparateur. Cette démarche permet d'impliquer tous les professionnels dans la démarche de gestion des risques et de faciliter la communication entre les différents acteurs gravitant autour du patient. [2]

L'équipe répond aux 160 questions du logiciel, par « Oui », « Non » ou « NC » (Non Concerné). (Figure 4)

1 Politique de sécurisation de l'unité de soins		Oui / Non	Commentaires
F Bon usage des médicaments			
F.01	Les médecins de votre unité de soins participent aux réflexions de la COMEDIMS ou équivalent	Oui	
F.02	La COMEDIMS ou équivalent a statué sur une politique institutionnelle de dénomination des médicaments : DCI ou nom commercial	Non	
F.03	Le médecin responsable de l'unité de soins analyse au moins 2 fois par an la consommation médicamenteuse	Non	
F.04	Le cadre de l'unité de soins analyse au moins 2 fois par an la consommation médicamenteuse	Non	
F.05	Votre unité de soins participe aux démarches institutionnelles visant à maîtriser la prescription médicamenteuse (antibioprophylaxie, douleur...)	Oui	
F.06	Vos prescripteurs ont défini des objectifs spécifiques à votre unité de soins pour améliorer certaines pratiques de prescriptions (psychotropes, relais IV/PO...)	NC	
F.07	Vous avez identifié dans votre unité de soins des médicaments "à risque" et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration	Non	
G Synergies avec la PUI			
G.01	Votre unité de soins a clarifié sous forme d'un contrat écrit les liens organisationnels	Oui	

Figure 4: Questionnaire de la méthode Inter Diag Médicaments (extrait) [1]

A la fin de l'évaluation, l'outil élabore une synthèse sous forme de scores représentant les pourcentages de risques maîtrisés au sein de l'unité de soins et les pourcentages de vulnérabilités (Figure 5). Ces scores permettent d'établir un radar des sept axes de sécurisation (Figure 6), synthèse graphique des niveaux de risques et une cartographie proprement dite des points forts de la sécurisation et des vulnérabilités du service audité (Figure 7).

Inter Diag Médicaments		REANIMATION				
		19/03/13				
Votre score par thème, axe et sous-thème		maîtrisés	non maîtrisés	total	maîtrise des risques	score réalisé
1	Politique de sécurisation de l'unité de soins	26	12	42	68%	3
	▶ Prévention	21	3	28	88%	3
C	Protocoles / procédures	6	2	12	75%	3
D	Information / formation	8	1	9	89%	3
E	Retour d'expérience	7	0	7	100%	3
	▶ Pilotage	5	9	14	36%	2
F	Bon usage des médicaments	3	4	7	43%	2
G	Synergies avec la PUI	2	5	7	29%	1
2	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	39	29	73	57%	2
	▶ Entrée et sortie du patient	11	4	18	73%	3
H	Entrée et dossier du patient	6	2	11	75%	3
I	Traitement personnel du patient	3	1	4	75%	3
J	Préparation de la sortie du patient	2	1	3	67%	3
	▶ Prescription et dispensation	9	16	25	36%	2
K	Prescription	7	3	10	70%	3

Figure 5: Pourcentages de maîtrise des risques calculés par la méthode Inter Diag

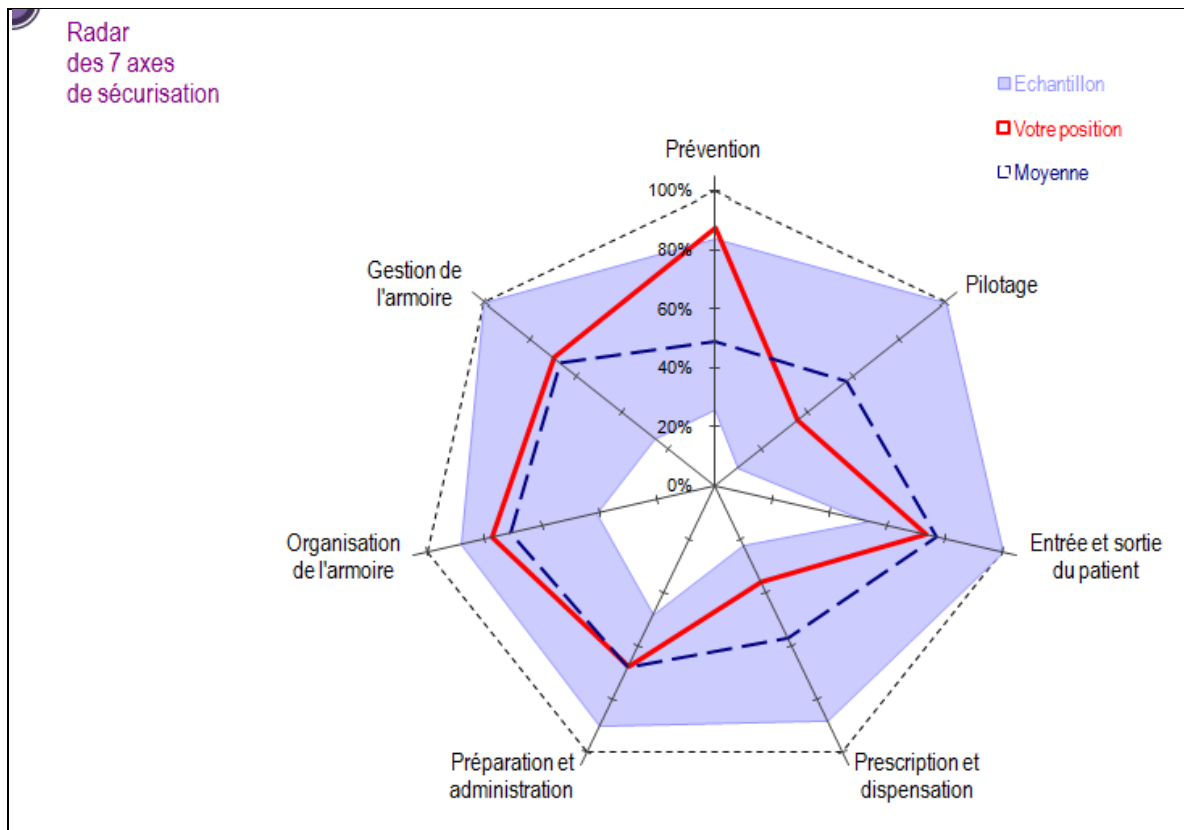


Figure 6: Radar des 7 axes de sécurisation

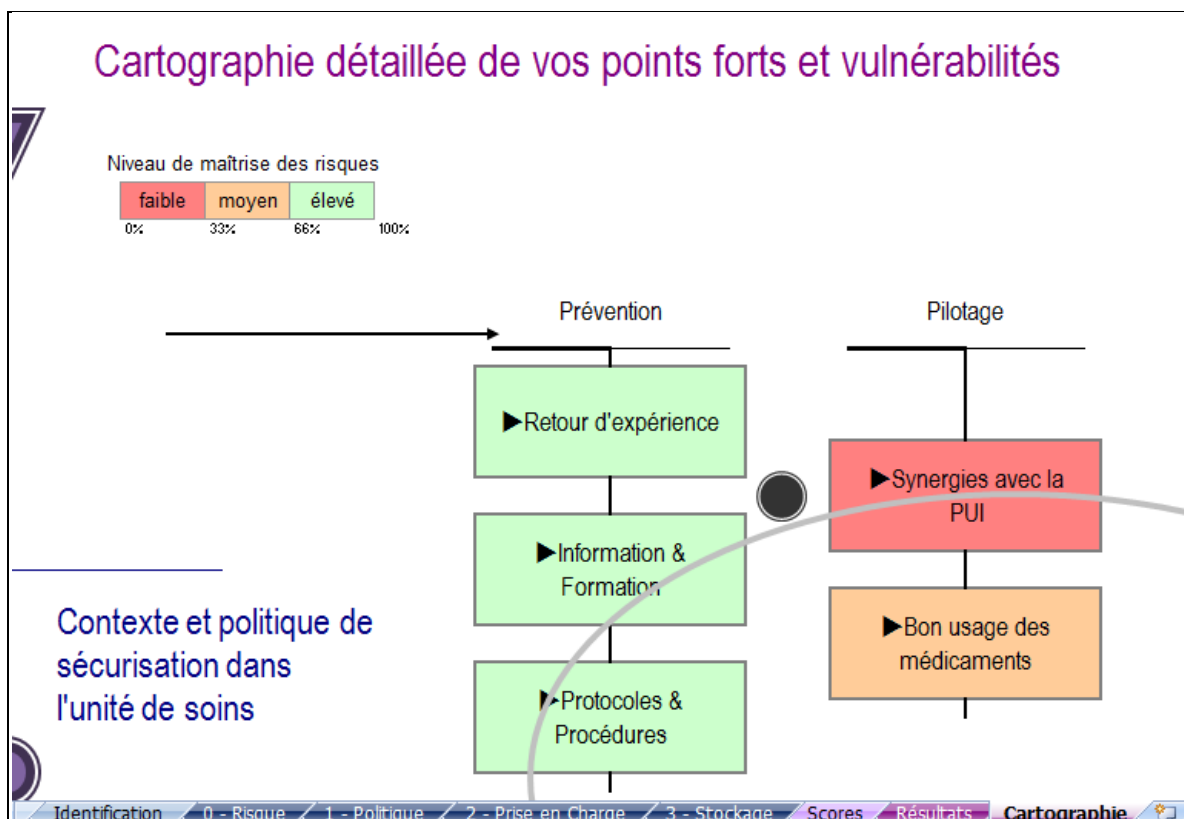


Figure 7: Cartographie détaillée des risques de la prise en charge médicamenteuse

Les résultats compris entre 0 et 33% sont considérés comme des vulnérabilités pour lesquelles il faut mettre en place des actions d'amélioration. Les pourcentages compris entre 33 et 66% représentent un niveau de risque moyen. Dans notre analyse nous avons considéré qu'il s'agissait d'une vulnérabilité pour un pourcentage inférieur à 50% et d'un risque moyennement maîtrisé pour un résultat supérieur à 50%. Au-delà de 66% le risque est considéré comme maîtrisé.

Le graphique sous forme de radar représente les sept axes de sécurisation, les résultats obtenus permettent d'estimer rapidement le niveau de maîtrise des risques et de les comparer à la moyenne des établissements faisant partie des échantillons de l'ANAP.

La cartographie illustre les risques maîtrisés et les vulnérabilités des unités de soins par sous thème grâce à un code couleur en rapport avec le score obtenu précédemment. Ainsi, de 0 à 33% une couleur rouge indique les thèmes vulnérables à améliorer, de 33 à 66% les thèmes sont en orange. L'étiquetage du sous thème en « vulnérabilité » ou en « risque moyennement maîtrisé » sera précisé par le pourcentage de maîtrise des risques atteint (inférieur ou supérieur à 50%). Au-delà de 66% les risques maîtrisés sont signalés par une couleur verte.

L'originalité de notre démarche a été d'extrapoler les résultats obtenus pour les unités de soins afin d'établir le niveau de risque de chaque pôle puis celui de l'établissement tout entier.

3 Résultats

27 unités de soins ont été évaluées (Figure 8) :

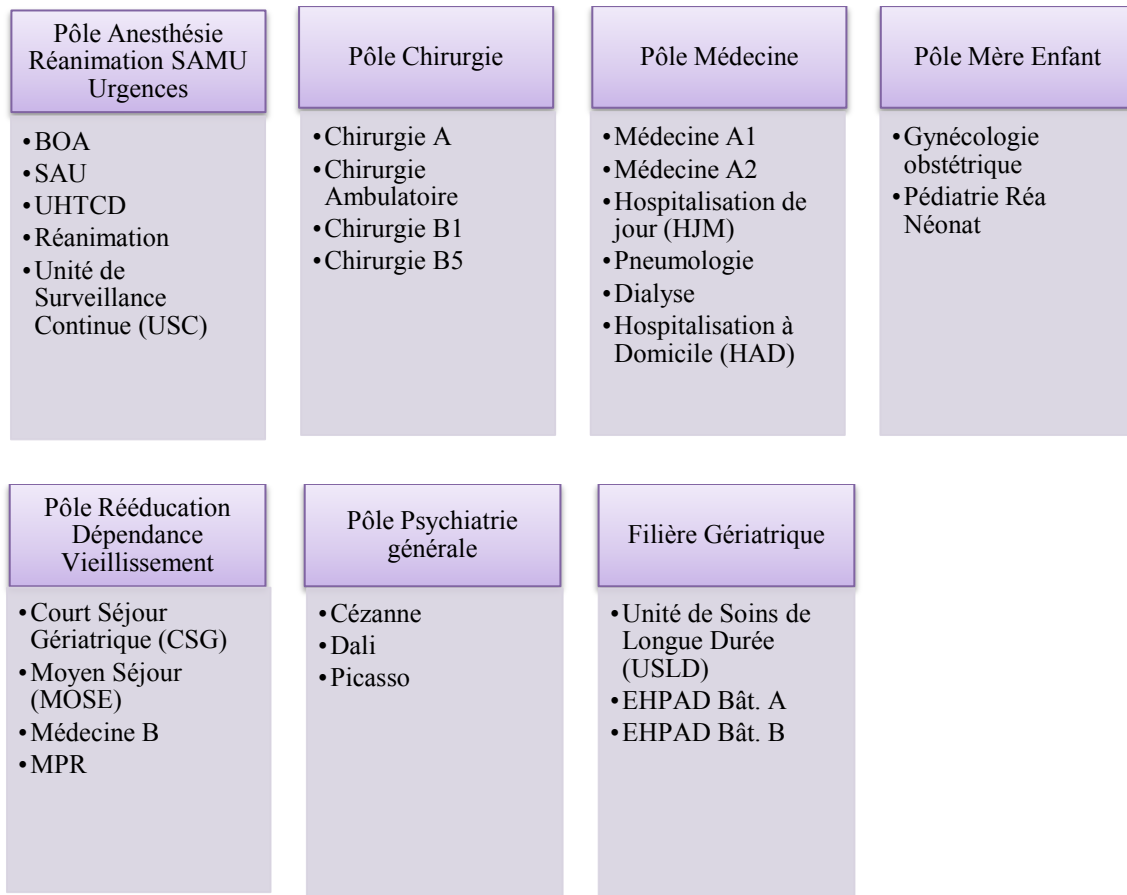


Figure 8: Les unités de soins auditées

3.1 Cartographie des risques pour l'établissement

3.1.1 Risque structurel de l'établissement

Le tableau 2 montre le risque structurel de l'établissement.

Inter Diag Médicaments		Centre Hospitalier de Verdun 12/09/2013			% de risques
		Nombre de risques			
Votre niveau de risque structurel		Présents	Absents	Total	
0	Risque structurel de l'établissement	220	145	378	60
A	Organisations médicale et soignante	128	86	216	60
B	Modalités d'hospitalisation	92	59	162	61

Tableau 2: Risque structurel du CHV

Le risque structurel de l'établissement est de 60%, réparti en 60% pour l'organisation médicale et soignante mise en place et 61% en ce qui concerne les modalités d'hospitalisation.

0. Risque structurel de l'établissement		Pourcentages d'unités de soins	
A. Organisation médicale et soignante		OUI	NON
A01.	Au cours de la même journée, généralement plusieurs médecins prescrivent des médicaments pour le même patient	85%	15%
A02.	Votre unité de soins accueille régulièrement des internes en médecine	67%	33%
A03.	Il existe une infirmière référent (non cadre) pour les relations de l'unité de soins avec la pharmacie à usage intérieur et cette tâche figure dans sa fiche de poste	18,5%	81,5%
A04.	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois une ou des infirmières du pool (suppléantes ou roulanges...)	48%	52%
A05.	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois une ou des infirmières intérimaires	4%	96%
A06.	Votre unité de soins accueille au moins une élève infirmière par an	96%	4%
A07.	Il existe deux équipes d'infirmières différentes : une dédiée au jour, l'autre de nuit	12%	88%
A08.	Le fonctionnement de votre unité de soins conduit au recours à des heures supplémentaires chaque mois	81,5%	18,5%

Tableau 3 : Risque de l'établissement en matière d'organisation médicale et soignante (en pourcentages d'unités de soins)

Les risques liés à l'organisation médicale et soignante sont détaillés dans le tableau 3. Sur les huit risques identifiés par Inter Diag, six sont présents dans la grande majorité des unités de soins du CHV. Ainsi plusieurs médecins prescrivent des médicaments pour le même patient dans la même journée dans 85% des unités. La quasi-totalité des services accueillent des élèves infirmières (96%) ou des internes en médecine (67%). Le recours à des heures supplémentaires chaque mois, annoncé par plus de 80% des unités de soins, participe également au risque structurel global.

Les risques liés aux modalités d'hospitalisation sont détaillés dans le tableau 4.

0. Risque structurel de l'établissement		Pourcentages d'unités de soins	
B.	Modalités d'hospitalisation	OUI	NON
B01.	Votre unité de soins accueille plusieurs types de prises en charge de patients (hospitalisation de jour / hospitalisation complète / soins intensifs...)	48%	52%
B02.	Les patients sont toujours identifiés par un bracelet (nom / nom + code-barre / RFID...)	4%	96%
B03.	Au moins une fois par semaine, un patient change de chambre au cours de son séjour dans votre unité de soins	21%	79%
B04.	Votre unité de soins comprend au moins une chambre à deux lits ou plus	92%	8%
B05.	Votre unité administre des chimiothérapies injectables	16%	84%
B06.	Votre unité prend en charge des patients à risque ou sensibles (pédiatrie, réanimation, gériatrie...)	93%	7%

Tableau 4 : Risque de l'établissement relatif aux modalités d'hospitalisation (en pourcentages d'unités de soins)

Nous constatons que la quasi totalité des unités de soins du CHV n'utilisent pas de système de bracelet pour identifier les patients (96%). Elles comprennent également des chambres de deux lits ou plus (92%), ce qui accroît le risque précédent lié à l'identification des patients. 93% des unités de soins déclarent prendre en charge des patients à risque ou sensibles.

Tous ces items sont autant de vulnérabilités augmentant le risque structurel de l'établissement.

Ces résultats reflètent la polyvalence d'un établissement de plus de 1000 lits confronté à un isolement géographique particulier. En effet, le CHV, situé à une heure du CHR de Metz et à une heure trente du CHU de Nancy, doit faire face à une multitude de prises en charge, allant de l'hospitalisation complète, à l'hospitalisation de jour ou même à domicile, en passant par la gestion d'une maison de retraite. Le CHV doit couvrir également de nombreuses spécialités médicales et donc autant de catégories de patients à risque, telles que la chirurgie, la réanimation, l'obstétrique ou la pédiatrie pour satisfaire les besoins de la population meusienne.

3.1.2 Radar des axes de sécurisation

La figure 9 décrit le niveau de risque maîtrisé pour chacun des axes de sécurisation à l'échelle de l'établissement.

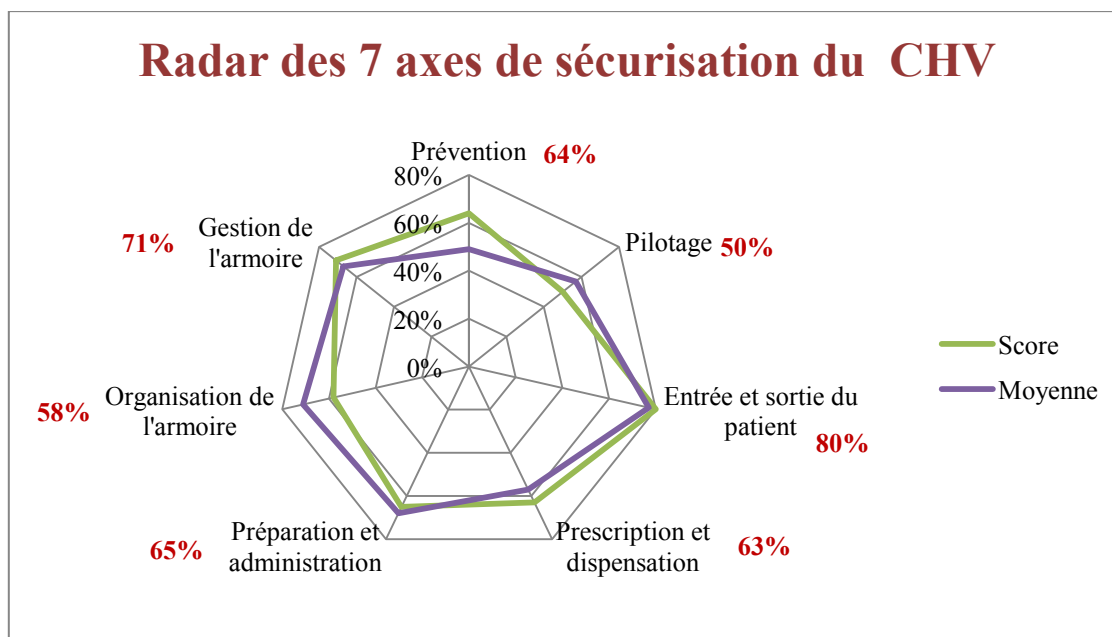


Figure 9: Radar des 7 axes de sécurisation du CHV

Nous constatons que le CHV affiche un niveau de risque moyennement maîtrisé avec 5 des 7 axes de sécurisation ayant obtenus un résultat inférieur à 66%. Il ne présente pas de niveau de maîtrise faible, son plus mauvais score étant de 50% pour l'axe de pilotage (axe qui s'intéresse au bon usage du médicament, à l'implication des unités de soins dans la COMEDIMS, à l'analyse des consommations médicamenteuses et aux liens organisationnels des unités de soins avec la PUI). Deux axes de sécurisation enregistrent des niveaux de risques maîtrisés (>66%). Il s'agit de la gestion de l'armoire (71%) et de la gestion de l'entrée/sortie du patient (80%).

Le tableau 5 détaille les pourcentages de maîtrise des risques au sein du CHV :

Votre score par thème, axe et sous-thème		Nombre de risques			% de maîtrise des risques	Score réalisé
		Maîtrisés	Non maîtrisés	Total		
1	Politique de sécurisation de l'unité de soins	630	430	1134	59	2
	Prévention	442	244	756	64	2
C	Protocoles/procédures	128	144	324	47	2
D	Information/formation	179	63	243	74	3
E	Retour d'expérience	135	37	189	78	3
	Pilotage	188	186	378	50	2
F	Bon usage des médicaments	89	99	189	47	2
G	Synergie avec la PUI	99	87	189	53	2
2	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	1173	553	1971	68	3
	Entrée et sortie du patient	344	86	486	80	3
H	Entrée et dossier du patient	214	43	297	83	3
I	Traitement personnel du patient	77	19	108	80	3
J	Préparation de la sortie du patient	53	24	81	69	3
	Prescription et dispensation	378	225	675	63	2
K	Prescription	204	58	270	78	3
L	Analyse pharmaceutique	78	96	189	45	2
M	Délivrance nominative	96	71	216	57	2
	Préparation et administration	451	242	810	65	2
N	Préparation de l'administration	181	108	351	63	2
O	Administration	221	81	324	73	3
P	Aide à la prise	49	53	135	48	2
3	Sécurisation du stock intra-unité	647	354	1026	65	2
	Organisation de l'armoire	269	198	486	58	2
Q	Conception de l'armoire	98	64	162	60	2
R	Dotation de médicaments	73	44	135	62	2
S	Contrôle de l'armoire	98	90	189	52	2
	Gestion de l'armoire	378	156	540	71	3
T	Approvisionnement de l'armoire	168	72	243	70	3
U	Délivrance globale	98	9	108	92	3
V	Réception et rangement	112	75	189	60	2

Tableau 5: Score de maîtrise des risques du CHV

3.1.3 Cartographie des points forts et des vulnérabilités

La figure 10 montre la cartographie détaillée des points forts et des vulnérabilités du CHV. Cette cartographie nous montre que l'établissement ne présente pas de thèmes vulnérables (<33%), mais plutôt des risques moyennement maîtrisés.

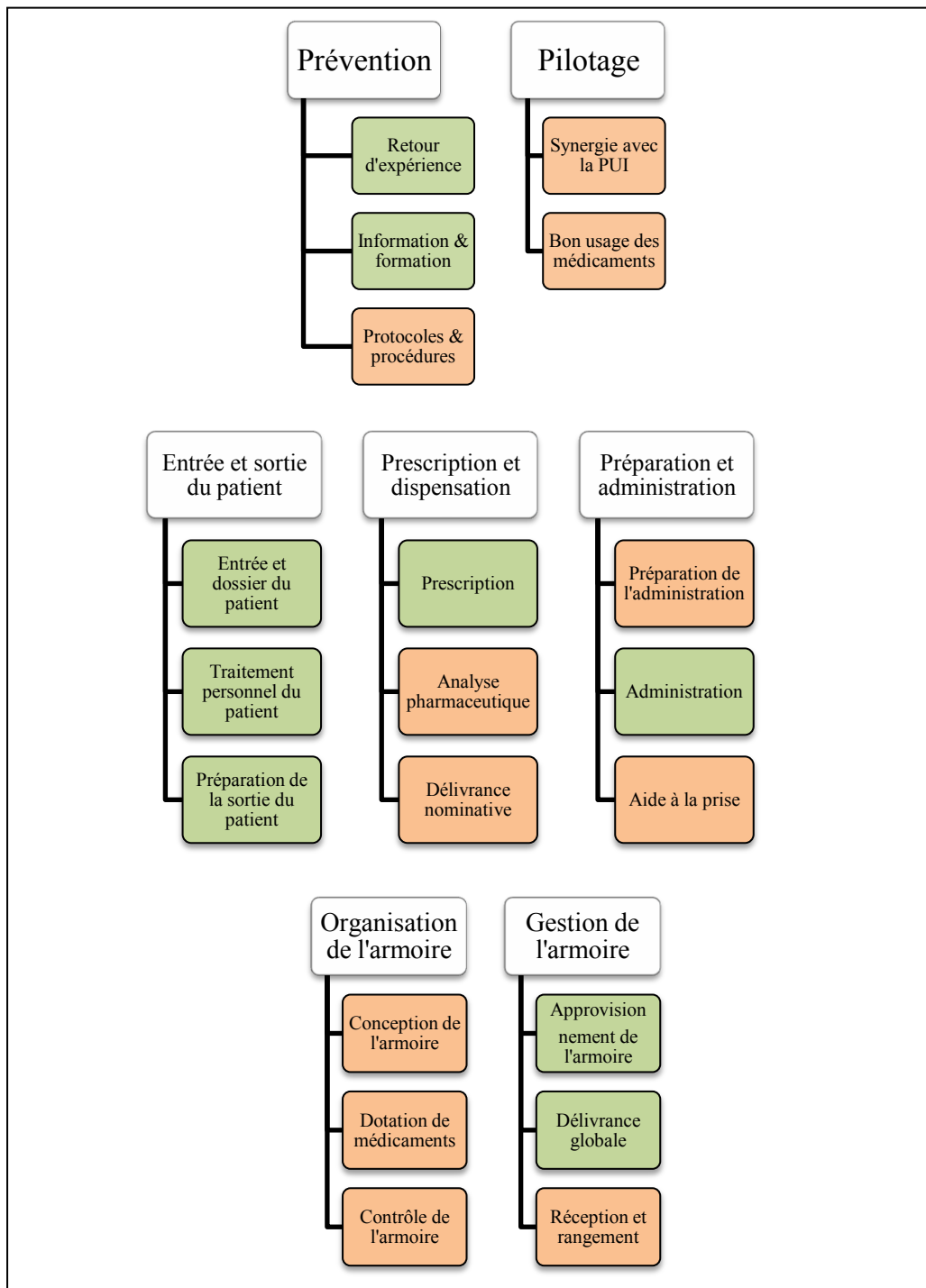


Figure 10: Cartographie détaillée des points forts et des vulnérabilités du CHV

Concernant les vulnérabilités, cette cartographie permet d'avoir une précision sur les sous thèmes responsables du score global de maîtrise des risques et donc d'orienter les choix d'amélioration. Ainsi nous constatons que les sous thèmes à améliorer sont :

- en matière de « politique de sécurisation », les sous thèmes « protocoles et procédures » (47% de maîtrise des risques), « bon usage des médicaments » (47% de maîtrise des risques) et « synergie avec la PUI » (53% de maîtrise des risques).

- en matière de « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse », les sous thèmes « analyse pharmaceutique » (45% de maîtrise de risques) et « délivrance nominative » (57% de maîtrise des risques). Ces pourcentages de risques moyennement maîtrisés témoignent que toutes les prescriptions n'arrivent encore pas à la pharmacie et que tous les services ne bénéficient pas encore d'une dispensation nominative. Le sous thème « aide à la prise » est également considéré comme une vulnérabilité pour l'établissement (48% de maîtrise des risques), notamment à cause de l'absence de protocoles sur les comprimés ne devant pas être broyés ou les gélules ne devant pas être ouvertes.

- en matière de « sécurisation du stock intra unité », l'ensemble des sous thèmes de l'axe « organisation de l'armoire » sont moyennement maîtrisés. En effet, les sous thèmes « conception de l'armoire », « dotation de médicaments » et « contrôle de l'armoire » présentent des pourcentages de risques maîtrisés respectivement de 60%, 62% et 52%.

Concernant les points forts, la cartographie confirme les pourcentages de risques maîtrisés annoncés dans le radar des 7 axes de sécurisation (Figure 9), notamment en ce qui concerne l'axe « entrée et sortie du patient », puisque chaque sous thème relatif à cet axe dépassent les 66% et l'axe « gestion de l'armoire » qui présente deux sous thèmes aux risques maîtrisés à plus de 70% (« approvisionnement de l'armoire » et « délivrance globale »).

Les autres points forts remarquables du CHV sont les sous thèmes « information et formation » des nouveaux personnels arrivants (74% de maîtrise des risques), « retour d'expérience » (78% de maîtrise des risques), « prescription » (78% de maîtrise des risques) et « administration » (73% de maîtrise des risques).

3.1.4 Analyse par pôle

La figure 11 regroupe les radars des 7 axes de sécurisation pour les 7 pôles de l'établissement. Elle nous permet de mettre l'accent sur le ou les pôle(s) plus particulièrement responsable(s) du niveau de risque global ou de mettre en évidence des disparités entre les niveaux de maîtrise des risques des pôles.

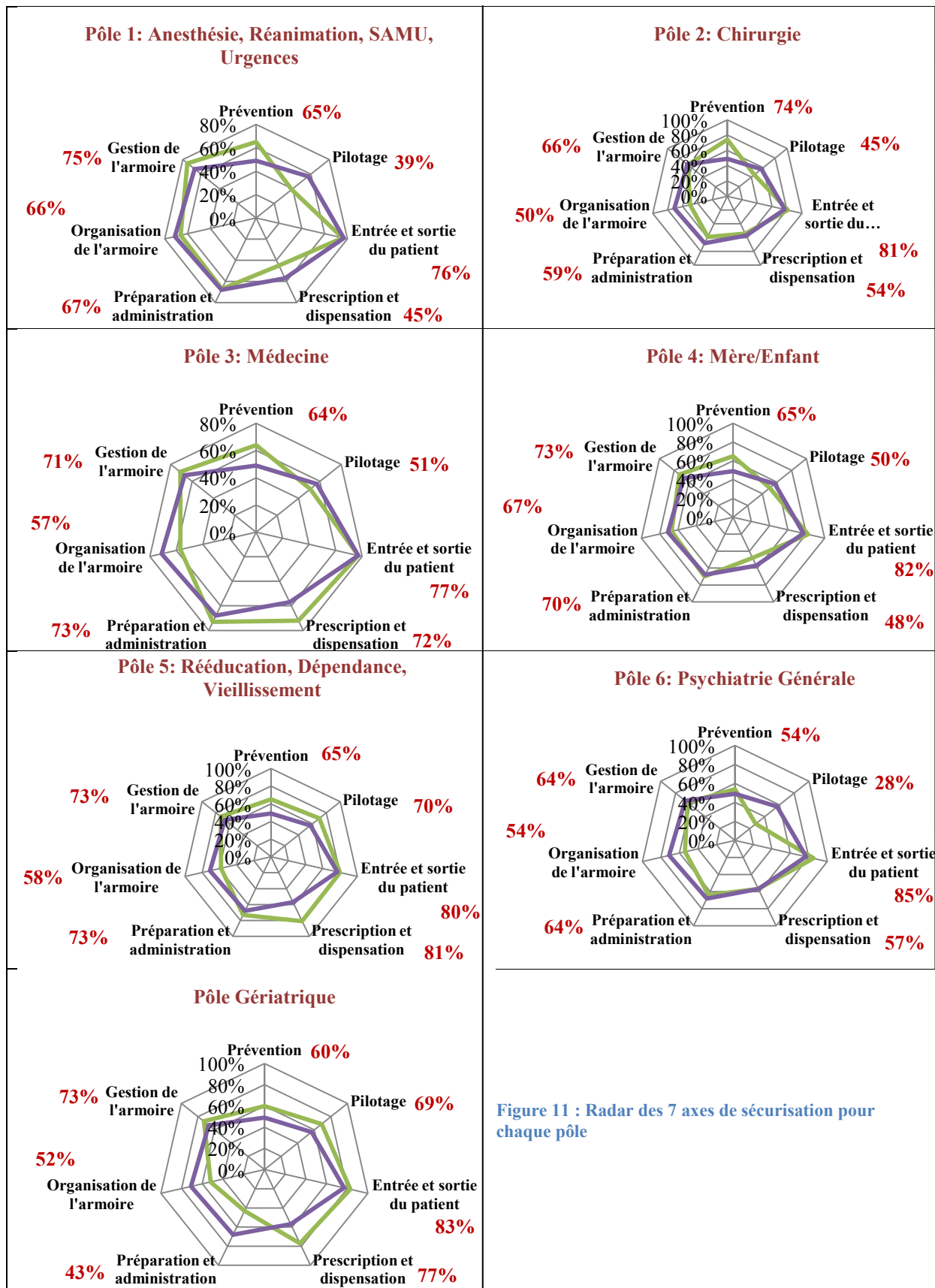


Figure 11 : Radar des 7 axes de sécurisation pour chaque pôle

L'axe « prévention » présente des risques relativement maîtrisés avec des résultats allant de 54% à 74%. La moyenne de l'établissement étant de 64%. Tous les pôles présentent une homogénéité dans la maîtrise des risques liés à la prévention des effets indésirables et des erreurs médicamenteuses.

L'axe « pilotage » a obtenu un résultat de 50%. Nous constatons que ce sont le pôle 1 (anesthésie, réanimation, SAMU urgence) avec 39%, le pôle 2 (chirurgie) avec 45% et le pôle 6 (psychiatrie générale) avec 28% de maîtrise de risques qui sont plus particulièrement responsables de ce résultat. Deux pôles se démarquent, le pôle rééducation-dépendance-vieillesse et le pôle gériatrique, qui ont obtenu respectivement des pourcentages de maîtrise des risques de 70% et 69%. Nous pouvons dire qu'il existe une disparité de maîtrise des risques entre les pôles en ce qui concerne cet axe.

Pour l'axe « entrée et sortie du patient », tous les pôles obtiennent un résultat homogène proche de 80% identique à la note globale de l'établissement. Les risques inhérents à cet axe sont reconnus maîtrisés par les services audités.

Pour l'axe « prescription et dispensation », l'établissement présente un pourcentage de maîtrise des risques de 63%. Pourtant on constate une disparité des niveaux de maîtrise des risques entre les pôles. Deux pôles ont obtenu de faibles résultats, le pôle 1 (45% de maîtrise des risques) et le pôle 4 (48% de maîtrise des risques) ; deux pôles présentent une maîtrise des risques moyenne, le pôle 2 (54% de maîtrise des risques) et le pôle 6 (avec un résultat de 57%) et trois pôles présentent une maîtrise des risques élevée, les pôles 3, 5 et gériatrique avec des pourcentages de maîtrise des risques respectivement de 72%, 81% et 77%. Les résultats reflètent l'avancée de l'établissement dans l'informatisation de la prescription et la mise en place de la dispensation nominative. En effet, dans les pôles 1 (anesthésie-réanimation-SAMU-urgences) et 4 (mère-enfant), ni la prescription informatisée et de surcroît l'analyse pharmaceutique, ni la dispensation nominative ne sont mises en place. Les pôles 2 (chirurgie) et 6 (psychiatrie) bénéficient d'une prescription informatique et d'une analyse pharmaceutique mais pas d'une dispensation nominative. Enfin les pôles 3 (médecine), 5 (rééducation-dépendance-vieillesse) et le pôle gériatrique disposent quant à eux des sécurisations optimales du circuit du médicament : prescription informatisée, analyse pharmaceutique et dispensation nominative hebdomadaire.

Les risques inhérents à l'axe « préparation et administration » des médicaments sont maîtrisés à 65% au niveau de l'établissement. Les résultats obtenus sont homogènes, avec des pourcentages de maîtrise des risques allant de 59% à 73% pour tous les pôles, à l'exception de la gériatrie, pôle pour lequel cet axe de sécurisation est une vulnérabilité, avec un résultat de 43%. Une analyse par sous thème (Tableau 6) nous permet d'explicitier ce score : l'étape d'administration est une vulnérabilité pour ce pôle, le pourcentage de maîtrise des risques étant seulement de 21%. Les audits ont révélé en effet que le long séjour et les services d'EHPAD n'assuraient aucune traçabilité de l'administration, de la non administration et des horaires de prise, ni en temps réel ni a priori ou posteriori et ce, que les médicaments soient injectables ou non, prescrits de façon conditionnelle ou non.

L'axe « organisation de l'armoire » présente une maîtrise des risques de 58% à l'échelle de l'établissement. Ce niveau moyen de maîtrise se retrouve de façon homogène dans l'ensemble des pôles qui affichent des pourcentages compris entre 50% pour le pôle chirurgie et 67% pour le pôle mère-enfant.

Enfin, tous les pôles obtiennent de bons résultats compris entre 64 et 75% pour l'axe « gestion de l'armoire », ce qui explique que les risques liés à cet axe au niveau du CHV sont bien maîtrisés à plus de 70%.

Le tableau 6 détaille par sous thème les pourcentages de maîtrise des risques obtenus par chacun des pôles de l'établissement.

		Pôle 1 : Anesthésie, Réanimation, SAMU, Urgences	Pôle 2 : Chirurgie	Pôle 3 : Médecine	Pôle 4 : Mère/Enfant	Pôle 5 : Rééducation, Dépendance, Vieillesse- ment	Pôle 6 : Psychiatrie Générale	Pôle Gériatrique
1	Politique de sécurisation de l'unité de soins	55%	64%	60%	60%	66%	45%	63%
	Prévention	65%	74%	64%	65%	65%	54%	60%
C	Protocoles/procédures	53%	60%	55%	45%	39%	32%	30%
D	Information/formation	64%	86%	76%	82%	78%	67%	67%
E	Retour d'expérience	81%	81%	65%	77%	89%	63%	95%
	Pilotage	39%	45%	51%	50%	70%	28%	69%
F	Bon usage des médicaments	41%	50%	40%	64%	68%	5%	71%
G	Synergie avec la PUI	37%	39%	62%	36%	71%	56%	67%
2	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	61%	63%	74%	65%	78%	67%	65%
	Entrée et sortie du patient	76%	81%	77%	82%	80%	85%	83%
H	Entrée et dossier du patient	82%	79%	85%	79%	87%	89%	82%
I	Traitement personnel du patient	69%	93%	61%	88%	75%	91%	100%
J	Préparation de la sortie du patient	67%	73%	67%	83%	67%	67%	67%
	Prescription et dispensation	45%	54%	72%	48%	81%	57%	77%
K	Prescription	73%	77%	74%	65%	93%	89%	73%
L	Analyse pharmaceutique	9%	38%	61%	43%	71%	22%	67%
M	Délivrance nominative	39%	38%	80%	31%	72%	33%	94%
	Préparation et administration	67%	59%	73%	70%	73%	64%	43%
N	Préparation de l'administration	69%	48%	75%	74%	56%	64%	53%
O	Administration	77%	76%	80%	83%	84%	82%	21%
P	Aide à la prise	25%	38%	50%	25%	94%	21%	73%
3	Sécurisation du stock intra-unité	71%	59%	64%	70%	66%	60%	63%
	Organisation de l'armoire	66%	50%	57%	67%	58%	54%	52%
Q	Conception de l'armoire	67%	58%	56%	83%	46%	94%	33%
R	Dotation de médicaments	60%	40%	66%	70%	80%	0%	80%
S	Contrôle de l'armoire	69%	50%	52%	50%	57%	25%	48%
	Gestion de l'armoire	75%	66%	71%	73%	73%	64%	73%
T	Approvisionnement de l'armoire	73%	56%	70%	67%	78%	72%	74%
U	Délivrance globale	95%	100%	96%	100%	81%	67%	100%
V	Réception et rangement	66%	61%	58%	64%	61%	52%	57%

Tableau 6 : Cartographie de la maîtrise des risques du CHV par pôle et par sous thème

En complément de l'analyse précédente, cette cartographie des risques nous permettra de dégager les sous thèmes à améliorer prioritairement. De plus, le nombre de sous thèmes étant de 20, nous pouvons établir des notes de maîtrise des risques pour chaque pôle.

Pour le pôle 1 « anesthésie-réanimation-SAMU-urgences », sur les 20 sous thèmes abordés, 11 sont maîtrisés (11/20), 4 sont moyennement maîtrisés et 5 sont des vulnérabilités.

Pour le pôle 2 « chirurgie », 8 sont maîtrisés (8/20), 4 sont moyennement maîtrisés et 8 sous thèmes sur 20 sont des vulnérabilités.

Pour le pôle 3 « médecine », 9 sous thèmes sont estimés être des points forts (9/20), 9 sous thèmes sont moyennement maîtrisés et 2 sont des vulnérabilités.

Pour le pôle 4 « mère-enfant », 11 sous thèmes sur 20 sont maîtrisés (11/20), 3 sont moyennement maîtrisés et 6 sont considérés comme des vulnérabilités.

Pour le pôle 5 « rééducation-dépendance-vieillesse », 15 sous thèmes sont considérés comme des points forts (15/20), 3 sont moyennement maîtrisés et 2 sont des vulnérabilités.

Pour le pôle 6 « psychiatrie générale », 9 sous thèmes sont maîtrisés (9/20), 4 sont moyennement maîtrisés et 7 sont considérés comme étant des vulnérabilités (7/20).

Pour le pôle « gériatrique », 14 sous thèmes sont estimés être des points forts (14/20), 2 sous thèmes sont moyennement maîtrisés et 4 sont des vulnérabilités.

Ainsi, les meilleurs « élèves » sont le pôle « rééducation-dépendance-vieillesse » pour lequel 15 sous thèmes sur 20 sont considérés comme des points forts et le pôle « gériatrique » avec 14 sous thèmes considérés maîtrisés.

Les pôles présentant le plus de sous thèmes aux risques non maîtrisés sont le pôle « chirurgie » avec 8 sous thèmes considérés comme des vulnérabilités et le pôle « psychiatrie générale », avec 7 sous thèmes considérés comme des vulnérabilités.

Comme nous l'avions pressenti dans la comparaison des axes de sécurisation par pôle (Figure 11), les pôles chirurgie et psychiatrie devront faire l'objet des premières mesures d'amélioration.

Les principaux enseignements de l'analyse par sous thème sont abordés ci-après.

Concernant l'axe « prévention », le sous thème « protocoles/procédures » est à considérer comme un axe d'amélioration. En effet, quatre pôles sur sept présentent des risques maîtrisés à moins de 50%. A l'inverse, les taux élevés de maîtrise des risques dans chaque pôle pour le sous thème consacré au « retour d'expérience » témoignent de la bonne implication de la direction de la qualité dans le traitement des erreurs médicamenteuses (fiche de déclaration, charte de non punition existante, mise en place de CREX par pôle).

L'analyse par sous thème dans l'axe « pilotage » confirme une disparité dans la maîtrise des risques de chaque pôle, que ce soit en terme de « bon usage du médicament » ou de « synergie avec la PUI ». Nous constatons en effet des écarts allant de 5 à 71%. Ce manque d'homogénéité doit nous faire prendre conscience des possibilités d'amélioration de ces deux sous thèmes.

Concernant l'axe de sécurisation « prescription et dispensation », le sous thème « prescription » proprement dit est un point fort de l'établissement confirmé dans tous les pôles. Chaque patient semble disposer d'un support de prescription papier ou informatique intégralement conforme aux bonnes pratiques (prescriptions datées, signées, lisibles, avec mention des dosages et posologies, différenciant les formes injectables et incluant le traitement personnel). Plus précisément, les audits ont révélé que la prescription des modalités de dilution des médicaments injectables était encore perfectible. Les scores de maîtrise des risques du sous thème consacré à « l'analyse pharmaceutique » amènent deux types de commentaires :

- D'une part, ils sont le reflet de l'avancée de l'informatisation de la prescription dans l'établissement, seule condition pour que le pharmacien ait accès à l'analyse de l'ordonnance. Ainsi s'explique les scores de 9% du pôle anesthésie-réanimation-SAMU-urgences pour lequel seuls les six lits de l'UHTCD sont informatisés ou le pourcentage de risques maîtrisés de 43% dans le pôle mère-enfant où seules les prescriptions du secteur de gynécologie-obstétrique sont informatisées en intégralité.

- D'autre part, ces résultats révèlent des incohérences comme dans les pôles chirurgie ou psychiatrie générale. En effet, bien qu'étant des pôles bénéficiant d'une prescription informatisée avec d'excellents pourcentages de maîtrise des risques sur ce sous thème, ils n'affichent que des scores de 38 et 22% concernant « l'analyse pharmaceutique ». Ces discordances pourraient être expliquées par une méconnaissance de la fonction « d'analyse pharmaceutique » par les soignants.

Enfin, en matière de « délivrance nominative », les résultats sont en rapport avec le nombre de lits bénéficiant de ce mode de dispensation dans chaque pôle. On peut toutefois s'étonner de scores atteignant 30 à 40% dans des pôles ne disposant que d'une délivrance globale (anesthésie-réanimation-SAMU-urgences, mère-enfant ou psychiatrie).

Dans l'axe de sécurisation « préparation et administration », nous avons déjà pu évoquer la vulnérabilité du pôle gériatrique du fait de l'absence de traçabilité de l'administration aux patients. Par ailleurs, les risques liés à « l'administration » sont maîtrisés à près de 80% dans les autres pôles. Par contre, l'analyse par sous thème permet de dégager « l'aide à la prise » comme étant un axe d'amélioration. En effet, on observe qu'il s'agit d'une vulnérabilité pour quatre pôles sur sept (entre 21 et 38% de maîtrise des risques). Nous remarquons toutefois que ce sous thème est un point fort pour les pôles prenant en charge des patients âgés : 94% de maîtrise des risque pour le pôle rééducation-dépendance-vieillessement et 73% pour le pôle gériatrique. Rappelons que ce sous thème aborde les pratiques des unités de soins en matière de broyage des comprimés et l'on peut penser que le personnel de ces pôles est plus confronté et donc plus sensibilisé à cette problématique.

Pour l'axe de sécurisation « organisation de l'armoire », on observe une disparité importante du niveau de maîtrise des risques pour tous les sous thèmes et entre les différents pôles. En effet, pour le sous thème « conception de l'armoire », même si pour toutes les unités de soins, les médicaments sont rangés dans des zones distinctes selon la voie d'administration, les résultats sont très hétérogènes en ce qui concerne les autres items (par exemple le principe de rangement de l'armoire peut générer des risques de confusion lors des changements de marchés, il ne permet pas non plus d'éloigner physiquement les médicaments présentant une

homonymie ou des dosages différents). Trois pôles sur sept présentent des risques maîtrisés, avec des pourcentages compris entre 67 et 94%. En ce qui concerne la « dotation de médicaments », seuls quatre pôles sur sept présentent des pourcentages de maîtrise des risques élevés compris entre 66 et 80%. En effet, les dotations ne sont pas mises en place pour toutes les unités de soins ou plus souvent, ne sont pas réévaluées annuellement comme le préconisent les bonnes pratiques.

Pour l'axe « gestion de l'armoire », les deux premiers sous thèmes, « approvisionnement de l'armoire » et « délivrance globale » se distinguent. Tous les pôles présentent une maîtrise des risques supérieure à 66%, ce qui fait de ces sous thèmes des points forts pour tous les pôles de l'établissement. La moyenne de l'établissement est confirmée dans les deux sous thèmes. Enfin, le dernier sous thème consacré à la réception et au rangement de l'armoire est moyennement maîtrisé de façon uniforme dans chaque pôle (entre 52 et 66%).

En conclusion, nous pouvons déterminer les sous thèmes prioritaires devant être améliorés :

- « protocoles/procédures »
- « bon usage des médicaments »
- « synergie avec la PUI »
- « analyse pharmaceutique » et « dispensation nominative », en continuant le développement de la prescription informatique
- « l'aide à la prise des médicaments » dans les unités de soins n'accueillant pas uniquement des patients âgés
- tous les sous thèmes concernant « l'organisation de l'armoire » : sa conception, son contrôle et la gestion des dotations
- « la réception et le rangement » de la commande des médicaments.

3.2 Cartographie des risques par thématiques

3.2.1 Elaboration d'un programme d'amélioration de la qualité

Dans le cadre de notre travail, nous avons réalisé un programme d'amélioration de la qualité. Il s'agit d'un tableau de bord décrivant les actions à mettre en place (Annexe 6).

P.		Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
	Aide à la prise			
P.01	Dans le cas où lon confie au patient son traitement pour la journée, les IDE lui expliquent le principe des compartiments et s'assurent de sa compréhension	Pneumo, Gynéco, Cézanne, Picasso, EHPAD A, HAD	Dali	
P.02	Dans le cas où le patient est autonome, les consignes particulières de prise (avant, pendant, après le repas...) lui sont rappelées par les IDE	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir Ambu, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Picasso, EHPAD A, HAD, Méd B, MPR	Dali	
P.03	Votre unité de soins dispose d'une documentation à jour sur les comprimés ne devant pas être broyés et leur substitution éventuelle	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Méd A2, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, Pneumo, Gynéco, Pédiá, Cézanne, Dali, Picasso, Réa, USC	Communiquer sur la liste existante sur intranet
P.04	Le classeur "Médicaments" contient un document validé par la PUI décrivant les bonnes pratiques de broyage des comprimés (matériel utilisé...)	CSG, BOA, HAD, Méd B, MPR	MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiá, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Réa, USC	Rédiger un protocole de bonnes pratiques
P.05	Votre unité de soins dispose d'une documentation à jour sur les gélules ne devant pas être ouvertes et leur substitution éventuelle	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B5, Méd A2, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, Pneumo, Gynéco, Pédiá, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, Réa, USC	Communiquer sur la liste existante sur intranet

Figure 12 : Tableau de bord de la cartographie des risques du circuit du médicament au Centre Hospitalier de Verdun (extrait)

Selon le type et l'importance de l'action, sa réalisation sera confiée aux sous commissions de la CME et notamment à la COMEDIMS, définissant ainsi leurs objectifs pour les prochaines années. Les objectifs devront être intégrés dans le programme qualité de la direction des soins afin de suivre leur état d'avancement.

3.2.2 Politique de sécurisation de l'unité de soins

La figure 13 représente les pourcentages de maîtrise des risques de la politique de sécurisation pour chaque unité de soins du CHV :

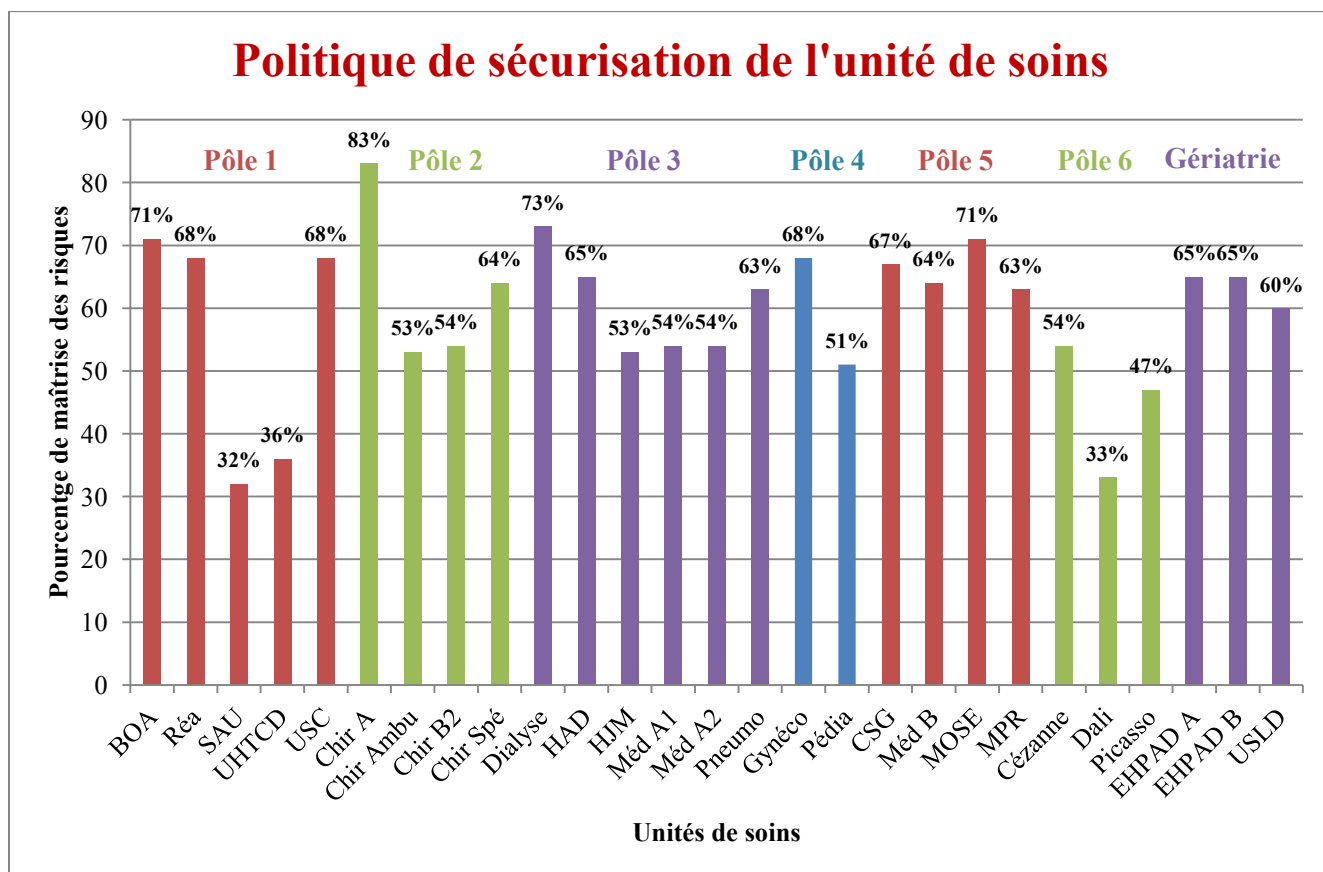


Figure 13: Pourcentage de maîtrise des risques de la politique de sécurisation des unités de soins au sein du CHV

La moyenne de l'établissement est de 59%, dont 64% pour la prévention et 50% pour le pilotage (les moyennes nationales sont de 49% et 57%). Pour cette thématique, quatre services maîtrisent leurs risques à moins de 50% : deux services du pôle 1 (urgences et UHTCD) et deux services du pôle 6 (psychiatrie).

3.2.2.1 Protocoles et procédures

Malgré la présence dans les unités de soins d'un classeur « Pharmacie » comprenant des documents décrivant les modalités d'approvisionnement et de gestion des médicaments, de la permanence pharmaceutique ou d'un classeur « douleur » décrivant les modalités de sa prise en charge dans l'unité, le sous thème « protocoles et procédures » est un axe d'amélioration du CHV.

En effet, la notion d'un classeur « protocoles » regroupant les protocoles médicamenteux n'existe pas dans tous les services. De surcroît, les modalités de suivi des patients sous AVK ou les prémédications à administrer avant des actes chirurgicaux ou diagnostiques ne sont pas formalisées. Quand toutefois des protocoles existent, ils ne sont pas actualisés ou revalidés au moins une fois par an. Enfin, il n'existe pas dans le classeur « Pharmacie » de documents décrivant les modalités d'utilisation des pousses seringues électriques ou un protocole daté de moins de deux ans rappelant les médicaments à ne pas mélanger dans une perfusion.

3.2.2.2 Information et formation

« L'information et la formation » des nouveaux personnels arrivants représentent un point fort pour l'établissement.

Tous les personnels infirmiers connaissent les jours et horaires d'ouverture de la PUI. Un livret thérapeutique, régulièrement actualisé grâce à l'informatique, est disponible dans les unités de soins et les prescripteurs sont informés des nouveaux médicaments qui y sont introduits. Enfin, les spécificités de la prise en charge médicamenteuse relatives à chaque unité de soins sont expliquées lors de l'accueil des nouveaux médecins et IDE.

En ce qui concerne les actions de correction, il faudrait mettre en place plus de séances d'information des infirmières sur les médicaments, animées par les médecins ou les pharmaciens.

3.2.2.3 Retour d'expérience

La gestion des évènements indésirables ou des erreurs médicamenteuses est un point fort dans les unités de soins : une fiche de déclaration des erreurs médicamenteuses est disponible et le personnel en connaît les modalités d'utilisation. De plus, afin de favoriser les déclarations, une charte de « non punition » existe. Au moment des audits, toutes les infirmières n'avaient pas encore bénéficié d'une séance de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses mais ces formations étaient déjà planifiées pour l'ensemble du CHV.

3.2.2.4 Bon usage des médicaments

Nous avons pu identifier le sous thème consacré au « bon usage des médicaments » comme un axe d'amélioration potentiel, du fait notamment d'une forte disparité dans la maîtrise des risques entre les différents pôles (cf : 3.1.4 Analyse par pôle).

Bien que les prescripteurs de la majorité des unités de soins auditées participent aux démarches institutionnelles visant à maîtriser la prescription médicamenteuse (antibiotiques, douleur) et aux réflexions de la COMEDIMS, ils sont peu à étudier la consommation médicamenteuse de leur service. Le cadre de l'unité ne s'intéresse pas non plus à cette consommation.

Parmi les actions d'amélioration, des objectifs spécifiques pourraient être définis pour améliorer certaines pratiques de prescription (psychotropes, relais IV/PO, etc...). Au niveau institutionnel, une liste de médicaments à risque doit être identifiée puis des dispositifs de gestion, de préparation et d'administration doivent lui être appliqués.

3.2.2.5 Synergie avec la PUI

Les points forts de ce sous thème sont l'existence d'un pharmacien ou d'un préparateur référent pour chaque service de soins et le respect de la confidentialité lors du transport des médicaments entre la PUI et les unités de soins.

Par contre, l'organisation du circuit du médicament ou les liens organisationnels entre les services de soins et la PUI sont rarement « formalisés » ou clarifiés sous forme d'un contrat écrit.

D'autres actions d'amélioration peuvent être mises en place comme par exemple le déplacement dans les unités de soins, au moins une fois par mois, des membres de l'équipe pharmaceutique, ou l'organisation de séances de formation pour le personnel chargé du transport des médicaments jusqu'aux unités de soins.

3.2.3 Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

La figure 14 représente les pourcentages de maîtrise des risques de la prise en charge médicamenteuse pour chaque unité de soins du CHV :

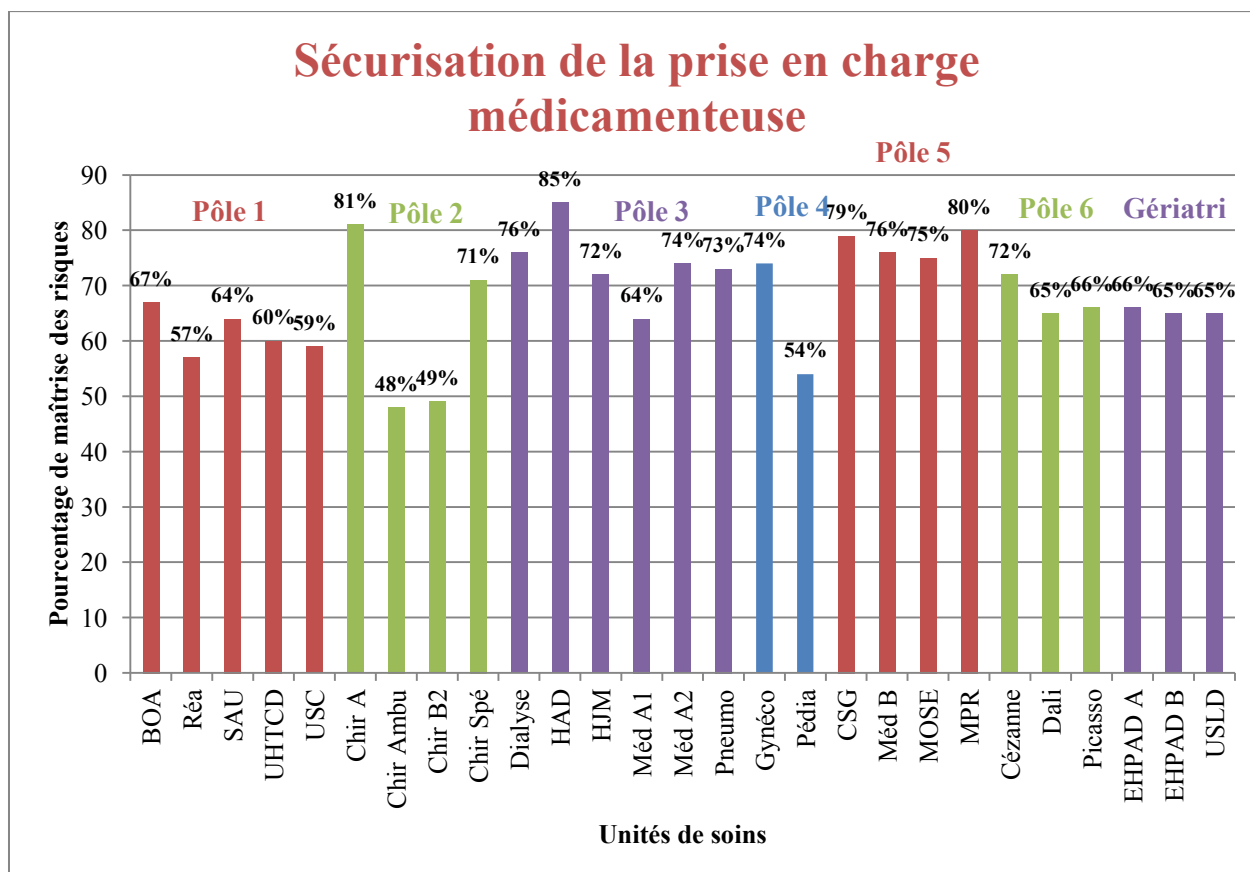


Figure 14 : Pourcentage de maîtrise des risques de la prise en charge médicamenteuse au sein du CHV

L'établissement a obtenu une moyenne de 68%, dont 80% pour « entrée et dossier du patient », 63% pour « prescription et dispensation » et 65% pour « préparation de l'administration ». Pour cette thématique, les moyennes nationales sont respectivement de 77%, 57% et 68%.

Malgré quelques services qui présentent des résultats moyens (réanimation, chirurgie ambulatoire, chirurgie B2 et pédiatrie), les risques inhérents à la prise en charge médicamenteuse sont maîtrisés. Nous ne retrouvons pas de vulnérabilités importantes.

3.2.3.1 Entrée et dossier du patient

Le sous thème relatif à l'entrée et au dossier du patient est celui dans lequel les risques sont le plus maîtrisés dans l'établissement et cela pour la quasi totalité des unités de soins. En effet, les services déclarent que le poids, les allergies ou les éventuels troubles de la déglutition sont indiqués dans le dossier. En cas de séjour prolongé, le poids ou la fonction rénale sont réévalués. On peut toutefois regretter que ces données ne soient pas retranscrites à l'heure actuelle dans le dossier informatique du patient. Autre point fort, la prise de connaissance du traitement du patient dès son admission par le médecin dans le service de soins et l'information du patient et de sa famille sur sa modification. Enfin, lors du transfert d'un patient vers une autre unité de soins, ses prescriptions le suivent.

En matière d'amélioration, les audits ont révélé l'absence d'un protocole encadrant l'autonomie du patient dans la prise de ses médicaments. Bien que cette possibilité ne soit jamais offerte aux patients du CHV, il conviendrait de le mentionner dans une procédure générale de prise en charge médicamenteuse.

3.2.3.2 Traitement personnel du patient

La gestion du traitement personnel est également bien maîtrisée dans l'établissement : un document du classeur « médicaments » en décrit les règles et les médicaments personnels du patient sont isolés dès son admission et stockés dans un emplacement spécifique du poste de soins de l'unité.

Nous n'avons pas identifié de mesures correctives.

3.2.3.3 Préparation de la sortie du patient

La préparation de la sortie du patient présente aussi plus de points forts que de vulnérabilités.

Parmi ces points forts, on retrouve l'éducation thérapeutique : le patient et sa famille reçoivent de la part de l'équipe soignante des informations relatives à son traitement médicamenteux. En cas de transfert du patient vers une autre unité de soins, il est accompagné de son dossier médicamenteux.

Concernant les vulnérabilités de ce sous thème, la pharmacie n'a pas recensé les médicaments qui justifient d'informer le patient, avant sa sortie, des règles de leur bon usage.

3.2.3.4 Prescription

Comme nous avons pu le remarquer dans les chapitres précédents, l'étape de prescription présente des risques bien maîtrisés au sein du CHV.

Le support de prescription, informatisé ou non, inclut les médicaments du traitement personnel du patient qui ont été validés à son admission. De plus, les prescriptions sont intégralement conformes aux bonnes pratiques de prescription (datées, signées, lisibles, mentionnent les dosages et posologies, etc...) et différencient clairement les formes injectables des autres formes de médicaments. Autres points forts, les prescripteurs s'astreignent à prescrire au livret thérapeutique, ils sont informés des substitutions et remplacements de traitement et sont également informés en cas de non administration des médicaments.

En contrepartie de ces points maîtrisés, des items sont à améliorer. Hormis le développement de la prescription informatisée à poursuivre dans les services qui n'en bénéficient pas encore, ce sont les pratiques de prescription qui doivent être améliorées. Par exemple, les modalités de prescription des médicaments injectables sont rarement mentionnées et les prescriptions conditionnelles d'antalgiques ne font pas l'objet d'un

protocole d'administration pour les infirmières. Enfin, dans certains services et notamment en chirurgie, il arrive que des infirmières transcrivent les prescriptions (sur papier ou informatique).

3.2.3.5 Analyse pharmaceutique

Paradoxalement, le sous thème consacré à l'analyse pharmaceutique ne reflète pas le pourcentage de maîtrise de risques escompté par la mise en place d'une prescription informatisée.

En effet, avec pourtant près de 85% des lits comprenant une prescription analysée dans son intégralité par un pharmacien et des modalités de transmission des avis pharmaceutiques définies, il convient de préciser les types d'analyses pharmaceutiques à effectuer et d'adapter le niveau d'analyse en fonction de l'expertise du prescripteur. De plus, les pharmaciens ne participent pas aux visites médicales des services.

3.2.3.6 Délivrance nominative

Les résultats du sous thème consacré à la délivrance nominative sont en rapport avec son développement dans les unités de soins. Le CHV doit continuer le déploiement de ce mode de dispensation et des exigences qui lui sont associées (mise à disposition de doses unitaires, conditionnement des doses fractionnées par la pharmacie). Les audits ont révélé le besoin de sensibiliser les infirmières aux risques liés à la reglobalisation des médicaments délivrés nominativement par la pharmacie.

3.2.3.7 Préparation de l'administration

Dans le sous thème « préparation de l'administration » de nombreux risques sont bien maîtrisés : le classeur « médicaments » comprend un document décrivant les règles de découpe des blisters, la préparation et l'administration sont faites au vu de la prescription initiale et non d'une retranscription, le tiroir patient est compartimenté par moment de prise, la préparation des piluliers se fait patient par patient et non médicament par médicament et les infirmières disposent d'une liste à jour des équivalences de médicaments.

Concernant les actions d'amélioration significatives, l'institution pourrait généraliser l'identification nominative des piluliers, trop souvent identifiés uniquement par le numéro de chambre et instaurer une consigne prévoyant que l'IDE ne réponde plus au téléphone lorsqu'elle est en train de préparer les médicaments. Des actions de sensibilisation doivent être effectuées auprès des soignants des EHPAD, du long séjour et du moyen séjour sur la nécessité d'une identification de tous les médicaments à l'intérieur du pilulier. Enfin, il faut encourager le double contrôle du contenu des tiroirs patients par l'infirmière avant de commencer son tour.

3.2.3.8 Administration

La traçabilité de l'administration est un point fort dans l'établissement, à l'exception des services du pôle gériatrique (cf 3.1.4 Analyse par pôle) : l'enregistrement s'effectue sur le même support que celui utilisé pour la prescription et ce support se trouve sur le chariot de soins. Le moment de l'administration est tracé en temps réel, qu'il s'agisse d'une prescription conditionnelle ou d'une prescription de spécialités injectables. Autre point fort déclaré par les services : la vérification de l'identité du patient systématiquement avant toute administration.

La sécurisation ultime de cette étape devra passer par une évolution technologique comme la mise en place d'une traçabilité par codes barre ou data matrix.

3.2.3.9 Aide à la prise

L'aide à la prise a été identifiée comme étant un axe d'amélioration potentiel. En effet, la pharmacie doit communiquer sur l'existence, via l'intranet de l'établissement, d'une documentation regroupant les comprimés ne devant pas être broyés et les gélules ne devant pas être ouvertes. Des bonnes pratiques de broyage des comprimés doivent être rédigées.

3.2.4 Sécurisation du stockage intra unité

La figure 15 représente les pourcentages de maîtrise des risques quant à la sécurisation du stockage intra unité pour chaque service du CHV :

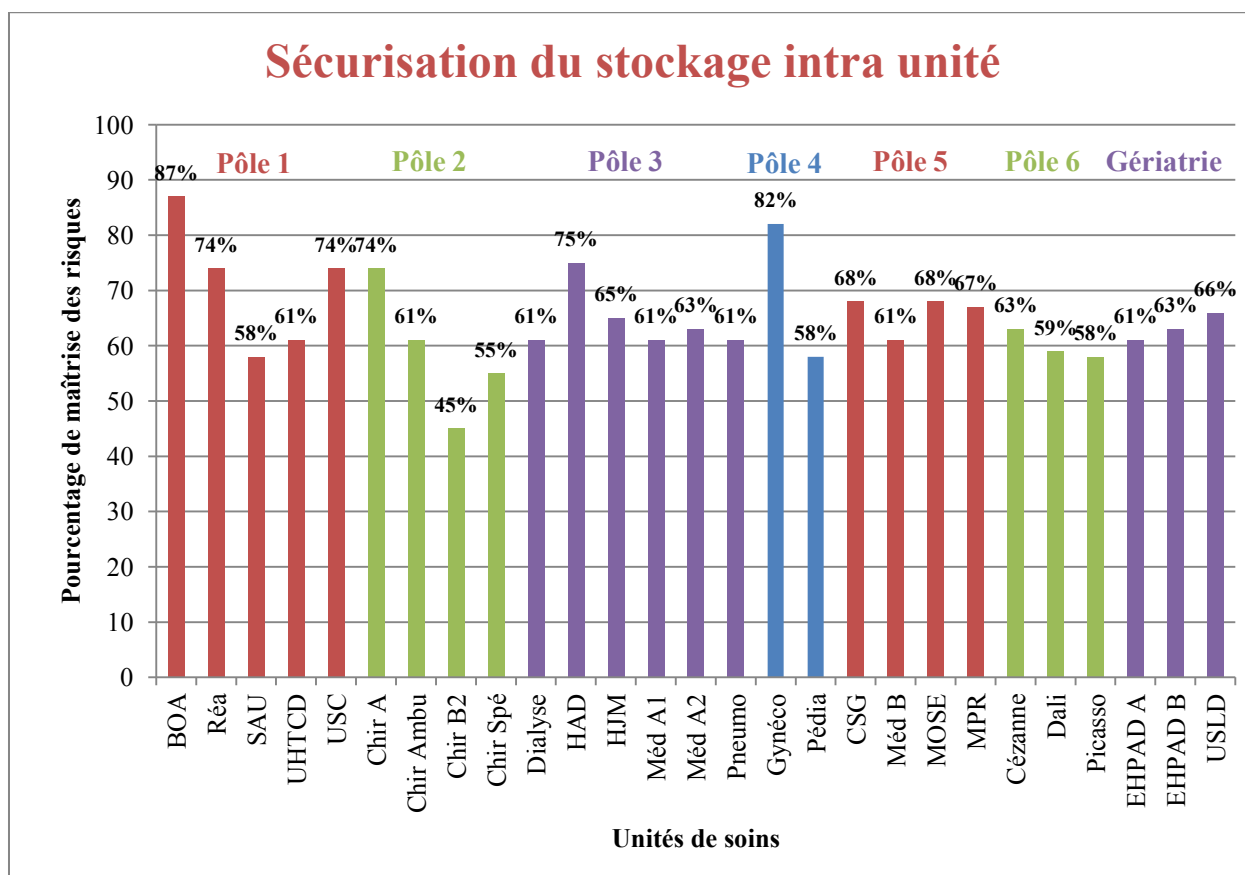


Figure 15 : Pourcentage de maîtrise des risques de la sécurisation du stockage intra unité au sein du CHV

Pour cette thématique, l'établissement a obtenu une moyenne de 65% de maîtrise des risques, dont 58% pour l'organisation de l'armoire et 71% pour la gestion de l'armoire. Les moyennes nationales sont respectivement de 71% et 67%.

Au vu des résultats, les risques relatifs à la sécurisation du stockage dans les unités de soins sont moyennement maîtrisés pour la majorité des services (entre 55 et 65%). Pour dix unités, le risque est maîtrisé à plus de 66% : par ordre croissant, de 66 à 87%, se succèdent l'USLD, le MPR, le CSG, le MOSE, la réanimation, l'USC, la chirurgie A, l'HAD, la gynécologie et le BOA.

Un seul service, la chirurgie B2, maîtrise son risque à moins de 50%.

3.2.4.1 Conception de l'armoire

En matière de conception de l'armoire, toutes les unités de soins rangent leurs médicaments en zones distinctes selon la voie d'administration et la majorité d'entre elles ne mélangent pas les différents dosages dans la même case de l'armoire. Par ailleurs, à de rares exceptions près, le réfrigérateur dédié aux médicaments ne contient pas de produits non médicamenteux.

Les actions d'amélioration à mettre en place passent par la rédaction d'un protocole décrivant le principe de rangement de l'armoire dans les unités de soins afin de minimiser les risques de confusion entre les médicaments présentant une homonymie ou lors des changements de marchés.

3.2.4.2 Dotation de médicaments

Concernant le sous thème « dotation de médicaments », il n’y a pas de points forts clairement identifiés. Bien que le stock de médicaments ait fait l’objet d’une dotation qualitative et quantitative validée par médecin, cadre et pharmacien dans la plupart des unités de soins, cette dotation pourrait être révisée plus souvent et les unités de soins pourraient recevoir des consignes sur les modifications de rangement des médicaments en dotation suite aux changements de marchés.

3.2.4.3 Contrôle de l’armoire

Le contrôle des armoires de l’établissement présente de nombreux points faibles.

Nous pouvons tout de même relever deux points forts qui sont d’une part, l’existence d’un document décrivant les modalités de contrôle de l’armoire à médicaments et d’autre part, le contrôle trimestriel de leurs dates de péremption.

En matière d’actions d’amélioration, il faut rédiger une procédure d’entretien de l’armoire de service et une procédure décrivant les règles d’emprunt et de prêt de médicaments entre unités de soins. Resensibiliser le personnel de certaines unités de soins aux enjeux sécuritaires, environnementaux et économiques de l’élimination des médicaments non utilisés pourra faire également partie des actions de correction. Enfin, il faut systématiser le contrôle quotidien de la température du réfrigérateur ainsi que sa traçabilité.

3.2.4.4 Approvisionnement de l'armoire

En ce qui concerne les points forts de l'approvisionnement de l'armoire, on relève que des jours de commande de médicaments sont fixés dans la semaine et que les personnes chargées de cette tâche respectent ce planning. La commande est effectuée directement devant l'armoire de médicaments, sans nécessité de retranscription et est basée sur le niveau effectif des stocks. De plus, les aides soignantes ne participent pas à la commande des médicaments.

Pour les actions d'amélioration, il faut développer dans les unités de soins des systèmes qui facilitent le réapprovisionnement tels que des armoires sécurisées ou fonctionnant en principe « plein-vide », ainsi que des douchettes pour scanner l'identifiant du produit à commander.

3.2.4.5 Délivrance globale, réception et rangement

Mission séculaire de la PUI, la délivrance globale et ses risques sont bien maîtrisés dans l'établissement : l'unité de soins est appelée par la pharmacie si les quantités commandées paraissent anormales. En cas de non délivrance d'un médicament, la raison en est systématiquement donnée aux unités de soins. Des conseils de substitution sont indiqués en cas de non délivrance pour rupture de stock du laboratoire. Les médicaments sont délivrés dans un contenant hermétiquement fermé et sécurisé, respectant la chaîne du froid si nécessaire. Dans les contenants de délivrance, les produits les plus lourds sont rangés dans le bas et les produits les plus fragiles sont protégés ; les spécialités délivrées en blisters sont isolées par référence à l'aide de sachets ou d'élastiques pour ne pas se retrouver en vrac. A la réception de la commande dans l'unité de soins, seuls quelques services font participer les ASH ou les AS dans le rangement des médicaments dans l'armoire à pharmacie.

Par contre, c'est également lors de la réception de la commande que doivent être envisagées les actions correctrices. Il faut mettre en place la traçabilité de la date et de l'heure de réception des médicaments dans l'unité de soins et systématiser le contrôle de la commande par une IDE. Enfin, il n'existe pas de protocole de nettoyage des contenants de délivrance des médicaments.

4 Discussion

4.1 Méthode

Notre analyse a été réalisée à l'aide de l'outil Inter Diag Médicaments. Ce questionnaire élaboré par l'ANAP est une méthode consensuelle validée au niveau national permettant ainsi une comparaison entre les différents établissements. Pourtant sa conception peut générer des biais minimisant ou, au contraire, augmentant artificiellement le pourcentage de maîtrise des risques du circuit du médicament.

Premièrement, comme toute méthode basée sur une auto-évaluation, les professionnels impliqués ont tendance à minimiser les risques. Ainsi, lorsque les unités de soins déclarent que les spécificités de la prise en charge médicamenteuse de leur service sont expliquées lors de l'accueil ou de la formation d'une nouvelle infirmière ou d'un nouveau médecin, c'est rarement formalisé dans la pratique. De même, les soignants déclarent vérifier l'identité du patient avant chaque administration et pourtant, parmi les déclarations d'évènements indésirables liés au circuit du médicament, l'erreur de patient est la plus fréquente. Ainsi, les résultats de quelques items « généralistes » du questionnaire doivent être confrontés à ceux d'audits de pratiques plus ciblés. A contrario, le principe d'auto-évaluation peut aggraver à tort un risque si les personnes auditées ne le connaissent pas. C'est le cas de l'évaluation, par les équipes soignantes, du sous thème consacré à l'analyse pharmaceutique, qui sont peu nombreuses à avoir connaissance des tenants et aboutissants de cette mission de la pharmacie.

Deuxièmement, toutes les questions ne s'adaptent pas à tous les services, en particulier ceux de type hôpital de jour, chirurgie ambulatoire ou dialyse. De ce fait, certains sous thèmes peuvent voir leurs risques aggravés alors même qu'ils n'existent pas dans ces services. Par exemple l'organisation d'un service de dialyse ou de chirurgie ambulatoire ne justifie pas la mise en place d'une délivrance nominative de plus de 50% des lignes.

Enfin, troisièmement, l'analyse réalisée par Inter Diag Médicaments n'intègre pas de pondération dans les critères. Plus précisément, l'outil ne prend pas en compte de notion de gravité dans le risque comme pourrait le faire une méthode AMDEC. Ainsi, même si elles n'existent pas, rédiger des procédures d'entretien de l'armoire à médicaments, des consignes de nettoyage des piluliers nominatifs ou des contenants de délivrance des médicaments aura

moins d'impact clinique que la rédaction d'un document décrivant les modalités de suivi des patients sous AVK. De même, bénéficier d'une prescription médicamenteuse informatisée en intégralité, suivie d'une analyse pharmaceutique et d'une délivrance nominative de la majorité des lignes de traitement n'a pas le même enjeu sécuritaire que le fait de commander des multiples du conditionnement ou d'appeler l'unité de soins si la quantité commandée paraît anormale.

4.2 Résultats

4.2.1 Comparaison par rapport aux établissements faisant partie des chantiers ANAP

4.2.1.1 Politique de sécurisation de l'unité de soins

Le Centre Hospitalier de Verdun présente de bons résultats en ce qui concerne la « politique de sécurisation des unités de soins ». La moyenne pour la « prévention » des risques est de 64% contre 49% pour les échantillons des unités pilotes des chantiers ANAP. Le « pilotage » de la sécurisation a quant à lui obtenu une moyenne de 50%, ce qui est un faible résultat par rapport au résultat des échantillons ANAP qui est de 57%. Ces résultats valent au CHV une maîtrise des risques moyenne de 59% pour la sécurisation des unités de soins, ce qui implique la mise en place de nombreuses actions correctrices dans les plus brefs délais.

4.2.1.2 Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Les risques relatifs à « l'entrée et la sortie » du patient sont estimés maîtrisés pour le CHV, avec un résultat de 80% contre une moyenne de 77% pour les échantillons ANAP. Pour « la prescription et la dispensation », le CHV a obtenu un résultat de 63% contre une moyenne de 57% pour les échantillons et pour « la préparation et l'administration », le résultat de l'établissement est de 65% par rapport à 68% pour les échantillons. Les risques liés à ces deux axes de sécurisation sont donc moyennement maîtrisés. Les pourcentages obtenus pour ces trois axes valent à l'établissement une maîtrise des risques liés à la prise en charge médicamenteuse de 68%. Les risques sont estimés maîtrisés, mais des actions de correction sont tout de même à mettre en place.

4.2.1.3 Sécurisation du stockage intra unité

Les risques inhérents à « l'organisation de l'armoire » sont moyennement maîtrisés, avec un résultat de 58%, contre une moyenne de 71% pour les échantillons ANAP, tandis que les risques relatifs à la « gestion de l'armoire » sont maîtrisés à hauteur de 71%, ce qui est un bon résultat par rapport à la moyenne de 67% obtenue par les échantillons. Ces résultats permettent au CHV d'obtenir un résultat moyen de 65% pour la maîtrise des risques liés à la sécurisation du stockage dans les unités de soins, ce qui implique la mise en place de quelques actions d'amélioration.

4.2.2 Comparaison avec le Centre Hospitalier de Dinan

Nous avons eu l'occasion de comparer nos résultats à ceux du Centre Hospitalier de Dinan qui a utilisé la même méthode.

Dans l'ensemble, la maîtrise des risques au Centre Hospitalier de Verdun est plus faible que pour le Centre Hospitalier de Dinan.

La « politique de sécurisation des soins » est mieux maîtrisée au Centre Hospitalier de Dinan, aussi bien pour l'axe « prévention » que pour l'axe « pilotage »: 73% de maîtrise des risques, contre 59% pour le CHV.

En revanche, les deux établissements présentent le même pourcentage de maîtrise de risques pour la « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse » : 68%. En ce qui concerne « l'entrée et la sortie » du patient, les deux centres hospitaliers maîtrisent bien les risques, à hauteur d'environ 80% chacun. Pour les axes suivants, les résultats diffèrent beaucoup. Pour l'axe « prescription et dispensation » le CHV estime mieux maîtriser ses risques, avec un résultat de 63%, contre 54% pour le Centre Hospitalier de Dinan. Le CHV se démarque surtout dans la maîtrise des risques liés à l'étape de prescription elle-même. Enfin, pour l'axe « préparation et administration », c'est le CH de Dinan qui a une meilleure maîtrise des risques, avec un résultat de 70%, le CHV quant à lui maîtrise moyennement ces risques, avec un pourcentage de 65%.

Enfin, le Centre Hospitalier de Dinan estime mieux maîtriser les risques liés à la « sécurisation du stock intra unité », avec un résultat de 69%, contre 65% pour le CHV.

4.2.3 Polyvalence de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Verdun est un établissement polyvalent. Plusieurs prestations sont proposées à la population, des unités de médecines, chirurgies, consultations, en passant par la Maison de retraite Sainte Catherine et la gestion de deux Centres de détention (Saint Mihiel et Montmédy).

La problématique de cet établissement est de mettre en place une politique de maîtrise des risques adaptée à chacun des secteurs aussi variés soient ils, de la prise en charge des détenus à la prise en charge des personnes âgées à la maison de retraite en passant évidemment par la prise en charge des patients hospitalisés dans toutes les unités de soins de l'établissement. C'est pour cela que les risques évalués ne le seront pas de la même façon, en fonction de la population de patients pris en charge. D'où le problème de pondération des critères que nous avons déjà évoqué précédemment.

5 Conclusion

Dans les établissements de santé, le médicament représente la troisième cause des EIG, après les actes invasifs et les infections liées aux soins.

Aujourd'hui, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse évolue et passe par une étude des risques à priori encourus par les patients, comme le souhaite l'arrêté du 6 avril 2011. C'est dans cet objectif que la pharmacie, sous l'impulsion de la direction des soins, a réalisé une cartographie des risques du circuit du médicament de l'établissement à l'aide d'une méthodologie de valeur nationale.

Les niveaux de maîtrise des risques de chaque unité de soins ont été extrapolés aux pôles puis à l'établissement tout entier afin de déterminer et prioriser des axes d'amélioration et proposer des mesures correctrices.

Globalement, le CHV affiche un niveau de risque moyennement maîtrisé mais nous avons pu identifier des thèmes dans lesquels les risques pouvaient être mieux maîtrisés. Comme par exemple les procédures et protocoles, le bon usage des médicaments, la synergie avec la PUI, l'aide à la prise, la conception de l'armoire à pharmacie en plus du développement de l'informatisation de la prescription et du déploiement de la délivrance nominative déjà bien engagées.

Les différentes commissions opérationnelles de l'établissement et notamment la COMEDIMS pourront s'approprier ces propositions pour en faire des objectifs annuels.

Ce travail n'est qu'un premier indicateur de la qualité du circuit du médicament car il s'inscrit dans une démarche plus globale d'amélioration continue selon les principes de la certification. D'ores et déjà un second tour d'audit est prévu par la direction des soins en 2014 afin d'évaluer l'impact des premières mesures correctrices proposées. En effet, depuis notre enquête, l'identification des patients en services MCO a été mise en place, la prescription en pédiatrie et néonatalogie a été informatisée, la traçabilité des administrations est effective en USLD, engagée dans les services d'EHPAD et pour finir, la dispensation nominative a été mise en place dans les deux secteurs de long séjour. Nul doute que les niveaux de maîtrise des risques correspondant vont s'en trouver augmentés.

Annexes

Annexe 1 : Questions de l'outil Inter Diag Medicaments

0. Risque structurel de l'unité de soins		B. Modalités d'hospitalisation	
A. Organisation médicale et soignante			
A01.	Au cours de la même journée, généralement plusieurs médecins prescrivent des médicaments pour le même patient	B01.	Votre unité de soins accueille plusieurs types de prises en charge de patients (hospitalisation de jour / hospitalisation complète / soins intensifs...)
A02.	Votre unité de soins accueille régulièrement des internes en médecine	B02.	Les patients sont toujours identifiés par un bracelet (nom / nom + code-barre / RFID...)
A03.	Il existe une infirmière référent (non cadre) pour les relations de l'unité de soins avec la pharmacie à usage intérieur et cette tâche figure dans sa fiche de poste	B03.	Au moins une fois par semaine, un patient change de chambre au cours de son séjour dans votre unité de soins
A04.	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois une ou des infirmières du pool (suppléantes ou roulanges...)	B04.	Votre unité de soins comprend au moins une chambre à deux lits ou plus
A05.	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois une ou des infirmières intérimaires	B05.	Votre unité administre des chimiothérapies injectables
A06.	Votre unité de soins accueille au moins une élève infirmière par an	B06.	Votre unité prend en charge des patients à risque ou sensibles (pédiatrie, réanimation, gériatrie...)
A07.	Il existe deux équipes d'infirmières différentes : une dédiée au jour, l'autre de nuit		
A08.	Le fonctionnement de votre unité de soins conduit au recours à des heures supplémentaires chaque mois		

1. Politique de sécurisation de l'unité de soins		D. Information / Formation	
	Prévention		
C.	Protocoles / procédures (gestion manuelle ou dématérialisée)	D01.	Le cadre de votre unité veille à ce que tous les personnels infirmiers connaissent les jours et horaires d'ouverture de la pharmacie
C01.	Dans votre unité de soins, il existe un classeur "Médicaments" comprenant des documents décrivant approvisionnement, gestion, règles d'utilisation...	D02.	Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse de votre unité de soins sont expliquées lors de l'accueil / formation d'une nouvelle IDE / AS
C02.	Dans votre unité de soins, il existe un classeur "Protocoles" regroupant les protocoles médicamenteux	D03.	Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse de votre unité de soins sont expliquées lors de l'accueil / formation d'un nouveau Médecin
C03.	Les documents des classeurs "Médicaments" et "Protocoles" de votre unité de soins sont actualisés / revalidés au moins une fois par an	D04.	Les spécificités thérapeutiques de l'unité sont présentées de manière formelle lors de l'accueil / formation d'une nouvelle IDE
C04.	Un document du classeur "Médicaments" décrit les modalités de la permanence pharmaceutique (accès aux médicaments pendant la fermeture de la PUI...)	D05.	Les spécificités thérapeutiques de l'unité sont présentées de manière formelle lors de l'accueil / formation d'un nouveau Médecin
C05.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les modalités de prise en charge de la douleur dans votre unité de soins	D06.	Au moins une fois par semestre, les médecins de votre unité de soins ou les pharmaciens animent des séances d'information des infirmières sur certains médicaments
C06.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les modalités de suivi des patients sous AVK dans l'unité	D07.	Les risques de confusion entre deux médicaments (conditionnement, homonymie, homophonie, étiquetage...) sont signalés par un système d'alerte (affichage...)
C07.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les prémédications avant les actes chirurgicaux concernant vos patients	D08.	Le livret thérapeutique actualisé est disponible dans votre unité de soins sous une forme adaptée à la consultation par les infirmières
C08.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les prémédications avant les actes diagnostiques concernant vos patients	D09.	Les prescripteurs sont informés des nouveaux médicaments introduits au livret et des modifications de spécialités pour une même DCI
C09.	Un document du classeur "Médicaments" décrit les modalités d'utilisation des pousse seringues électriques		
C10.	Un protocole daté de moins de 2 ans rappelle les médicaments à ne pas mélanger dans un pousse seringue ou dans une perfusion, ou à ne pas administrer en même temps sur la même voie		
C11.	Le classeur "Médicaments" comprend des consignes d'entretien des chariots utilisés pour l'administration des médicaments aux patients		
C12.	Le classeur "Médicaments" comprend des consignes d'entretien des piluliers		

E. Retour d'expérience	Pilotage
E01. Toutes les infirmières de votre unité de soins ont bénéficié d'une séance de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses	F. Bon usage des médicaments
E02. Une fiche de déclaration d'évènement indésirable médicamenteux, de risque ou d'erreur médicamenteuse, est mise à la disposition des soignants de votre unité	F01. Les médecins de votre unité de soins participent aux réflexions de la COMEDIMS ou équivalent
E03. Les modalités d'utilisation de cette fiches sont connues de tous soignants de votre unité de soins	F02. La COMEDIMS ou équivalent a statué sur une politique institutionnelle de dénomination des médicaments : DCI ou nom commercial
E04. Pour encourager la déclaration des erreurs médicamenteuses, une charte de "non punition", signée par la direction de l'établissement, existe	F03. Le médecin responsable de l'unité de soins analyse au moins 2 fois par an la consommation médicamenteuse
E05. Des réunions d'analyses des erreurs médicamenteuses avérées ou évitées ont lieu plusieurs fois par an entre médecins, infirmières de votre unité et la PUI	F04. Le cadre de l'unité de soins analyse au moins 2 fois par an la consommation médicamenteuse
E06. Toutes les actions correctives décidées durant ces réunions pluridisciplinaires sont mises en place	F05. Votre unité de soins participe aux démarches institutionnelles visant à maîtriser la prescription médicamenteuse (antibioprophylaxie, douleur...)
E07. Les infirmières de votre unité sont impliquées concrètement (réunion, relecture...) dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	F06. Vos prescripteurs ont défini des objectifs spécifiques à votre unité de soins pour améliorer certaines pratiques de prescription (psychotropes, relais IV/PO...)
	F07. Vous avez identifiés dans votre unité de soins des médicaments "à risque" et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration

G. Synergies avec la PUI		2. Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	
		Entrée et sortie du patient	
		H. Entrée et dossier du patient	
G01.	Votre unité de soins a clarifié sous forme d'un contrat écrit les liens organisationnels avec la PUI (heure et jour de délivrance, modalités de commandes, bons d'urgence...)	H01.	Un protocole recense les situations dans lesquelles l'autonomie peut être laissée au patient pour la prise de ses médicaments, ainsi que les médicaments concernés
G02.	L'organisation du circuit du médicament en place repose sur une concertation formalisée et renouvelée chaque année entre le médecin, le cadre et le pharmacien	H02.	L'autonomie du patient pour prendre lui-même ses médicaments est une décision concertée du médecin et de l'infirmière
G03.	Un pharmacien est référent pour votre unité de soins (pharmacien effectuant un suivi particulier de votre unité)	H03.	Cette décision est indiquée en clair dans le dossier du patient
G04.	Un préparateur en pharmacie est référent pour votre unité (préparateur effectuant un suivi particulier de votre unité)	H04.	Les éventuels troubles de déglutition du patient sont indiqués dans le dossier
G05.	Un membre de l'équipe pharmaceutique vient dans votre unité de soins au minimum une fois par mois	H05.	Les allergies éventuelles des patients sont systématiquement mentionnées dans le dossier du patient
G06.	Les personnes chargées du transport des médicaments entre la PUI et votre unité de soins sont formées à la spécificité de ces produits	H06.	Le poids du patient est mesuré et indiqué au dossier
G07.	Le transport des médicaments de la PUI à votre unité de soins préserve la confidentialité	H07.	En cas de séjour prolongé, le poids du patient est mesuré à intervalle régulier et indiqué dans son dossier
		H08.	En cas de séjour prolongé, la fonction rénale du patient est évaluée à intervalle régulier et les résultats sont notés dans son dossier
		H09.	Lors de l'admission du patient, le médecin prend connaissance de son traitement personnel et décide quel médicament est conservé, substitué ou arrêté
		H10.	Les éventuelles modifications de ce traitement (arrêt ou substitution) sont expliquées au patient et/ou à la famille
		H11.	Les prescriptions médicamenteuses de patients en provenance d'autres unités de soins sont reçues avant ou en même temps que le patient lui-même

I. Traitement personnel du patient	J. Préparation de la sortie du patient
<p>101. Un document du classeur "Médicaments" décrit les règles de gestion du traitement personnel du patient</p>	<p>J01. Un document du classeur "Médicaments" recense les médicaments qui justifient d'informer le patient, avant sa sortie, des règles de leur bon usage</p>
<p>102. En cas de révision profonde de son traitement, le médecin de votre unité de soins se met en relation avec le médecin traitant du patient</p>	<p>J02. Durant son séjour, le patient et sa famille reçoivent, de l'équipe soignante ou de la pharmacie, des informations relatives au traitement médicamenteux</p>
<p>103. Les médicaments personnels du patient sont isolés dès l'admission et stockés dans un emplacement spécifique du poste de soins de l'unité</p>	<p>J03. En cas de transfert du patient vers des soins de suite, USLD ou EHPAD, son dossier médicamenteux l'accompagne</p>
<p>104. Les médicaments personnels sont rendus à la famille ou au patient lors de sa sortie seulement si la prescription de sortie mentionne ces mêmes médicaments</p>	

Prescription et dispensation		L. Analyse pharmaceutique	
K.	Prescription	L01.	Les prescriptions médicamenteuses de votre unité de soins sont analysées en intégralité par un pharmacien à un rythme adapté au type de séjour
K01.	Les prescriptions médicamenteuses des patients sont informatisées en intégralité	L02.	Votre unité de soins reçoit au moins une fois par semaine un avis pharmaceutique d'adaptation d'une prescription
K02.	Le support de prescription (papier / informatique) inclut les médicaments du traitement personnel du patient validés (conservés / substitué) lors de l'admission	L03.	Les types d'analyse pharmaceutique à effectuer sont convenus entre le médecin responsable de votre unité de soins et la PUI
K03.	Les prescriptions des médecins de votre unité sont intégralement conformes aux bonnes pratiques (datées, lisibles, signées, dosages, posologies...)	L04.	En accord avec le responsable médical de l'unité de soins, la pharmacie adapte son niveau d'analyse en fonction de l'expertise du prescripteur
K04.	Dans la mesure du possible, les prescripteurs s'astreignent à prescrire au livret	L05.	Les modalités de transmission des avis pharmaceutiques ont fait l'objet d'une concertation entre médecin et pharmacien
K05.	Les prescripteurs sont informés des substitutions et des remplacements de traitement	L06.	Les médecins communiquent leur décision à la pharmacie par rapport à l'avis pharmaceutique
K06.	Les prescripteurs sont informés en cas de non administration de médicaments	L07.	Un pharmacien participe une fois par semaine à la visite du médecin dans votre unité de soins
K07.	La prescription différencie clairement les formes injectables des autres formes de médicaments		
K08.	Les modalités de dilution des médicaments injectables (nature et volume du véhicule) sont prescrits		
K09.	Les prescriptions conditionnelles (si besoin) d'antalgiques font l'objet d'un protocole d'administration		
K10.	Il arrive que les infirmières transcrivent elles-mêmes les prescriptions (sur papier ou informatique)		

M. Délivrance nominative	Préparation et administration
M01. La majorité (>50% des lignes) du traitement du patient est préparée et délivrée nominativement par la pharmacie	N. Préparation de l'administration
M02. Ces délivrances nominatives sont effectuées à partir d'une antenne pharmaceutique à proximité de votre unité de soins	N.01 Une consigne ou une règle prévoit que l'infirmière ne répond plus au téléphone lorsqu'elle est en train de préparer des médicaments. Cette règle est respectée.
M03. Le rythme de cette délivrance nominative est généralement adapté aux modifications de traitement durant le séjour du patient	N.02 Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant les règles de découpe des blisters de médicaments
M04. La délivrance nominative de la PUI nécessite de nombreuses adaptations dans votre unité de soins (changements de prescription, compléments par certaines formes...)	N.03 Médecins et infirmières ont défini ensemble les symboles utilisés pour la prescription (arrêt de traitement, sous condition...) <i>(mettre NC si prescription informatisée)</i>
M05. Les délivrances nominatives arrivent dans des contenants (bacs, tiroirs, casiers, sachets...) adaptés au mode de rangement de votre unité de soins	N.04 Dans votre unité de soins, la préparation et l'administration des médicaments est faite au vu de la prescription initiale et non d'une retranscription de cette prescription
M06. Votre unité reglobalise certains médicaments délivrés nominativement par la pharmacie (volume de rangement...)	N.05 Le tiroir ou pilulier utilisé pour apporter les doses à administrer jusqu'à la chambre est identifié au nom du patient
M07. Sauf exception, les formes orale de médicaments sont en doses unitaires identifiables (industrielles ou reconditionnées/surconditionnées par la PUI)	N.06 Les dimensions du tiroir ou pilulier sont adaptées au volume des produits (pas de déconditionnement, pas de sachet plié, pas de case qui déborde...)
M08. Les doses fractionnées (demi ou quart) sont délivrées par la PUI en conditionnement unitaire identifiable	N.07 Le tiroir ou pilulier est compartimenté par moment de prise (matin, midi, soir, éventuellement nuit)
	N.08 La préparation des tiroirs ou piluliers se fait patient par patient et non pas médicament par médicament
	N.09 A l'intérieur du tiroir ou pilulier, tous les médicaments sont identifiables
	N.10 Avant de commencer son tour, l'infirmière vérifie le contenu du tiroir ou pilulier dans le poste de soins à proximité de l'armoire pour pouvoir le compléter éventuellement
	N.11 Les infirmières de votre unité de soins disposent d'une liste à jour et validée des équivalences et substitutions de médicaments
	N.12 Le chariot d'administraton dispose d'un petit contenant (bac, verre...) où se trouvent quelques médicaments unitaires ou fractionnés, en dépannage
	N.13 Les médicaments multidoses peuvent être partagés entre plusieurs patients

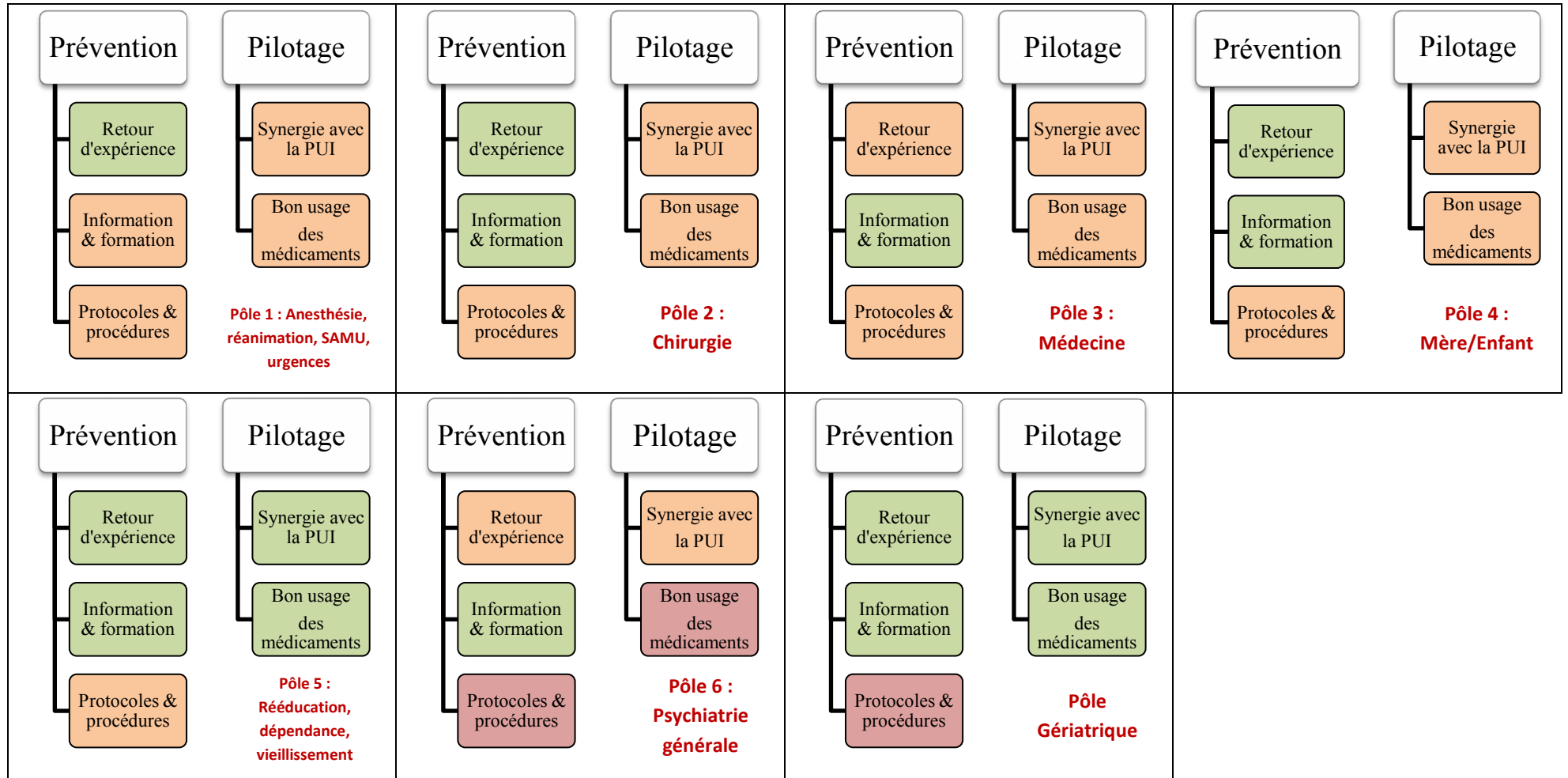
O. Administration	P. Aide à la prise
<p>O.01 L'identité du patient est vérifiée systématiquement avant toute administration</p>	<p>P.01 Dans le cas où lon confie au patient son traitement pour la journée, les IDE lui expliquent le principe des compartiments et s'assurent de sa compréhension</p>
<p>O.02 L'administration des médicaments est enregistrée sur le même support que celui utilisé pour la prescription</p>	<p>P.02 Dans le cas où le patient est autonome, les consignes particulières de prise (avant, pendant, après le repas...) lui sont rappelées par les IDE</p>
<p>O.03 L'administration des médicaments prescrits de manière conditionnelle (si besoin...) est enregistrée sur le même support que celui utilisé pour la prescription</p>	<p>P.03 Votre unité de soins dispose d'une documentation à jour sur les comprimés ne devant pas être broyés et leur substitution éventuelle</p>
<p>O.04 Les motifs de l'administration des médicaments en prescription conditionnelle sont indiqués sur le support de prescription ou dans le dossier du patient</p>	<p>P.04 Le classeur "Médicaments" contient un document validé par la PUI décrivant les bonnes pratiques de broyage des comprimés (matériel utilisé...)</p>
<p>O.05 IDE et médecins ont défini ensemble les symboles utilisée pour tracer l'administration et la non-administration des médicaments <i>(NC si prescription informatisée)</i></p>	<p>P.05 Votre unité de soins dispose d'une documentation à jour sur les gélules ne devant pas être ouvertes et leur substitution éventuelle</p>
<p>O.06 Le support d'enregistrement de l'administration (informatique ou papier) se trouve sur le chariot de soins des infirmières</p>	
<p>O.07 L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise</p>	
<p>O.08 L'administration des médicaments est enregistrée a priori ou postérieurement pour certaines prises (ex : soir, coucher...)</p>	
<p>O.09 L'administration des médicaments est tracée par code barre, datamatrix ou RFID</p>	
<p>O.10 Le moment de l'administration de chaque médicament est tracé (l'horaire pour les médicaments injectables)</p>	
<p>O.11 La date d'ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement</p>	
<p>O.12 Des aides-soignantes administrent des médicaments en l'absence de l'infirmière</p>	

3. Sécurisation de stockage intra unité		R. Dotation de médicaments	
	Organisation de l'armoire		
Q. Conception de l'armoire			
Q.01	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant le principe de rangement de l'armoire des médicaments de votre unité de soins	R.01	Le stock de médicaments de votre unité de soins a fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative, validée par médecin, cadre et pharmacien
Q.02	Dans votre unité de soins, les médicaments sont rangés en zones distinctes (armoire, tiroir séparés...) selon la voie d'administration	R.02	Cette dotation est révisée au moins une fois par an, entre médecin, cadre et pharmacien
Q.03	Dans votre unité de soins, le principe de rangement de l'armoire peut générer un risque de confusion lors des changements de marchés	R.03	La liste de dotation actualisée est affichée sur l'armoire ou disponible à proximité de celle-ci
Q.04	Le principe de rangement de l'armoire de votre unité de soins permet d'éloigner physiquement les médicaments à risque de confusion (dosage différent, homonymie...)	R.04	Votre unité de soins reçoit autant que nécessaire des informations sur les évolutions des médicaments de la dotation (référence, forme galénique, conditionnement...)
Q.05	Plusieurs dosages du même médicament sont parfois mélangés dans la même case de l'armoire de votre unité de soins	R.05	Votre unité de soins reçoit autant que nécessaire des consignes sur les modifications de rangement des médicaments en dotation suite à changement de marché
Q.06	Dans votre unité de soins, le réfrigérateur dédié aux médicaments peut contenir des produits non médicamenteux		

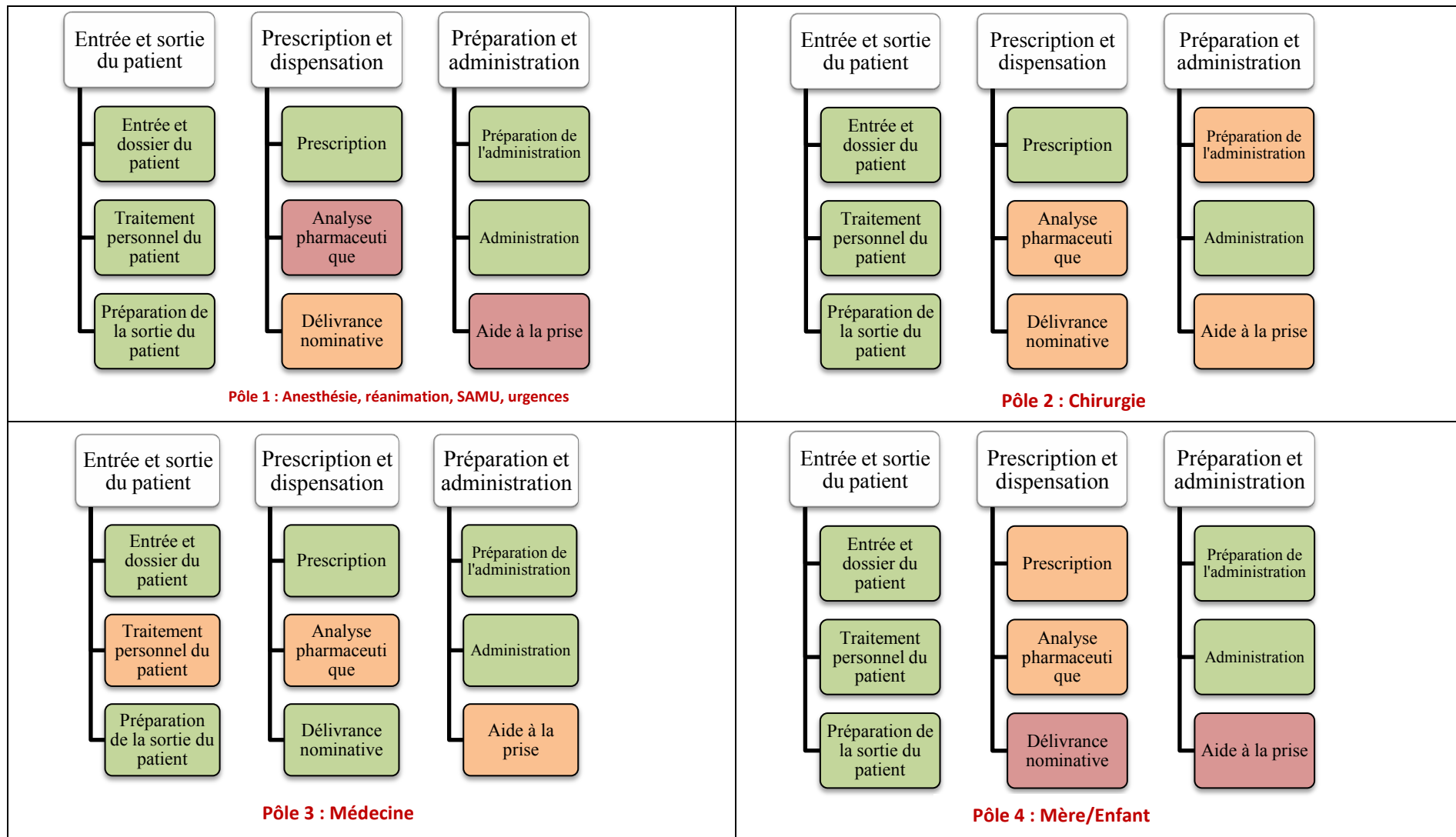
S. Contrôle de l'armoire		Gestion de l'armoire	
S.01	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant l'entretien de l'armoire à médicaments	T.01	Votre unité dispose d'un système (plein-vidé, armoire sécurisée...) facilitant le réapprovisionnement <i>(Si la PUI gère votre armoire, le pharmacien présent répond aux questions T)</i>
S.02	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant les modalités de contrôle de l'armoire à médicaments	T.02	Les personnes chargées de la commande de réapprovisionnement de l'armoire ont bénéficié d'une formation spécifique
S.03	Le contrôle des péremptions est effectué au moins une fois par trimestre	T.03	Des aides-soignantes ou des ASH participent à la commande des médicaments
S.04	Lors du contrôle de l'armoire, il vous arrive de trouver des médicaments dont la date de péremption ou l'identification n'est plus lisible	T.04	Les jours de commande ont été fixés dans la semaine
S.05	Le personnel de l'unité de soins a été formé aux enjeux sécuritaires, environnementaux et économiques de l'élimination des médicaments non utilisés	T.05	Les personnes chargées de la commande respectent ce planning et n'anticipent pas les commandes
S.06	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant les règles d'emprunt et de prêt de médicaments entre unités	T.06	La commande est basée sur le niveau effectif des stocks de médicaments dans l'armoire et non sur les prescriptions reglobalisées
S.07	Le contrôle de la température du réfrigérateur de votre unité de soins est effectué au moins une fois par jour et tracé	T.07	La quantité commandée est un multiple du conditionnement du médicament
		T.08	Cette commande est effectuée directement devant l'armoire sans nécessité de retranscription (manuelle ou informatisée)
		T.09	Les personnes chargées de la commande utilisent une douchette pour scanner l'identifiant du produit à commander

U.	Délivrance globale	V.	Réception et rangement
U.01	Votre unité est appelée par la PUI si la quantité commandée de certains médicaments paraît anormale (excessive ou très faible)	V.01	Les médicaments sont délivrés dans un contenant hermétiquement fermé et sécurisé
U.02	Si un médicament n'est pas délivré à votre unité, la PUI vous en donne systématiquement la raison	V.02	Les produits les plus lourds sont rangés dans le bas du contenant de délivrance (caisse...) et les produits les plus fragiles sont protégés
U.03	En cas de non délivrance en raison d'une rupture de stock labo, la PUI donne des conseils de substitution à valider par le médecin	V.03	Les médicaments délivrés en blisters sont isolés par référence (sachet, élastique...) pour ne pas se retrouver en vrac
U.04	Les médicaments à conserver à +4°C sont délivrés dans le respect de la chaîne du froid	V.04	Dans votre unité de soins, la réception des médicaments fait l'objet d'un contrôle par une infirmière, qualitatif et quantitatif, sur tout ou partie des lignes
		V.05	La date et l'heure de réception des médicaments dans l'unité de soins sont tracées
		V.06	Des aides-soignantes ou des ASH participent au rangement des médicaments dans l'armoire à pharmacie
		V.07	Il existe un protocole de nettoyage des contenants de délivrance des médicaments

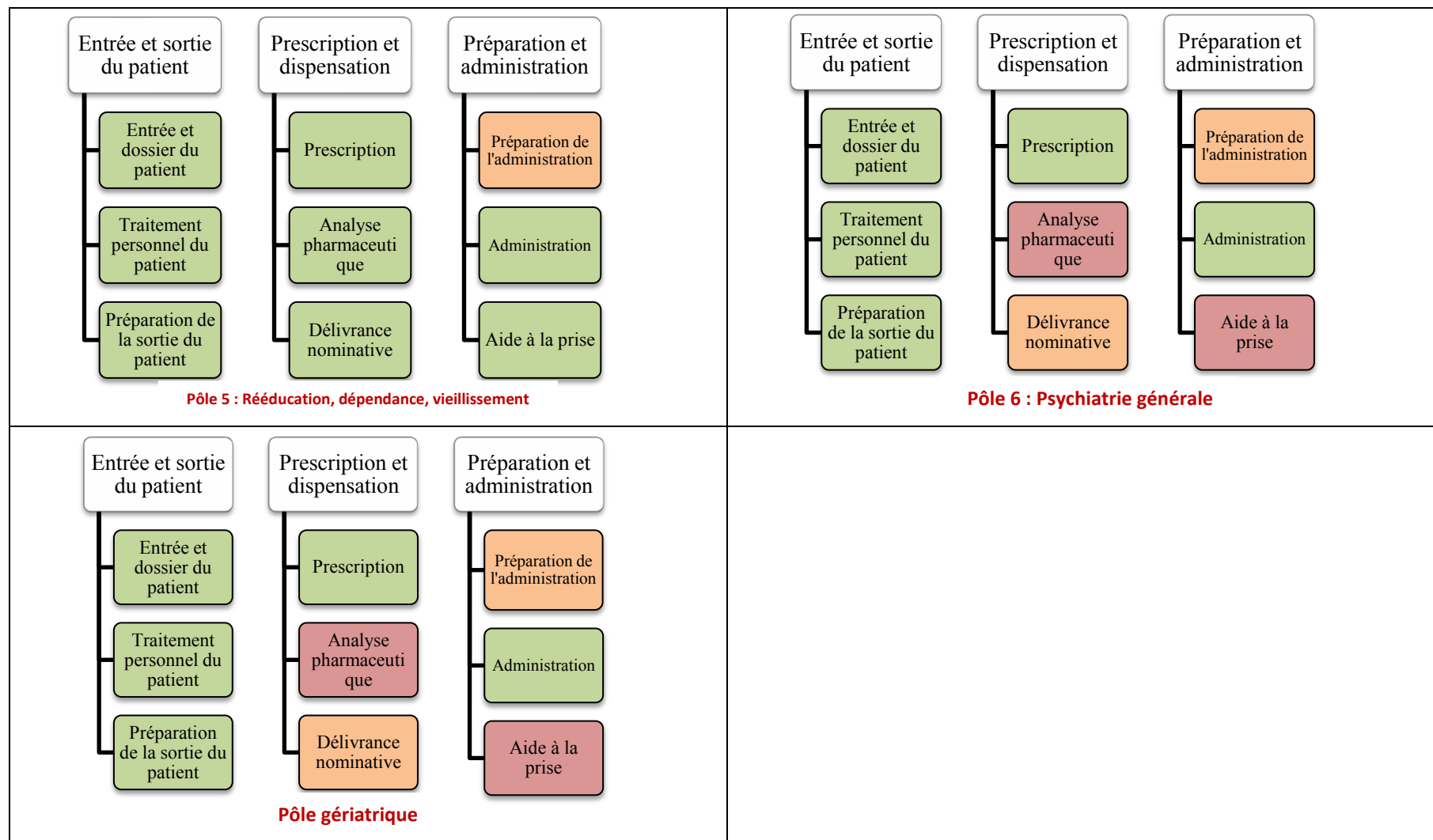
Annexe 2 : Cartographie de la politique de sécurisation des unités de soins par pôle



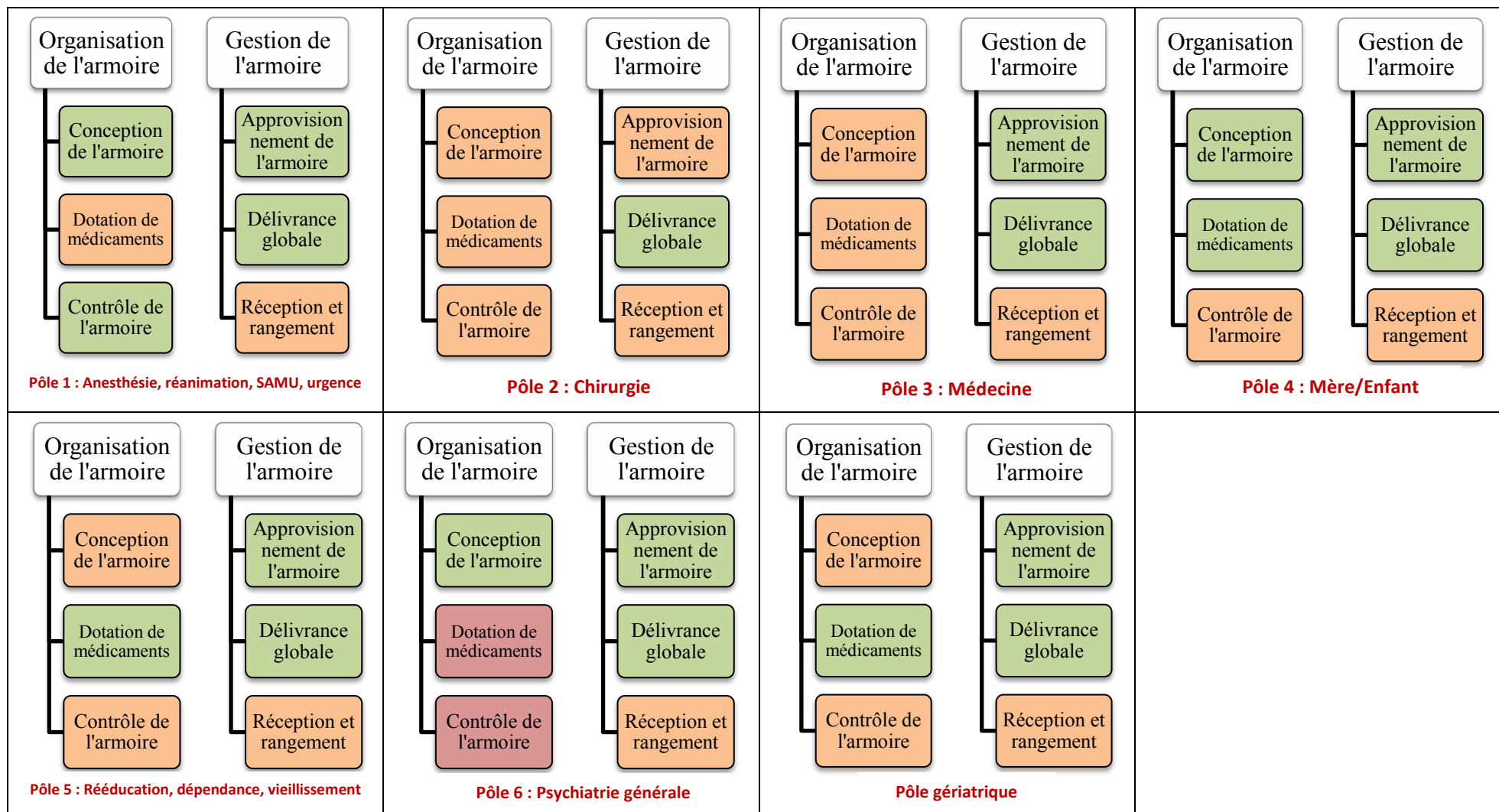
Annexe 3 : Cartographie des risques de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse par pôle (partie 1)



Annexe 4 : Cartographie des risques de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse par pôle (partie 2)



Annexe 5 : Cartographie des risques du stock intra unité par pôle



Annexe 6 : Programme d'amélioration de la qualité

0. Risque structurel de l'unité de soins		Constats ANAP		Actions à mener
A. Organisation médicale et soignante		OUI	NON	
A01.	Au cours de la même journée, généralement plusieurs médecins prescrivent des médicaments pour le même patient	CSG, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	MOSE, BOA, HJM, MPR	
A02.	Votre unité de soins accueille régulièrement des internes en médecine	CSG, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Picasso, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	MOSE, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse	
A03.	Il existe une infirmière référent (non cadre) pour les relations de l'unité de soins avec la pharmacie à usage intérieur et cette tâche figure dans sa fiche de poste	MOSE, Chir A, Pneumo, Dialyse, MPR	CSG, BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, Réa, USC	
A04.	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois une ou des infirmières du pool (suppléantes ou roulanges...)	CSG, MOSE, Chir A, Chir B2, Chir B5, Méd A2, Pneumo, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Méd B	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, HJM, Méd A1, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Dialyse, HAD, MPR, Réa, USC	
A05.	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois une ou des infirmières intérimaires		Toutes les unités de soins sauf le MOSE	
A06.	Votre unité de soins accueille au moins une élève infirmière par an	Tous les services sauf le BOA		
A07.	Il existe deux équipes d'infirmières différentes : une dédiée au jour, l'autre de nuit	MOSE, Chir B2, MPR	CSG, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, Réa, USC	
A08.	Le fonctionnement de votre unité de soins conduit au recours à des heures supplémentaires chaque mois	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiatrie, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	Cézanne, Dali, Picasso, Réa, USC	

B.	Modalités d'hospitalisation	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
B01.	Votre unité de soins accueille plusieurs types de prises en charge de patients (hospitalisation de jour / hospitalisation complète / soins intensifs...)	BOA, SAU, UHTCD, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, Dali, EHPAD A, MPR	CSG, MOSE, Chir A, HJM, Pneumo, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD B, HAD, Méd B, Réa, USC	
B02.	Les patients sont toujours identifiés par un bracelet (nom / nom + code-barre / RFID...)		Toutes les unités de soins sauf la Médecine A2	Mise en place d'une identification à l'aide d'un bracelet
B03.	Au moins une fois par semaine, un patient change de chambre au cours de son séjour dans votre unité de soins	CSG, SAU, Méd A1, A2, Méd	MOSE, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, MPR, Réa, USC	
B04.	Votre unité de soins comprend au moins une chambre à deux lits ou plus	CSG, MOSE, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR	Réa, USC	
B05.	Votre unité administre des chimiothérapies injectables	HJM, Méd A1, Pneumo, Dali	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A2, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	
B06.	Votre unité prend en charge des patients à risque ou sensibles (pédiatrie, réanimation, gériatrie...)	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Cézanne, Dali	

1. Politique de sécurisation de l'unité de soins				
Prévention		Constats ANAP		Actions à mener
C. Protocoles / procédures (gestion manuelle ou dématérialisé)		OUI	NON	
C01.	Dans votre unité de soins, il existe un classeur "Médicaments" comprenant des documents décrivant approvisionnement, gestion, règles d'utilisation...	Tous les services sauf la Pédiatrie		
C02.	Dans votre unité de soins, il existe un classeur "Protocoles" regroupant les protocoles médicamenteux	SAU, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Picasso, Dialyse, Réa, USC	CSG, MOSE, BOA, UHTCD, Chir A, Méd A1, A2, Dali, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	
C03.	Les documents des classeurs "Médicaments" et "Protocoles" de votre unité de soins sont actualisés / revalidés au moins une fois par an		Tous sauf la Gynécologie	
C04.	Un document du classeur "Médicaments" décrit les modalités de la permanence pharmaceutique (accès aux médicaments pendant la fermeture de la PUI...)	Tous sauf la Pédiatrie		
C05.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les modalités de prise en charge de la douleur dans votre unité de soins	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Cézanne, Dali	
C06.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les modalités de suivi des patients sous AVK dans l'unité		Toutes les unités de soins	
C07.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les prémédications avant les actes chirurgicaux concernant vos patients	Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat	CSG, BOA, HJM, Gynéco, Méd B	
C08.	Un document du classeur "Protocoles" décrit les prémédications avant les actes diagnostiques concernant vos patients	CSG, MOSE, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Méd B, MPR, Réa, USC	BOA, Pédiat, Dali	
C09.	Un document du classeur "Médicaments" décrit les modalités d'utilisation des pousse seringues électriques	BOA, Chir A, Méd A1, A2, Dialyse, Réa, USC	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Dali, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	
C10.	Un protocole daté de moins de 2 ans rappelle les médicaments à ne pas mélanger dans un pousse seringue ou dans une perfusion, ou à ne pas administrer en même temps sur la même voie		Toutes les unités de soins sauf la Gynécologie	Rédiger le protocole
C11.	Le classeur "Médicaments" comprend des consignes d'entretien des chariots utilisés pour l'administration des médicaments aux patients	MOSE, Chir A, Méd A1, A2	CSG, SAU, UHTCD, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	Réactualiser les procédures existantes dans le classeur "hygiène"
C12.	Le classeur "Médicaments" comprend des consignes d'entretien des piluliers	MOSE, Chir A, Méd A1, A2	CSG, SAU, UHTCD, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	

D.	Information / Formation	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
D01.	Le cadre de votre unité veille à ce que tous les personnels infirmiers connaissent les jours et horaires d'ouverture de la pharmacie	Toutes les unités de soins		
D02.	Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse de votre unité de soins sont expliquées lors de l'accueil / formation d'une nouvelle IDE / AS	Toutes les unités de soins sauf le SAU		
D03.	Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse de votre unité de soins sont expliquées lors de l'accueil / formation d'un nouveau Médecin	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD	
D04.	Les spécificités thérapeutiques de l'unité sont présentées de manière formelle lors de l'accueil / formation d'une nouvelle IDE	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Picasso, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Méd A1, A2, Dali, USLD, EHPAD A et B	
D05.	Les spécificités thérapeutiques de l'unité sont présentées de manière formelle lors de l'accueil / formation d'un nouveau Médecin	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Méd A1, A2, USLD, EHPAD A et B	
D06.	Au moins une fois par semestre, les médecins de votre unité de soins ou les pharmaciens animent des séances d'information des infirmières sur certains médicaments	Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, USLD, EHPAD A et B, Dialyse	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir B2, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	
D07.	Les risques de confusion entre deux médicaments (conditionnement, homonymie, homophonie, étiquetage...) sont signalés par un système d'alerte (affichage...)	BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Pneumo, Pédiat, Dialyse, HAD, Réa, USC	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, HJM, Méd A1, A2, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	
D08.	Le livret thérapeutique actualisé est disponible dans votre unité de soins sous une forme adaptée à la consultation par les infirmières	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, Méd A1, A2, Picasso	
D09.	Les prescripteurs sont informés des nouveaux médicaments introduits au livret et des modifications de spécialités pour une même DCI	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Picasso	

E.	Retour d'expérience	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
E01.	Toutes les infirmières de votre unité de soins ont bénéficié d'une séance de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses	CSG, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, EHPAD A et B, Dialyse, Réa, USC	MOSE, SAU, UHTCD, Chir B2, HJM, Méd A1, A2, Dali, Picasso, USLD, HAD, Méd B, MPR	
E02.	Une fiche de déclaration d'évènement indésirable médicamenteux, de risque ou d'erreur médicamenteuse, est mise à la disposition des soignants de votre unité	Toutes les unités de soins		
E03.	Les modalités d'utilisation de cette fiches sont connues de tous soignants de votre unité de soins	Toutes les unités de soins sauf la Pédiatrie		
E04.	Pour encourager la déclaration des erreurs médicamenteuses, une charte de "non punition", signée par la direction de l'établissement, existe	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	HJM, Pédiat, Dali	
E05.	Des réunions d'analyses des erreurs médicamenteuses avérées ou évitées ont lieu plusieurs fois par an entre médecins, infirmières de votre unité et la PUI	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B5, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir B2, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD	
E06.	Toutes les actions correctives décidées durant ces réunions pluridisciplinaires sont mises en place	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B5, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, Chir B2, Dali	
E07.	Les infirmières de votre unité sont impliquées concrètement (réunion, relecture...) dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, Chir Ambu, Chir B2, Dialyse	

Pilote		Constats ANAP		Actions à mener
F.	Bon usage des médicaments	OUI	NON	
F01.	Les médecins de votre unité de soins participent aux réflexions de la COMEDIMS ou équivalent	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	SAU, UHTCD, Cézanne, Dali, Picasso, MPR	
F02.	La COMEDIMS ou équivalent a statué sur une politique institutionnelle de dénomination des médicaments : DCI ou nom commercial	Chir B2, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, HAD	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, Méd A1, A2, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	
F03.	Le médecin responsable de l'unité de soins analyse au moins 2 fois par an la consommation médicamenteuse	CSG, MOSE, Chir A, Chir B2, Pneumo, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Réa, USC	
F04.	Le cadre de l'unité de soins analyse au moins 2 fois par an la consommation médicamenteuse	CSG, MOSE, Chir A, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, Réa, USC	
F05.	Votre unité de soins participe aux démarches institutionnelles visant à maîtriser la prescription médicamenteuse (antibioprophylaxie, douleur...)	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir B2, HJM, Pneumo, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse	
F06.	Vos prescripteurs ont défini des objectifs spécifiques à votre unité de soins pour améliorer certaines pratiques de prescription (psychotropes, relais IV/PO...)	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir B2, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B	Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, MPR, Réa, USC	
F07.	Vous avez identifiés dans votre unité de soins des médicaments "à risque" et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration	SAU, UHTCD, Chir A, Chir B5, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Picasso, Dialyse, MPR, Réa, USC	CSG, MOSE, BOA, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, A2, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B	Identifier une liste des médicaments à risque

G.	Synergies avec la PUI	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
G01.	Votre unité de soins a clarifié sous forme d'un contrat écrit les liens organisationnels avec la PUI (heure et jour de délivrance, modalités de commandes, bons d'urgence...)	CSG, MOSE, BOA, UHTCD, Chir B2, Gynéco, Cézanne, Dali, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	SAU, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiá, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Réa, USC	
G02.	L'organisation du circuit du médicament en place repose sur une concertation formalisée et renouvelée chaque année entre le médecin, le cadre et le pharmacien	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Méd A1, A2, Gynéco, Cézanne, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Pédiá, Dali, Picasso, Réa, USC	
G03.	Un pharmacien est référent pour votre unité de soins (pharmacien effectuant un suivi particulier de votre unité)	CSG, MOSE, BOA, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiá, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Dali	
G04.	Un préparateur en pharmacie est référent pour votre unité (préparateur effectuant un suivi particulier de votre unité)	CSG, MOSE, BOA, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiá, Dali, Réa, USC	
G05.	Un membre de l'équipe pharmaceutique vient dans votre unité de soins au minimum une fois par mois	BOA, HJM, EHPAD A et B	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiá, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	
G06.	Les personnes chargées du transport des médicaments entre la PUI et votre unité de soins sont formées à la spécificité de ces produits	Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HAD	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir B2, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiá, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	
G07.	Le transport des médicaments de la PUI à votre unité de soins préserve la confidentialité	Toutes les unités de soins		

2. Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse				
Entrée et sortie du patient		Constats ANAP		Actions à mener
H.	Entrée et dossier du patient	OUI	NON	
H01.	Un protocole recense les situations dans lesquelles l'autonomie peut être laissée au patient pour la prise de ses médicaments, ainsi que les médicaments concernés		Toutes les unités de soins sauf la Chirurgie A	Rédiger un protocole encadrant l'autonomie du patient en matière de prise médicamenteuse
H02.	L'autonomie du patient pour prendre lui-même ses médicaments est une décision concertée du médecin et de l'infirmière	MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, HAD	Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Pédiatrie	
H03.	Cette décision est indiquée en clair dans le dossier du patient	Chir A, Chir Ambu, Pneumo, Gynéco, HAD	MOSE, SAU, UHTCD, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, USLD, EHPAD A et B	
H04.	Les éventuels troubles de déglutition du patient sont indiqués dans le dossier	Toutes les unités de soins sauf la Pédiatrie		
H05.	Les allergies éventuelles des patients sont systématiquement mentionnées dans le dossier du patient	Toutes les unités de soins		
H06.	Le poids du patient est mesuré et indiqué au dossier	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	Réa, USC	
H07.	En cas de séjour prolongé, le poids du patient est mesuré à intervalle régulier et indiqué dans son dossier	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiatrie, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	Chir B2, Réa	
H08.	En cas de séjour prolongé, la fonction rénale du patient est évaluée à intervalle régulier et les résultats sont notés dans son dossier	Toutes les unités de soins concernées		
H09.	Lors de l'admission du patient, le médecin prend connaissance de son traitement personnel et décide quel médicament est conservé, substitué ou arrêté	Toutes les unités de soins		
H10.	Les éventuelles modifications de ce traitement (arrêt ou substitution) sont expliquées au patient et/ou à la famille	Toutes les unités de soins sauf la Pneumologie		
H11.	Les prescriptions médicamenteuses de patients en provenance d'autres unités de soins sont reçues avant ou en même temps que le patient lui-même	Toutes les unités de soins		

I.	Traitement personnel du patient	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
101.	Un document du classeur "Médicaments" décrit les règles de gestion du traitement personnel du patient	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Pédiat, Picasso, HAD	
102.	En cas de révision profonde de son traitement, le médecin de votre unité de soins se met en relation avec le médecin traitant du patient	Toutes les unités de soins sauf la Pneumologie		
103.	Les médicaments personnels du patient sont isolés dès l'admission et stockés dans un emplacement spécifique du poste de soins de l'unité	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B2, Chir B5, Méd A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, HJM, Méd A1	
104.	Les médicaments personnels sont rendus à la famille ou au patient lors de sa sortie seulement si la prescription de sortie mentionne ces mêmes médicaments	Chir A, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Méd A1, A2, Pneumo, Méd B, MPR, Réa	

J.	Préparation de la sortie du patient	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
J01.	Un document du classeur "Médicaments" recense les médicaments qui justifient d'informer le patient, avant sa sortie, des règles de leur bon usage	Chir B2, Gynéco	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Recenser les médicaments qui justifient d'informer le patient des règles de leur bon usage
J02.	Durant son séjour, le patient et sa famille reçoivent, de l'équipe soignante ou de la pharmacie, des informations relatives au traitement médicamenteux	Toutes les unités de soins concernées		
J03.	En cas de transfert du patient vers des soins de suite, USLD ou EHPAD, son dossier médicamenteux l'accompagne	Toutes les unités de soins		

	Prescription et dispensation	Constats ANAP		Actions à mener
K.	Prescription	OUI	NON	
K01.	Les prescriptions médicamenteuses des patients sont informatisées en intégralité	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Méd A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, Pédiat, Réa, USC	L'informatisation de la prescription a été mise en place dans les services pédiatrie, UHTCD et chirurgie B2
K02.	Le support de prescription (papier / informatique) inclut les médicaments du traitement personnel du patient validés (conservés / substitué) lors de l'admission	Toutes les unités de soins sauf l'HJM		
K03.	Les prescriptions des médecins de votre unité sont intégralement conformes aux bonnes pratiques (datées, lisibles, signées, dosages, posologies...)	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, Méd A1, Pédiat	
K04.	Dans la mesure du possible, les prescripteurs s'astreignent à prescrire au livret	Toutes les unités de soins sauf la Médecine A1		
K05.	Les prescripteurs sont informés des substitutions et des remplacements de traitement	Toutes les unités de soins sauf le BOA		
K06.	Les prescripteurs sont informés en cas de non administration de médicaments	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	EHPAD A et B	
K07.	La prescription différencie clairement les formes injectables des autres formes de médicaments	Toutes les unités de soins		
K08.	Les modalités de dilution des médicaments injectables (nature et volume du véhicule) sont prescrits	SAU, Chir B2, Chir B5, Gynéco, MPR	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	
K09.	Les prescriptions conditionnelles (si besoin) d'antalgiques font l'objet d'un protocole d'administration	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Dali, Picasso, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, USLD, EHPAD A et B, Dialyse	Faire rédiger un protocole par le CLUD; faire un audit sur les prescriptions si besoin
K10.	Il arrive que les infirmières transcrivent elles-mêmes les prescriptions (sur papier ou informatique)	UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, Gynéco, Pédiat, Réa, USC	CSG, MOSE, BOA, SAU, HJM, Méd A2, Pneumo, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	

L.	Analyse pharmaceutique	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
L01.	Les prescriptions médicamenteuses de votre unité de soins sont analysées en intégralité par un pharmacien à un rythme adapté au type de séjour	CSG, MOSE, SAU, Chir A, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	BOA, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Pédiat, Réa, USC	
L02.	Votre unité de soins reçoit au moins une fois par semaine un avis pharmaceutique d'adaptation d'une prescription	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Méd A2, Pneumo, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Réa, USC	
L03.	Les types d'analyse pharmaceutique à effectuer sont convenus entre le médecin responsable de votre unité de soins et la PUI	CSG, Chir A, Chir B5, HJM, Dialyse, HAD, Méd B	MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, MPR, Réa, USC	
L04.	En accord avec le responsable médical de l'unité de soins, la pharmacie adapte son niveau d'analyse en fonction de l'expertise du prescripteur	MOSE, SAU, UHTCD, Gynéco, MPR	CSG, BOA, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, Méd B, Réa, USC	
L05.	Les modalités de transmission des avis pharmaceutiques ont fait l'objet d'une concertation entre médecin et pharmacien	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Cézanne, Picasso, Réa, USC	
L06.	Les médecins communiquent leur décision à la pharmacie par rapport à l'avis pharmaceutique	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Pédiat, Réa, USC	
L07.	Un pharmacien participe une fois par semaine à la visite du médecin dans votre unité de soins		Toutes les unités de soins	

M.	Délivrance nominative	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
M01.	La majorité (>50% des lignes) du traitement du patient est préparée et délivrée nominativement par la pharmacie	CSG, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, EHPAD A et B, HAD, Méd B	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Réa, USC, USLD	Mise en place dans la délivrance nominative à l'USLD
M02.	Ces délivrances nominatives sont effectuées à partir d'une antenne pharmaceutique à proximité de votre unité de soins	CSG, SAU, UHTCD, HJM, Pneumo, EHPAD A et B, HAD, Méd B	BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, Réa, USC	
M03.	Le rythme de cette délivrance nominative est généralement adapté aux modifications de traitement durant le séjour du patient	CSG, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, EHPAD A et B, HAD, Méd B	BOA, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiat, Réa, USC	
M04.	La délivrance nominative de la PUI nécessite de nombreuses adaptations dans votre unité de soins (changements de prescription, compléments par certaines formes...)	CSG, Chir A, Pneumo, HAD, Méd B	BOA, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, EHPAD A et B, Réa, USC	
M05.	Les délivrances nominatives arrivent dans des contenants (bacs, tiroirs, casiers, sachets...) adaptés au mode de rangement de votre unité de soins	CSG, SAU, UHTCD, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, EHPAD A et B, HAD, Méd B	BOA, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiat, Picasso, Réa	
M06.	Votre unité reglobalise certains médicaments délivrés nominativement par la pharmacie (volume de rangement...)	CSG, SAU, UHTCD, Méd A1, A2, Méd B	BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, EHPAD A et B, HAD, Réa	Sensibiliser les infirmières aux risques liés à la reglobalisation
M07.	Sauf exception, les formes orale de médicaments sont en doses unitaires identifiables (industrielles ou reconditionnées/surconditionnées par la PUI)	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B	Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Pédiat, Dialyse, Réa, USC	
M08.	Les doses fractionnées (demi ou quart) sont délivrées par la PUI en conditionnement unitaire identifiable	CSG, SAU, UHTCD, Chir A, Méd A1, A2, Pneumo, EHPAD A et B, HAD, Méd B	MOSE, BOA, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiat, Dali, Picasso, USLD, Dialyse, Réa, USC	

	Préparation et administration	Constats ANAP		Actions à mener
N.	Préparation de l'administration	OUI	NON	
N.01	Une consigne ou une règle prévoit que l'infirmière ne répond plus au téléphone lorsqu'elle est en train de préparer des médicaments. Cette règle est respectée.	HJM, Gynéco, Cézanne, Dialyse, Réa, USC	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Pédià, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	Faire appliquer cette consigne
N.02	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant les règles de découpe des blisters de médicaments	CSG, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	MOSE, SAU, UHTCD, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, Picasso, MPR	
N.03	Médecins et infirmières ont défini ensemble les symboles utilisés pour la prescription (arrêt de traitement, sous condition...) (<i>mettre NC si prescription informatisée</i>)	BOA, HJM, Méd A1, Pédià, Cézanne, Dali, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu	
N.04	Dans votre unité de soins, la préparation et l'administration des médicaments est faite au vu de la prescription initiale et non d'une retranscription de cette prescription	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir B2, Pédià	
N.05	Le tiroir ou pilulier utilisé pour apporter les doses à administrer jusqu'à la chambre est identifié au nom du patient	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, MPR	BOA, UHTCD, Chir B2, Gynéco, Cézanne, Méd B, Réa, USC	Généraliser l'utilisation nominative du pilulier
N.06	Les dimensions du tiroir ou pilulier sont adaptées au volume des produits (pas de déconditionnement, pas de sachet plié, pas de case qui déborde...)	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Pneumo, Gynéco, Cézanne, HAD, MPR	CSG, UHTCD, Chir B2, Méd A1, A2, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Méd B, Réa, USC	
N.07	Le tiroir ou pilulier est compartimenté par moment de prise (matin, midi, soir, éventuellement nuit)	CSG, MOSE, UHTCD, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Dali, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	Chir A, Cézanne, Picasso, Réa, USC	
N.08	La préparation des tiroirs ou piluliers se fait patient par patient et non pas médicament par médicament	Toutes les unités de soins		
N.09	A l'intérieur du tiroir ou pilulier, tous les médicaments sont identifiables	CSG, UHTCD, Chir A, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, Méd B, Réa, USC	MOSE, Chir B2, USLD, EHPAD A et B, MPR	Resensibiliser les IDE des EHPAD et LS au double contrôle de la préparation
N.10	Avant de commencer son tour, l'infirmière vérifie le contenu du tiroir ou pilulier dans le poste de soins à proximité de l'armoire pour pouvoir le compléter éventuellement	MOSE, UHTCD, Méd A2, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, MPR, Réa, USC	CSG, Chir A, Chir B2, Chir B5, Méd A1, Pneumo, EHPAD A et B, Méd B	
N.11	Les infirmières de votre unité de soins disposent d'une liste à jour et validée des équivalences et substitutions de médicaments	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, Chir B2	
N.12	Le chariot d'administration dispose d'un petit contenant (bac, verre...) où se trouvent quelques médicaments unitaires ou fractionnés, en dépannage	CSG, MOSE, Chir A, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	UHTCD, Pneumo, Gynéco, Pédià, Réa, USC	
N.13	Les médicaments multidoses peuvent être partagés entre plusieurs patients	CSG, MOSE, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédià, Picasso, HAD, Réa, USC	

O.	Administration	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
O.01	L'identité du patient est vérifiée systématiquement avant toute administration	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Pneumo, EHPAD A et B	
	L'administration des médicaments est enregistrée sur le même support que celui utilisé pour la prescription	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	USLD, EHPAD A et B, Réa, USC	L'administration des médicaments est enregistrée de manière informatique
	L'administration des médicaments prescrits de manière conditionnelle (si besoin...) est enregistrée sur le même support que celui utilisé pour la prescription	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	HJM, USLD, EHPAD A et B	
	Les motifs de l'administration des médicaments en prescription conditionnelle sont indiqués sur le support de prescription ou dans le dossier du patient	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir B2, Dali	
	IDE et médecins ont défini ensemble les symboles utilisée pour tracer l'administration et la non-administration des médicaments (NC si prescription informatisée)	BOA, HJM, Méd A1, Pédiat	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Réa, USC	
	Le support d'enregistrement de l'administration (informatique ou papier) se trouve sur le chariot de soins des infirmières	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, USLD, EHPAD A et B	
	L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, Pneumo, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	Méd A2, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, HAD	
	L'administration des médicaments est enregistrée a priori ou postériori pour certaines prises (ex : soir, coucher...)	MOSE, Chir B2, Gynéco, Dali, Picasso, HAD, Méd B, MPR	CSG, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, Cézanne, USLD, EHPAD A et B, Réa, USC	
	L'administration des médicaments est tracée par code barre, datamatrix ou RFID		Toutes les unités de soins	
	Le moment de l'administration de chaque médicament est tracé (l'horaire pour les médicaments injectables)	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	USLD, EHPAD A et B	
	La date d'ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	BOA, Chir B2, USLD, EHPAD A et B	
	Des aides-soignantes administrent des médicaments en l'absence de l'infirmière	Méd A1, A2, USLD, EHPAD A et B	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	

P.	Aide à la prise	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
P.01	Dans le cas où lon confie au patient son traitement pour la journée, les IDE lui expliquent le principe des compartiments et s'assurent de sa compréhension	Pneumo, Gynéco, Cézanne, Picasso, EHPAD A, HAD	Dali	
P.02	Dans le cas où le patient est autonome, les consignes particulières de prise (avant, pendant, après le repas...) lui sont rappelées par les IDE	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir Ambu, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Picasso, EHPAD A, HAD, Méd B, MPR	Dali	
P.03	Votre unité de soins dispose d'une documentation à jour sur les comprimés ne devant pas être broyés et leur substitution éventuelle	CSG, MOSE, Chir A, Chir B5, Méd A2, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Réa, USC	Communiquer sur la liste existante sur intranet
P.04	Le classeur "Médicaments" contient un document validé par la PUI décrivant les bonnes pratiques de broyage des comprimés (matériel utilisé...)	CSG, BOA, HAD, Méd B, MPR	MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Réa, USC	Rédiger un protocole de bonnes pratiques
P.05	Votre unité de soins dispose d'une documentation à jour sur les gélules ne devant pas être ouvertes et leur substitution éventuelle	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B5, Méd A2, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, HJM, Méd A1, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, Réa, USC	Communiquer sur la liste existante sur intranet

3. Sécurisation de stockage intra unité		Constats ANAP		Actions à mener
Organisation de l'armoire		OUI	NON	
Q.	Conception de l'armoire			
Q.01	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant le principe de rangement de l'armoire des médicaments dans votre unité de soins	SAU, Chir A, HJM, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso	CSG, MOSE, BOA, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pédia, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Rédiger un protocole
Q.02	Dans votre unité de soins, les médicaments sont rangés en zones distinctes (armoire, tiroir séparés...) selon la voie d'administration	Toutes les unités de soins		
Q.03	Dans votre unité de soins, le principe de rangement de l'armoire peut générer un risque de confusion lors des changements de marchés	CSG, MOSE, SAU, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR	BOA, UHTCD, Chir B2, Gynéco, Pédia, Cézanne, Dali, Picasso, HAD, Réa, USC	
Q.04	Le principe de rangement de l'armoire de votre unité de soins permet d'éloigner physiquement les médicaments à risque de confusion (dosage différent, homonymie...)	BOA, SAU, UHTCD, Chir Ambu, Gynéco, Pédia, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse, HAD, Réa, USC	CSG, MOSE, Chir A, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, USLD, EHPAD A et B, Méd B, MPR	
Q.05	Plusieurs dosages du même médicament sont parfois mélangés dans la même case de l'armoire de votre unité de soins	SAU, Chir B2, Pédia, Picasso, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B	CSG, MOSE, BOA, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Cézanne, Dali, USLD, MPR, Réa, USC	
Q.06	Dans votre unité de soins, le réfrigérateur dédié aux médicaments peut contenir des produits non médicamenteux	SAU, UHTCD, EHPAD A, HAD, Réa, USC	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédia, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD B, Dialyse, Méd B, MPR	

R. Dotation de médicaments		Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
R.01	Le stock de médicaments de votre unité de soins a fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative, validée par médecin, cadre et pharmacien	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir B2, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B5, Pédia, Cézanne, Dali, Picasso	Rédiger un protocole d'entretien de l'armoire à médicaments
R.02	Cette dotation est révisée au moins une fois par an, entre médecin, cadre et pharmacien	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Pneumo, Pédia	
R.03	La liste de dotation actualisée est affichée sur l'armoire ou disponible à proximité de celle-ci	CSG, MOSE, BOA, Chir A, HJM, Méd A1, A2, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Pneumo, Pédia, Dialyse	
R.04	Votre unité de soins reçoit autant que nécessaire des informations sur les évolutions des médicaments de la dotation (référence, forme galénique, conditionnement...)	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédia, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	Méd A1, A2	
R.05	Votre unité de soins reçoit autant que nécessaire des consignes sur les modifications de rangement des médicaments en dotation suite à changement de marché	BOA, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédia, HAD	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, Réa, USC	

S.	Contrôle de l'armoire	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
S.01	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant l'entretien de l'armoire à médicaments	BOA, Méd A1, A2, Réa, USC	CSG, MOSE, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	
S.02	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant les modalités de contrôle de l'armoire à médicaments	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir B2, Pédià, Cézanne, Dali, Picasso	
S.03	Le contrôle des péremptions est effectué au moins une fois par trimestre	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A2, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, MPR, Réa, USC	Chir B2, Méd A1, Pneumo, Méd B	
S.04	Lors du contrôle de l'armoire, il vous arrive de trouver des médicaments dont la date de péremption ou l'identification n'est plus lisible	MOSE, SAU, UHTCD, Chir B2, Méd A1, A2, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, MPR	CSG, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Pneumo, Gynéco, Pédià, Dialyse, HAD, Méd B, Réa, USC	
S.05	Le personnel de l'unité de soins a été formé aux enjeux sécuritaires, environnementaux et économiques de l'élimination des médicaments non utilisés	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	SAU, UHTCD, Chir B2, HJM, Pneumo, Pédià, Dali, Picasso	
S.06	Le classeur "Médicaments" comprend un document décrivant les règles d'emprunt et de prêt de médicaments entre unités		Toutes les unités de soins	
S.07	Le contrôle de la température du réfrigérateur de votre unité de soins est effectué au moins une fois par jour et tracé	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B2, Gynéco, Cézanne, Picasso, USLD, Dialyse, HAD, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédià, Dali, EHPAD A et B, Méd B	

Gestion de l'armoire		Constats ANAP		Actions à mener
T.	Approvisionnement de l'armoire	OUI	NON	
T.01	Votre unité dispose d'un système (plein-vide, armoire sécurisée...) facilitant le réapprovisionnement <i>(Si la PUI gère votre armoire, le pharmacien présent répond aux questions T)</i>	CSG, BOA, SAU, UHTCD, Pneumo, Gynéco, EHPAD A et B, Méd B	MOSE, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pédiat, Cézanne, Dali, USLD, Dialyse, HAD, MPR, Réa, USC	
T.02	Les personnes chargées de la commande de réapprovisionnement de l'armoire ont bénéficié d'une formation spécifique	CSG, MOSE, BOA, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B	SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Gynéco, Pédiat, Dali, Picasso, MPR, Réa, USC	
T.03	Des aides-soignantes ou des ASH participent à la commande des médicaments		Toutes les unités de soins sauf la Médecine B	
T.04	Les jours de commande ont été fixés dans la semaine	Toutes les unités de soins		
T.05	Les personnes chargées de la commande respectent ce planning et n'anticipent pas les commandes	Toutes les unités de soins		
T.06	La commande est basée sur le niveau effectif des stocks de médicaments dans l'armoire et non sur les prescriptions reglobalisées	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR	Chir B2, Chir B5, Réa, USC	
T.07	La quantité commandée est un multiple du conditionnement du médicament	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir B2, Gynéco, Cézanne, Dali, Picasso, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédiat, USLD	
T.08	Cette commande est effectuée directement devant l'armoire sans nécessité de retranscription (manuelle ou informatisée)	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédiat, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	EHPAD A et B	
T.09	Les personnes chargées de la commande utilisent une douchette pour scanner l'identifiant du produit à commander		Toutes les unités de soins sauf la BOA	

U.	Délivrance globale	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
U.01	Votre unité est appelée par la PUI si la quantité commandée de certains médicaments paraît anormale (excessive ou très faible)	Toutes les unités de soins		
U.02	Si un médicament n'est pas délivré à votre unité, la PUI vous en donne systématiquement la raison	SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédià, USLD, EHPAD A et B, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	CSG, MOSE, BOA, Cézanne, Dali, Picasso, Dialyse	
U.03	En cas de non délivrance en raison d'une rupture de stock labo, la PUI donne des conseils de substitution à valider par le médecin	CSG, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	MOSE, Picasso	
U.04	Les médicaments à conserver à +4°C sont délivrés dans le respect de la chaîne du froid	Toutes les unités de soins		

V.	Réception et rangement	Constats ANAP		Actions à mener
		OUI	NON	
V.01	Les médicaments sont délivrés dans un contenant hermétiquement fermé et sécurisé	Toutes les unités de soins		
V.02	Les produits les plus lourds sont rangés dans le bas du contenant de délivrance (caisse...) et les produits les plus fragiles sont protégés	CSG, MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B2, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, HAD, Méd B, MPR, Réa, USC	HJM, Pneumo, Picasso	
V.03	Les médicaments délivrés en blisters sont isolés par référence (sachet, élastique...) pour ne pas se retrouver en vrac	MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Gynéco, Pédià, Cézanne, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, HAD, MPR, Réa, USC	CSG, Chir B2, Dialyse, Méd B	
V.04	Dans votre unité de soins, la réception des médicaments fait l'objet d'un contrôle par une infirmière, qualitatif et quantitatif, sur tout ou partie des lignes	MOSE, BOA, SAU, UHTCD, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, Méd A1, A2, Gynéco, Pédià, Picasso, HAD, MPR, Réa, USC	CSG, Chir B2, HJM, Pneumo, Cézanne, Dali, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B	Systematiser le contrôle de la commande
V.05	La date et l'heure de réception des médicaments dans l'unité de soins sont tracées		Toutes les unités de soins	Mettre en place la traçabilité de la réception de la commande
V.06	Des aides-soignantes ou des ASH participent au rangement des médicaments dans l'armoire à pharmacie	SAU, UHTCD, Chir B2, Gynéco, Cézanne	CSG, MOSE, BOA, Chir A, Chir Ambu, Chir B5, HJM, Méd A1, A2, Pneumo, Pédià, Dali, Picasso, USLD, EHPAD A et B, Dialyse, Méd B, MPR, Réa, USC	
V.07	Il existe un protocole de nettoyage des contenants de délivrance des médicaments		Toutes les unités de soins sauf le MOSE	Rédiger un protocole de nettoyage des contenants de délivrance des médicaments

Bibliographie

- [1] ANAP (page consultée en août 2013). *Evaluer et gérer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse*. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/evaluer-et-gerer-les-risques-lies-a-la-prise-en-charge-medicamenteuse/>
- [2] ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) (page consulté en août 2013). *Notice de présentation de l'outil Inter Diag Médicaments*. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_notice_InterDiag_Medicament.pdf
- [3] BATES D.W., BOYLE D.L., VAN DER VLIET M.B. and al. Relationship between medication errors and adverse drug events, *Journal of General Internal Medicine*, 1995, 10, p.199-205.
- [4] BATES D.W., CULLEN D.J., LAIRD N. and al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events, *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274, p.29-34.
- [5] BATES D.W., LEAPE L.L. and PETRICKI S. Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults, *Journal of General Internal Medicine*, 1993, 8, p.289-294.
- [6] Centre Hospitalier René Pelven de Dinan, *Cartographie des risques du circuit du médicament*, Dinan, 2012.
- [7] Centre Hospitalier de Verdun (page consultée au mois de janvier 2013). <http://www.ch-verdun.fr/>
- [8] GARDNER P. et WATSON L.F. *Adverse drug reactions : a pharmacist-based monitoring system*, *Clinical Pharmacology Therapeutics*, 1970, 11, p.802-807.
- [9] GONNON C., *Implantation de la DJIN à l'hôpital de l'Antiquaille (Hospices Civils de Lyon) : évaluation à un an de fonctionnement*. Th : Pharmacie : Lyon 1 : 1991, 151.
- [10] GRAIN F., *Analyse des erreurs de prescription et de l'activité de pharmacie clinique dans une unité de soins informatisée*. Th : Pharmacie : Grenoble : 1997.

[11] Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé V2010, Novembre 2008.

[12] Haute Autorité de Santé (page consultée le 13 janvier 2013). *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf

[13] Haute Autorité de Santé (page consultée en mai 2013). *Les étapes de la procédure de certification*. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_968214/les-etapes-de-la-procedure-de-certification

[14] Haute Autorité de Santé (page consultée le 02 mai 2013). *Le macro processus du circuit du médicament*. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/schema_le_processus_du_circuit_du_medicament.pdf

[15] Haute Autorité de Santé (page consultée le 10 juin 2013). *Du nouveau sur la qualité de vos Hôpitaux et Cliniques*. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240406/fr/du-nouveau-sur-la-qualite-de-vos-hopitaux-et-cliniques

[16] HAS (page consultée le 27 janvier 2014). *Retour d'expérience*. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600749/fr/references-le-crex-methode-de-dpc

[17] Hôpital.fr (page consultée le 10 juin 2013). *La certification*. <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Les-missions-de-l-hopital/Les-missions-de-l-hopital/La-qualite>

[18] HYNINMAN C.E., CONRAD W.F., URCH W.A. and al. *A comparison of medication errors under the unit dose system and traditional drug distribution system in four hospitals*, American Journal of Hospital Pharmacy, 1970, 27, p.802-814.

[19] Inspection Générale des Affaires Sociales (page consultée au mois d'août 2012). *Le circuit du médicament à l'hôpital*. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000684/0000.pdf>

[20] Légifrance (page consultée le 03 juin 2013). *Arrêté du 09 août 1991*. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=400A694834EC0BD971C1F1FD85753F8F.tpdjo10v_1?cidTexte=JORFTEXT000000690713&dateTexte=19990331

[21] Légifrance (page consultée le 03 juin 2013). *Arrêté du 31 mars 1999, relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur*.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393107&dateTexte=&categorieLien=id>

[22] Légifrance (page consultée au mois d'août 2012). *Arrêté du 6 avril 2011*. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865866&dateTexte=&categorieLien=id>

[23] Légifrance (page consultée au mois d'août 2012). *Contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations*. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000631121&dateTexte=&categorieLien=id>

[24] LEPINSKI P.W., THIELKE T.S., COLLINS et al. *Cost comparison of unit dose and traditional drug distribution in a long term facility*, American Journal of Hospital Pharmacy, 1986, 43, 2771-2779.

[25] Ministère de la Santé (page consultée au mois d'août 2012). *Guide de la Direction Générale de l'Offre de Soins relatif à la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_qualite_de_la_prise_en_charge_medicamenteuse.pdf

[26] Ministère de la santé et des sports (page consultée le 25 novembre 2013). *La loi HPST*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

[27] MORICE Sophie, Evaluation de la qualité de l'administration des médicaments per os dans un service hospitalier, Mémoire : Pharmacie : Nancy 1 : 2012.


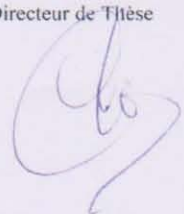



[28] SCHMITT, E., *Le risque médicamenteux nosocomial*. Paris, Masson, 1999.

[29] La Société Française de Pharmacie Clinique (page consultée le 27 janvier 2014). *La méthode REMED*. <http://www.sfpc.eu/fr/pratiques-professionnelles/remed.html>

[30] Wikipédia (page consultée le 27 janvier 2014). *La méthode AMDEC*. http://fr.wikipedia.org/wiki/Analyse_des_modes_de_d%C3%A9faillance,_de_leurs_effets_et_de_leur_criticit%C3%A9

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : Vendredi 12 Septembre 2014

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : Anne-Sophie MUGUET</p> <p><u>Sujet :</u> CARTOGRAPHIE DES RISQUES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT AU CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN</p> <p><u>Jury :</u> Président : M.GIBAUD STEPHANE, Praticien hospitalier, professeur de pharmacie clinique Directeur : M. MAURER JEAN-NOËL, Praticien hospitalier Juges : MME CANNAUX RACHEL, Cadre préparatrice en pharmacie hospitalière M. HENRION LUC, Pharmacien d'officine</p>	<p align="right">Vu, Nancy, le 8/7/2014</p> <p align="center">Le Président du Jury Directeur de Thèse</p> <p align="center">   </p>
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le 19 08. 2014</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">  Francine RAULTIS  FACULTE DE PHARMACIE </p>	<p align="right">Vu, Nancy, le 26 AOUT 2014</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">  pour le Président et par délégation Le Vice-Président Martial DELIGNON Pierre MUTZENHARDT </p> <p>N° d'enregistrement :</p>

N° d'identification :

TITRE :

**CARTOGRAPHIE DES RISQUES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT AU
CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN**

Thèse soutenue le Vendredi 12 Septembre 2014

par **Anne-Sophie MUGUET**,

RESUME :

Le médicament représente la troisième cause d'effets indésirables graves dans les établissements de santé, après les actes invasifs et les infections liées aux soins. La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse passe désormais par une analyse a priori des risques. C'est dans cet objectif que la pharmacie du Centre Hospitalier de Verdun a réalisé une cartographie des risques de son circuit du médicament. Les résultats de chaque unité de soins ont été extrapolés aux pôles puis à l'établissement entier, ce qui a permis de cibler les axes prioritaires d'amélioration et de sécurisation du circuit du médicament ainsi que des mesures correctrices. Quelques une d'entre elles ont d'ores et déjà été mises en application, comme par exemple la traçabilité de l'administration dans le service d'USLD et dans les EHPAD ou encore l'informatisation de la prescription dans les services de pédiatrie et néonatalogie. La cartographie pourra de plus être utilisée comme un indicateur de la qualité lors des prochaines évaluations du circuit du médicament. La direction des soins de l'établissement a prévu un deuxième audit en 2014 afin d'évaluer l'impact de la mise en application des premières mesures correctrices.

MOTS CLES : Circuit du médicament, risque, cartographie, sécurisation.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
M. Jean-Noël MAURER	Pharmacie du Centre	Expérimentale	<input checked="" type="checkbox"/>
Praticien hospitalier	Hospitalier de Verdun	Bibliographique	<input type="checkbox"/>
		Thème	<input checked="" type="checkbox"/>

Thèmes :

1 - Sciences fondamentales	2 – Hygiène/Environnement
3 – Médicament	4 – Alimentation – Nutrition
5 – Biologie	6 – Pratique professionnelle

