

TABLE DES MATIERES

Préparation hebdomadaire des médicaments par la pharmacie

Chapitre	Désignation	Page
0	Présentation du home la Sombaille	2
1	Introduction	2
2	Origine du projet	4
3	Les objectifs	5
4	La Méthode	6
	4.1 Réorganisation du travail	6
	4.2 Le choix du matériel	7
	4.3 Préparation des plateaux hebdomadaires par la pharmacie	8
	4.3.1 Détail des barquettes journalières	9
	4.3.1.1 Le point d'interrogation	9
	4.3.2 Détail du cahier de transmission	9
	4.4 Modification interne au niveau de la pharmacie centrale	10
	4.5 Stock des pharmacies d'unité de soins	10
	4.6 Date limite des médicaments	10
	4.7 Horaire de prise des médicaments	11
	4.8 Cas particuliers	11
	4.9 Formulaires de contrôle des prescriptions médicales	11
	4.10 Contrôle de sécurité	11
5	Les résultats	12
	5.1 Contrôles de retranscription des ordres médicaux	12
	5.2 Contrôle des erreurs de livraison	12
	5.3 Enquête de satisfaction	12
	5.4 Procédures	12
6	Discussions	13
7	Conclusions et perspectives	13
8	Bibliographie	14
9	Annexes	14

0 Présentation du Home La Sombaille

L'institution accueille en long séjour des personnes en âge AVS atteintes d'affections chroniques, handicapées ou ayant besoin d'accompagnement et nécessitant des soins.

Le Home est situé au nord-est de la ville de La Chaux-de-Fonds, sur les hauteurs, en bordure de forêt.

L'institution fait partie de la FECPA (fondation des établissements cantonaux pour personnes âgées / canton de Neuchâtel).

Elle est composée de 2 bâtiments : l'ancien bâtiment datant de 1915 et le nouveau bâtiment de 1975.

Elle accueille 130 résidents, répartis en **5 unités de soins** (mixité gériatrie et psychogériatrie)
Age moyen : 87 ans

Deux médecins sous contrat avec l'institution sont présents 3 jours par semaine.

Le système pharmacie fonctionne selon le schéma traditionnel :

La pharmacie gère le stock central et livre les médicaments aux unités sur la base de commandes globales. Ces dernières possèdent chacune une pharmacie interne. L'infirmière prépare elle-même chaque jour les médicaments pour les résidents de sa propre unité dans des distributeurs à médicaments nominatifs.

1 Introduction

Dans un établissement hospitalier, le circuit du médicament est un processus complexe qui commence par le diagnostic du médecin et le choix d'une thérapie adaptée. Il se poursuit par la dispensation réalisée par le personnel pharmaceutique et s'achève par l'administration, dans laquelle le patient place son espoir de guérison.

D'où la phrase célèbre connue de tout bon pharmacien : « le circuit du médicament a pour objectif d'administrer le bon médicament au bon patient au bon moment ». Ainsi, l'objectif du processus est centré sur le patient : tout doit concourir à une meilleure prise en charge de son traitement, tant en terme de qualité et de fiabilité, que de sécurité et de délai.

La pharmacie hospitalière nécessite de plus en plus un travail de qualité. L'amélioration du circuit du médicament fait partie de ses priorités dans le but de réduire les erreurs médicamenteuses qui y sont liées.

Les erreurs dans le circuit du médicament peuvent survenir dans n'importe quel établissement de santé, aussi grande que soit la compétence du personnel de santé en matière de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments.

“Une erreur médicamenteuse avérée est susceptible de générer plusieurs types de dommages : une aggravation de la pathologie, une absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou non prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme ou une réaction nocive due à la prise d'un médicament.”¹

Selon le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse : nous pouvons distinguer plusieurs types d'erreurs dont nous allons tenir compte pour cette étude :

1) Marie-Claude Saux : Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse

- **Erreur de prescription** - erreur médicamenteuse survenant au niveau de la prescription d'un médicament, qu'il s'agisse de la rédaction de l'ordonnance ou de la décision thérapeutique. L'erreur de prescription concerne notamment le choix du médicament, la dose, la concentration, la posologie, la forme galénique, la voie d'administration, la durée du traitement et les instructions d'utilisation.
- **erreur de dispensation** – erreur médicamenteuse commise par l'équipe pharmaceutique lors de la dispensation, c'est-à-dire lors de l'analyse de l'ordonnance, de la communication d'information, de la préparation galénique et de la délivrance des médicaments aux unités de soins
- **erreur de préparation** – erreur médicamenteuse survenant au niveau de la préparation d'une dose de médicament, qu'il s'agisse de sa formulation, de sa préparation galénique, de son conditionnement ou de son étiquetage
- **erreur de retranscription** – erreur médicamenteuse survenant au cours de la reproduction manuscrite ou informatique de tout ou partie de l'information relative au traitement médicamenteux.

Quelques chiffres sur la consommation des médicaments du home

Les quelques données chiffrées suivantes tirées de notre institution donnent des indications sur le nombre des médicaments administrés chaque jour aux patients de notre établissement.

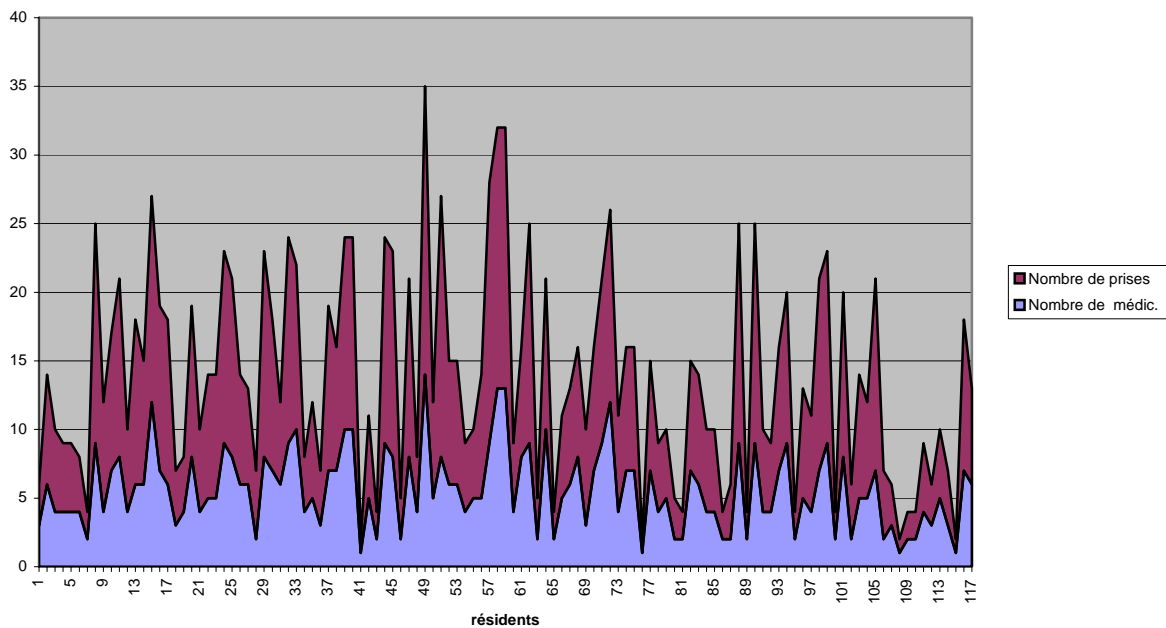
En février 2006, il y avait 130 résidents, qui consommaient en moyenne 5,62 médicaments par jour. 50% des pensionnaires en consommaient plus de 5 et 12% plus de 10 (tableau1). Le nombre de médicaments journaliers administrés aux résidents est assez important et est susceptible d'induire un certain nombre d'erreurs lors de la préparation

Tableau 1

Nbre de patients	Nbre moyen de médic. par patient	% des patients avec > de 5 médic.	% des patients avec > de 10 médic.
130	5,62	50	12

Toutefois, comme l'illustre la figure 1, chaque résident reçoit plusieurs prises du même médicament (courbe bleue : nombre de médicaments par jour par résident ; courbe rouge : nombre de prises par jour pour les mêmes résidents). Comme chaque prise peut être entachée d'une erreur, la courbe rouge est plus significative pour évaluer les risques liés à la préparation des médicaments que la seule connaissance du nombre de médicaments journaliers (courbe bleue)..

Figure 1



Ces données nous ont incité à nous pencher sur le circuit du médicament au sein du home afin d'en analyser les différentes étapes.

2 Origine du projet

Un groupe de travail pluridisciplinaire (soins infirmiers, médecin, personnel de pharmacie + pharmacien) a donc été créé en vue d'améliorer le circuit du médicament de la pharmacie centrale aux pensionnaires via les unités de soins. La prescription médicale en elle-même n'a pas fait l'objet des réflexions du groupe de travail. Les mesures planifiées devront s'articuler dans le cadre de l'organisation des soins dans l'établissement.

Pour réaliser ce projet, nous nous sommes posés les questions suivantes :

- Pourquoi voulons-nous procéder à un changement au niveau de la préparation des médicaments ?
- Quelles répercussions ces changements vont-ils produire sur l'organisation du travail ?
- Avons-nous les moyens humains, techniques et financiers pour procéder à ce changement ?
- Comment les utiliser de façon optimale ?
- Quelles attentions particulières devons-nous avoir pour induire au mieux ce changement ?

Pour répondre à la première question, il est nécessaire d'avoir une idée de l'état de la situation afin de pouvoir déterminer si des mesures sont nécessaires ou non. J'ai donc procédé à plusieurs visites dans les pharmacies d'unités **pour tenter de cerner les erreurs médicamenteuses du circuit sans les prescriptions médicales.**

Cela touche tout de même la moitié des erreurs médicamenteuses du circuit entier. En effet, selon Bates² les erreurs se répartissent de la manière suivante :

49% des erreurs sont liées à la prescription

51% des erreurs sont liées au circuit des médicaments proprement dit sans la prescription (11% retranscription, 14% préparation, 26% administration).

2) Bates (1995) Relationships between medication errors and adverse drug events, 1995

Durant les visites dans les unités de soins, j'ai examiné les concordances entre les dossiers de soins infirmiers et les inscriptions sur les distributeurs à médicaments journaliers.

J'ai constaté :

- des erreurs au niveau des retranscriptions du dossier via les étiquettes des distributeurs journalières
- des erreurs d'omission
- des erreurs de dosage
- des erreurs de posologie
- des erreurs d'horaire d'administration.

J'ai également examiné les conditions dans lesquels les infirmières devaient préparer les distributeurs à médicaments. J'ai constaté que celles-ci ne disposent que de très peu de place pour la pharmacie, leur local servant également de « cuisine » et de bureau.

Un passage de quelques heures dans ce local démontrait bien le va-et-vient incessant du personnel, physiothérapeutes, animateurs, médecins, résidents, etc. , perturbant ainsi considérablement la préparation journalière des médicaments.

Une partie pharmacie, très petite (2 armoires), ne permet plus un travail de qualité (disposition des médicaments, hauteur du plan de travail, lumière, possibilité de s'asseoir !).

Ces conditions matérielles pour la préparations des médicaments ne me paraissaient pas favorables, mais difficilement modifiables en raison notamment de l'architecture des lieux ou des horaires de travail des différents professionnels.

Compte tenu de ces diverses raisons, après discussion avec le groupe de travail, il a été décidé de choisir des mesures susceptibles de sécuriser le circuit du médicament en tenant compte des différents facteurs décrits ci-dessus.

Ainsi, afin de permettre une préparation des médicaments dans le calme et dans des conditions matérielles favorables, **La solution a été choisie d'introduire une préparation centralisée des distributeurs à la pharmacie de l'établissement.**

Cette solution permet en outre d'avoir une vision globale de l'utilisation des médicaments dans l'institution et en conséquence de rationaliser la gestion du stock.

3 Les objectifs

Diminuer le nombre des erreurs médicamenteuses dans le circuit du médicament, notamment en préparant les médicaments de manière centralisée à la pharmacie.

La centralisation de la préparation permettra aussi une amélioration de la gestion du stock des médicaments.

4 La méthode

Pour répondre à cet objectif, la décision a été prise de confier à la pharmacie la préparation centralisée des distributeurs nominatifs à médicaments (oraux + patch) pour une semaine de traitement.

4.1 Réorganisation du travail

Il a fallu tout d'abord se poser un certain nombre de questions concernant l'organisation du travail. Comme il existe déjà dans notre canton des homes médicalisés qui préparent les médicaments des pensionnaires de façon centralisée, je suis allé les visiter pour étudier leur organisation

Voici une synthèse des réponses à nos questions :

Quelles répercussions ces changements vont-ils produire sur l'organisation du travail ?

Afin d'être réalisable, ce projet doit prévoir les répercussions dans les changements d'horaires, au niveau :

- de la pharmacie centrale
- des unités de soins.

Le temps supplémentaire nécessaire à la pharmacie centrale a été calculé suite à une visite dans 2 institutions (Clos Brochet – Neuchâtel et Le Foyer – La Sagne), lesquelles ayant déjà recours à la préparation centralisée. En étudiant leur fonctionnement, légèrement différent de ce que j'envisageais, j'ai été en mesure d'évaluer un temps supplémentaire de 50%, ceci pour la pharmacie centrale bien entendu.

Avons-nous les moyens humains, techniques et financiers pour procéder à ce changement ?

Compte tenu de l'augmentation importante de travail à laquelle la pharmacie centrale doit faire face, le temps de travail de cette dernière a considérablement changé.

Il a fallu revoir l'horaire de la pharmacie afin de permettre son ouverture aux infirmiers quelques heures par jour. Le solde de l'horaire restant est occupé à la préparation des plateaux hebdomadaires, à la gestion du stock des médicaments et du matériel.

En réalité, il s'agit d'un transfert de charge de travail des unités de soins vers la pharmacie, ce qui permet de dégager du temps infirmier pour les soins aux patients.

Financièrement, une partie a été prélevée dans les unités du personnel soignant et, l'autre partie, dans les frais d'exploitation normale du home.

Le budget pharmacie prévoyait 1,3 unités, alors que nous avoisinons 1,56 unités. La différence de 0,26 unité est d'ores et déjà prélevée sur les unités soignantes.

4.2 Le choix du matériel

Après avoir étudié le matériel des deux homes visités, notre choix s'est porté sur les éléments suivants :

- 1 plateau Wiegand (N°791) ;



- 8 barquettes (ou distributeurs) journalières (No. 141) (= 7 jours de la semaine + 1 barquette restant dans l'unité de soins durant le jour de la préparation des plateaux). Ces barquettes ont été choisies en fonction de leur grandeur et, surtout, de leur épaisseur (facilité de rangement pour un traitement important et possibilité d'ajouts de sachets et patch). Les séparations pour les horaires de prise de médicaments (matin, midi, soir et nuit) sont amovibles. Nous pouvons ainsi accorder plus ou moins de place selon le nombre de prises de médicaments par horaire ;
- 1 chariot a été construit pour le transport des plateaux ;



- porte-carte pour coller les étiquettes mentionnant le traitement du patient. (Système très vite abandonné et sur lequel nous reviendrons plus longuement au chapitre 4.2.1).

4.3 Préparation des plateaux hebdomadaires par la pharmacie centrale

Suivant le nombre de pensionnaires séjournant dans l'unité de soins, un ½ jour à 1 jour est réservé à la préparation des plateaux par la pharmacie centrale. Durant cette période, cette dernière est fermée et l'assistante travaille seule, sans perturbations extérieures.

Un panneau «ne pas déranger» sous réserve d'urgence, est placé à la porte de la pharmacie. Un horaire est distribué aux étages mentionnant les heures pendant lesquelles la pharmacie n'est pas accessible. Le téléphone et le bip sont coupés.

Durant les essais, le chariot servant au transport des plateaux restait dans l'unité de soins. Ledit chariot se fermait à clé et les infirmières prenaient les barquettes journalières au fur et à mesure.

Par la suite, il s'est avéré que ce chariot prenait trop de place dans le local de pharmacie d'unité. Dès lors, les armoires de chaque unité de soins ont été aménagées afin d'y glisser les plateaux hebdomadaires.



Le chariot sert actuellement de transport des plateaux hebdomadaires des unités de soins via la pharmacie centrale.

4.3.1 Détails des barquettes journalières

Durant la phase d'essai, j'ai mis en place deux manières différentes pour inscrire le traitement des pensionnaires, soit :

1. Un porte étiquette où était inscrit le nom et le prénom du pensionnaire se plaçait sur le plateau hebdomadaire et était pris chaque matin avec la barquette du jour. Ce système, peu fiable, a très vite été abandonné.
2. Une étiquette (parfois deux, suivant l'importance du traitement) collée sur chaque barquette sécurisait le processus et fut adopté.

Ces étiquettes comportent les données suivantes :

- les nom et prénom du pensionnaire dactylographié
- le jour de la semaine (en couleur)
- 4 colonnes où sont inscrites les heures de prises (matin, midi, soir et nuit)
- le traitement du pensionnaire inscrit au crayon à papier.

Je suis consciente que ce dernier point n'est pas totalement adéquat en matière de qualité.

Dans la phase actuelle d'introduction du système et jusqu'à ce que les habitudes soient prises par le personnel infirmier, j'ai dû avoir recours à ce choix en raison du nombre élevé de changements de traitement.

4.3.1.1 Le Point d'interrogation (?)

Si un changement a lieu, quel que soit ce changement, un point d'interrogation (?) est collé par la pharmacie centrale sur la première barquette corrigée. Le personnel infirmier peut ainsi se référer au cahier de transmission afin de prendre connaissance de ce qui a été modifié.

4.3.2 Détails du cahier de transmission

Tous les changements de traitement sont notés dans un cahier de transmission.

Après le passage du médecin, le nouveau traitement est inscrit dans ce cahier, avec les nom et prénom du pensionnaire, la date de changement et la signature de l'infirmière.

La pharmacie centrale est avisée et gère les changements à effectuer directement sur l'unité de soins ou, si le changement est important, à la pharmacie centrale.

Le cahier est ensuite signé par la pharmacie.

Si le changement est peu important et que l'infirmière a le temps et les moyens (médicaments de réserve dans l'étage), c'est elle-même qui effectue ce changement et notifie dans le cahier de transmission que le changement a été effectué et y appose sa signature. Durant cette phase d'essai, le crayon à papier a été choisi pour l'inscription des traitements.

Le cahier de transmission contient un document (en annexe 3) appelé «Erreurs de livraison», sur lequel les infirmières peuvent noter

d'éventuelles erreurs survenant dans la préparation des plateaux hebdomadaires par la pharmacie centrale.

4.4 Modifications internes au niveau de la pharmacie centrale

Pour répondre aux besoins de la préparation centralisée, la gestion du stock de la pharmacie centrale a été modifiée.

La pharmacie centrale a été divisée en 2 zones :

1. Le stock central avec les médicaments de la liste avec quelques médicaments hors-liste à distribution multiple.
2. Des armoires fermées bien spécifiques à chaque unité contiennent le stock nécessaire à la préparation des plateaux, ceci de manière à pouvoir préparer les semainiers en restant assis.

Si un médicament est propre à une seule unité de soins, une annotation figurera à sa place dans le stock central mentionnant le numéro de l'armoire dans laquelle il se trouve, ceci afin de simplifier la recherche en cas d'urgence, lorsque la pharmacie est fermée.

Chaque armoire d'unité de soins est gérée par ordinateur, de manière à contrôler en tout temps les sorties et les retours des unités de soins.
Aucun médicament non utilisé ne séjourne dans ces pharmacies.

4.5 Stock des pharmacies d'unités de soins

Comment pallier à une éventuelle perte ou oubli d'un médicament au niveau de l'unité de soins ?

J'ai créé à chaque étage de petites boîtes regroupant 4 – 5 cprs de tous les médicaments utilisés sur les plateaux hebdomadaires propres à chaque unité de soins. Ces réserves sont remises à jour chaque semaine si des nouveaux médicaments ont été ajoutés ou supprimés.

Une liste de commande interne à l'étage permet les commandes usuelles des médicaments qui n'entrent pas dans la préparation centralisée.

- quelques médicaments gérés par l'unité de soins (Dafalgan, Tyroqualine...)
- les médicaments liquide
- les suppositoires
- les pommades.

4.6 Date limite des médicaments

Au niveau de la pharmacie centrale, le stock propre à chaque unité de soins est peu important et est renouvelé automatiquement vu qu'aucun médicament plus utilisé n'y séjourne. De ce fait, tous les médicaments se trouvant sur les plateaux hebdomadaires ont un tournus régulier et sont contrôlés automatiquement.

- Afin de sécuriser le tournus, les médicaments dans les bacs des étages seront changés 2 fois par année.
- J'ai profité de l'introduction des semainiers pour améliorer les conditions de conservation des médicaments sous forme liquide.
Lors de la distribution, une étiquette est collée sur chaque bouteille, ainsi l'infirmière n'a plus qu'à inscrire la date de première ouverture.

Une liste de la durée de conservation des médicaments liquide ouverts a été distribuée dans chaque unité.

Depuis peu, la pharmacie centrale contrôle les stocks des pharmacies d'unités.

Un contrôle trimestriel du contenu et des dates de péremption permet de garantir la qualité du stock et évite l'accumulation des médicaments échus et des médicaments plus utilisés.

4.7 Horaire de prise des médicaments

C'est un aspect important de l'administration des médicaments par voie orale. Certains médicaments font l'objet de recommandations particulières quant à leur prise en dehors des repas, par exemple.

Dans ces cas-là, une signalisation spécifique est collée sur chaque barquette journalière.

Exemple :

Eltroxin	(30 minutes avant le petit-déjeuner)
Fosamax	(étiquette spécifique + note de service distribuée à l'unité de soins et comportant toutes les explications de la prise de ce médicament).

4.8 Cas particuliers

Les traitements médicamenteux qui doivent être écrasés avant absorption.

Faisant référence à une note de service, les infirmières doivent automatiquement signaler à la pharmacie centrale de tels cas. C'est donc au niveau de la pharmacie centrale que nous réadaptions et corrigeons le traitement en faisant référence à la liste adéquate.

4.9 Formulaires de contrôles des prescriptions médicales

Afin de diminuer les risques au niveau des relevés des prescriptions médicales, un système de contrôle a été élaboré (annexe1).

Chaque semaine, une infirmière de chaque unité de soins doit contrôler (pour 2 à 3 pensionnaires) que la prescription du médecin, inscrite dans le Dossier de Soins Infirmiers = DSI, est égale aux indications figurant sur les étiquettes collées sur les barquettes journalières.

En cas d'erreurs, le formulaire Déclaration d'erreur doit être rempli (annexe 2).

4.10 Contrôle de sécurité

Il est bien entendu que les plateaux hebdomadaires quittent la pharmacie (si possible) sans erreur. Pour ce faire, un contrôle très strict est effectué sur chaque plateau terminé.

Au niveau des unités de soins, seul le nombre de médicaments est compté au moment de la préparation pour l'administration (le nom des médicaments n'est plus vérifié en raison des 2 contrôles précédents).

Un protocole pour la préparation de l'administration aux patients a été mis au point par les infirmières (non présenté).

5 Les résultats

La description de la mise en place opérationnelle de la préparation centralisée des médicaments, l'élaboration de nouveaux formulaires de contrôles et de procédures ad hoc de qualité ont fait l'objet de ce travail.

La préparation centralisée fonctionne pour l'instant à satisfaction. Plusieurs formulaires et deux procédures ont été créés en vue d'améliorer le système de qualité.

5.1 Contrôles des retranscriptions des ordres médicaux

Il y a deux formulaires :

- *Contrôle des prescriptions médicales* (voir annexe 1)
- *Déclaration d'erreurs* (voir annexe 2)

Ces 2 formulaires servent à rendre attentif le personnel infirmier quant à l'importance de la retranscription médicale. Pour l'instant, nous n'avons pas encore assez de recul pour des données chiffrées.

A titre préventif, pour diminuer les erreurs de retranscription, un accord a été convenu avec les médecins. Ces derniers, en plus de noter, dans le Dossier de Soins Infirmiers de chaque pensionnaire, le traitement modifié, indiquent dans le cahier de rendez-vous médical de l'unité de soins, à la suite du nom du patient : *voir DSI (dossier de soins infirmiers) en rouge.*

Le personnel est donc informé qu'un changement a été opéré au niveau du traitement.

5.2 Contrôle des erreurs de livraison

Il y a un formulaire :

- *Bulletin d'erreur de livraisons des médicaments par la pharmacie* (voir annexe 3)

Comme mentionné sous point 4.3.2, ce document reste dans le cahier de transmission afin de m'informer sur d'éventuelles erreurs commises durant la préparation des plateaux hebdomadaires par la pharmacie centrale.

5.3 Enquête de satisfaction

Il y a un formulaire :

- *Evaluation de la préparation des médicaments par la pharmacie* (voir annexe 4)

Ce questionnaire est conçu de manière à connaître les points faibles de la préparation globale des plateaux hebdomadaires.

Cette enquête de satisfaction va donc me permettre d'améliorer le système.

5.4 Procédures

Deux nouvelles procédures ont été créées pour standardiser la mise en place du traitement lors de l'entrée d'un nouveau pensionnaire et pour commander un médicament ne figurant pas dans la liste.

- *Entrée d'un nouveau pensionnaire* (voir annexe 5)
- *Traitement d'une demande de médicament non-stock* (voir annexe 6)

Les deux protocoles susmentionnés entrent dans notre « système de qualité ».

6 Discussions

Un(e) infirmier(ère) de chaque unité se joint à moi, afin de peaufiner la structure en place. Le but de ces réunions vise à améliorer les différents composants de ce nouveau projet en favorisant l'utilisation des idées et en bénéficiant de l'expérience des infirmiers/infirmières.

Du point de vue infirmier, le désavantage de ce projet, régulièrement soulevé, est la perte notoire de connaissance des traitements étant donné que la préparation a lieu dans la pharmacie centrale. Toutefois, le recours au document de contrôle des prescriptions médicales (annexe1) permet au personnel Infirmier non seulement de vérifier la concordance des informations figurant sur les différents supports, mais aussi de prendre connaissance des traitements prescrits. Ce qui remédie, en quelque sorte, au défaut relevé.

De mon point de vue, 2 problèmes encore non résolus se posent :

- l'inscription au crayon à papier sur les barquettes reste un point à améliorer. Les corrections des traitements ne sont pas « visibles » puisque l'on peut effacer sans laisser de traces.

- Les traitements qui peuvent être modifiés avec oubli de transcription sur le cahier de transmission et passer ainsi inaperçus au niveau de l'unité de soins ou de la pharmacie.

Présentement, je suis encore en phase d'étude pour ce projet qui pose problème pour les patients dont le traitement est changé fréquemment.

Une des solutions à apporter pour remédier à ces problèmes consisterait, par exemple, en une application de prescriptions informatisées dans laquelle le médecin inscrirait ses ordres et ensuite l'étiquette à coller sur les barquettes serait imprimée. A l'heure actuelle, il n'y a pas de projet de cet ordre en cours dans notre institution.

7 Conclusions et perspectives

Secondée par les infirmières, les médecins et le pharmacien, je suis très satisfaite du travail accompli jusqu'à présent.

Le circuit du médicament dans notre institution a été simplifié et la sécurisation améliorée.

En outre, grâce à ce projet, la collaboration entre les médecins, le personnel soignant et la pharmacie s'est renforcée, ce qui a permis d'anticiper d'éventuelles tensions résultant de malentendus dans la communication. Par exemple, j'ai moins de précisions à demander sur les prescriptions médicales, comme le dosage, la forme pharmaceutique ou les génériques comme c'était le cas précédemment. Le médecin prend contact directement avec la pharmacie en cas de doute sur la disponibilité d'un médicament.

J'ai aussi été agréablement surprise de constater que la mise en place de ce nouveau mode de préparation des médicaments n'a pas rencontré de résistance insurmontable auprès du personnel soignant de l'institution. Au contraire, chacun s'est senti concerné. C'est grâce à cet état d'esprit positif que ce changement majeur dans le circuit du médicament a pu avoir lieu au bénéfice du patient.

Les formulaires annexés permettront d'obtenir des données statistiques sur les erreurs rencontrées. Ils vont m'aider à améliorer le système et éventuellement m'orienter vers certaines faiblesses en plus de celles mentionnées sous point 6.

8 Bibliographie

Marie-Claude Saux, 2005, Le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, Société Française de pharmacie clinique (SFPC) page 9 et 27. Editions ESE Montry.

Bates D.W., Boyle D.L., Van der Vliet M.B. et al. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J.Gen. Intern. Med.*, 1995, Vol. 10 p. 199-205

Documents utilisés pour le travail (mais pas cités) :

Schmitt E. Le risque médicamenteux nosocomial : circuit hospitalier du médicament et qualité des soins. Masson Editeur, Paris, Collection « Evaluation et Statistique » , 1999

Bernheim C. Analyse méthodologique du risque nosocomial d'erreur médicamenteuse. *Ecole Centrale Paris 2003*

9 Annexes

1. Contrôle des prescriptions médicales
2. Déclaration d'erreurs
3. Bulletin d'erreurs de livraisons des médicaments par la pharmacie
4. Evaluation de la préparation des médicaments par la pharmacie
5. Entrée d'un nouveau pensionnaire
6. Traitement d'une demande de médicament non stock.