

MISE EN PLACE D'UNE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Tout sauf un long fleuve tranquille



Se poser les questions de départ
afin de mettre en place une
distribution nominative

- **Le service justifie à priori t-il de ce type de dispensation** : *tableau Philippe Rabiller*
- Si la gamme est large et les changements nombreux (type service porte), la dispensation nominative est indispensable
 - Si la gamme est étroite et les changement nombreux (type réa), la dispensation nominative n'est pas recommandée
- **D'où vient la volonté ?**
 - *Pharmacie*
 - *DSSI*
 - *Direction*
 - *AUTRES*

Si la volonté vient de la seule pharmacie, quel est le levier du changement ?



Si la volonté vient de la seule pharmacie, quel est le levier du changement ?

- **Respecter la réglementation du 31 mars 1999**
 - Attention danger, quels sont les soutiens, **personne ne la respecte et n'a envie de la faire respecter.**
 - Penser que beaucoup d'établissements tirent le circuit vers le bas
- **Réduire l'erreur médicamenteuse**
 - Qu'est ce qui vous le prouve ?
 - La pharmacie ne commet-elle jamais d'erreur ?

- **Réduire les gaspillages**

Ce ne sont pas les bons leviers en général

Comprendre que....

Chacun gagne à changer le circuit
mais pas pour les mêmes raisons

Pour les prescripteurs



- leur permettre de disposer des moyens actuels pour réaliser une prescription avec les meilleures garanties de sécurité
- s'assurer que leurs prescriptions sont réellement suivies
- disposer des éléments indispensables pour être un ordonnateur de dépense avisé

Pour les Infirmières

- leur permettre de disposer de l'ensemble des éléments pour pouvoir réaliser une administration de médicament en toute sécurité
- leur économiser un temps précieux en tâches de recopiage et de préparation de médicament au profit de leurs activités de soin.



Pour les gestionnaires

- permettre une meilleure gestion des finances publiques avec une rigueur normale en période de difficulté budgétaire tout en assurant une meilleure protection médico-légale
- Liaison PMSI et coût par G H M
- Mise en place de la tarification à l'activité (T2A)

Circuit du médicament et T2A

- Au cours de la T2A les établissements pourront affecter les dépenses des médicaments coûteux par séjour.
- Toutefois le remboursement ne sera total que si l'établissement signe avec l'ARH un contrat de bon usage.
- Ce contrat, en matière de bon usage du médicament, pourra concerner la mise en place de la dispensation nominative des médicaments.

Pour beaucoup enfin...

- fiabiliser le circuit actuel qui ouvre la porte à un ensemble de déviations ou de tentations capables de nuire gravement à l'intégrité physique ou psychique des individus.

Si la volonté vient de la DSSI, quel est le levier ?

- Respecter la réglementation du 31 mars 1999 et du décret de compétence infirmière
- Remettre les infirmières au cœur de leur métier
- Régler des comptes avec le corps médical

Si la volonté vient de la Direction, quel est le levier ?

- Respecter la réglementation du 31 mars 1999 et du décret de compétence infirmière
- Maîtriser les dépenses en médicaments
- Répondre aux réserves de l'accréditation
- Résoudre la pénurie d'infirmière
- T2A

Les autres leviers improbables

- Inspection
- Médecins
- Cour des comptes
- Comité du médicament

Les leviers sont bons et bien huilés, on met en place une distribution nominative

- **Tester le ressenti du service mis en place**
 - Sait il ce que c'est ?
 - Service infirmier est il craintif, neutre, partant, demandeur....
 - Médecin est il opposé, indifférent, partant, demandeur

Bref y a-t-il volonté de changement ?

Quelle type de distribution nominative

- ***Les prescriptions sont elles fréquemment modifiées ?***
- ***Quel est l'effectif dont la pharmacie dispose***

Comment est le support de prescription

EST IL INFORMATISE ?

- Saisie médicale, infirmière ou pharmacie
- Est il en relation avec un système d'aide à la prescription fiable ?
- Permet il de faire les sorties directement ?

Certains affirment qu'il est impossible de faire de la distribution nominative sans prescription informatisée

Comment est le support de prescription

SUPPORT PAPIER

- Support uniforme
- Clairement rempli et complet
- Signé
- Les arrêts sont ils notés ?
-

Bref est il directement exploitable

Où va se faire la délivrance des médicaments

• A LA PHARMACIE

- Si les locaux sont suffisants
- Organiser les relations avec le service
- Prévoir une armoire d'urgence
- Prévoir les entrants ou modifications de prescription. Qui va effectuer les modifications.

Ou va se faire la délivrance des médicaments

- **SI C'EST A LA PHARMACIE**

- Prévoir un endroit calme
- Choisir les postes de cueillette de façon ergonomique (les préparateurs n'aiment pas travailler assis)
- Multiroirs, distribac, bacs à bec, rotatifs
- Prévoir un poste de travail par service ou un petit nombre de service
- Pas trop éloigné des réserves
- Penser aux sorties

Ou va se faire la délivrance des médicaments

- **DANS LE SERVICE DE SOINS OU A PROXIMITE**

- Si les locaux sont insuffisants à la pharmacie
- Organiser les relations avec la pharmacie notamment responsabilité du pharmacien
- Prévoir le renouvellement de la dotation
- Organiser la permanence à l'accès du local pendant les heures de non présence pharmaceutique

IL Y A AUTANT D'AVANTAGES A L'UN OU A L'AUTRE SYSTEME

	DJIN			DHIN		
	TOTALE	GLOBALISEE /MALADE	GLOBALISEE/ SERVICE	TOTALE	GLOBALISEE/ MALADE	GLOBALISEE/ SERVICE
Prescription Informatique						
Prescription manuelle						
Economie temps préparateur						
Economie temps infirmier						
Lutte EM & gaspillage						
Pas de reconditionnement						
Prescriptions peu modifiées						
Beaucoup de modifications						
Diminuer travail sorties						

PREPARATION A LA DISTRIBUTION NOMINATIVE (DN)

- Définir en concertation avec le service des heures limites de réception des ordonnances et de remontée des traitements
- Déterminer les conséquences de l'absence de prescriptions dans le service (supports papiers) pendant le temps de préparation et chercher les solutions en cas d'urgence
- Etablir la liste des médicaments à mettre dans les postes de cueillette
- Se mettre d'accord avec le pharmacien responsable des achats sur les médicaments à acheter pour la D N
- Définir ce qui va être fait en DN (formes unitaires sèches, injectables, aérosols, suppos...). Si les formes multiples sont individualisées l'organisation est très différente.
- Organiser le travail du samedi/dimanche et connaître les sorties
- Penser aux grèves....

LE ROLE IMPORTANT DU PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE EN AMONT DE LA PRESCRIPTION MEDICALE

- **Organise les postes de cueillette**
- **Les remplit avec vérification**
- **Gère les péremptions**
- **Reconditionne les formes vrac ou non unitaires ainsi que les moitiés (au moins 5 minutes pour 30 formes avec un système type practidose). Ce reconditionnement doit être vérifié**
- **Etiquette les distributeurs**
- **Gère les inventaires**

LE ROLE IMPORTANT DU PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE AU MOMENT DE LA PRESCRIPTION MEDICALE ET EN AVAL

- **Réceptionne les ordonnances**
- **Vérifie leur conformité réglementaire et faisabilité**
- **Délivre les médicaments**
- **Fait une analyse de la prescription (bon dosage, bon moment voire plus...)**
- **Signale au pharmacien toute anomalie**
- **Modifie la prescription après analyse pharmaceutique**
- **Organise avec le pharmacien, la délivrance des médicaments non habituels (Hors stock, échantillons, équivalences, associations...)**
- **Réalise les sorties informatiques**
- **Apporte les médicaments aux services et communique avec les soignants**
- **Note sur un cahier de transmission les infos pour les collègues du lendemain ou de substitution**
- **Enregistre les retours**

IL N'Y A PAS DE DISTRIBUTION NOMINATIVE SANS ANALYSE PHARMACEUTIQUE

- Elle porte sur
 - Les bonnes posologies, la bonne voie
 - Le respect des précautions et contre indications
 - La surveillance à préconiser
 - L'absence d'I A M
 - La compatibilité du médicament avec la physiopathologie du malade
 - Les conseils sur le bon moment d'administration des médicaments ou la bonne façon
 - La proposition d'équivalence
 - La proposition de substitution voie injectable/voie orale
 - La teneur en sucre ou sel de certains médicaments
 - Les risques en cas d'arrêt brusque
 - Une durée de traitement apparemment trop longue
 - Les médicaments que l'on peut broyer

LES PIEGES DE LA DISTRIBUTION NOMINATIVE

- Bien connaître comment ça marche (ordre soir, nuit, matin midi)
- Prévoir 8 jours pour la DHIN
- Les modifications des week end
- Gestion des protocoles
- Jours pairs et impairs
- Le cas de l'amiodarone
- Les « si besoin » et toutes prescriptions conditionnelles
- Le départ des patients/les blocs
- Les malades qui gèrent seuls leur traitement
- Les ordonnances externes non prises en charge
- Les services de chirurgie
- La non prise en comptes des avis pharmaceutiques
- Les modifications de traitement
- Les prescriptions des anesthésistes
- Les ¼ de comprimé

ESTIMATION DE TEMPS EN DJIN

- Distribution au moins 1h15 à 1H30 pour 25 malades sans recontrôle (30 minutes de plus avec recontrôle) avec sortie code à barre. Prévoir 30 minutes de plus si sorties comptabilisées à la main. Attention, le temps ne se multiplie par 2 ou 3 si l'on fait plusieurs jours.
- Remplissage poste cueillette (5 heures/semaine pour 3 postes)
- Conditionnement (5 à 10 minutes/30 médicaments avec practidose). Prévoir 45 minutes par jour par service
- Communication environ 15 minutes/service
- Opérations annexes (retour, étiquetage, entretien postes et distributeurs...) 1 heure 30 par semaine
- Analyse pharmaceutique 20 minutes par service
- Inventaire 5 heures pour 400 médicaments
- Péréemption 2 heures tous les mois pour 400 médicaments

UN TEMPS PREPARATEUR DE 30 HEURES PAR SEMAINE semble indispensable pour 50 malades si l'on veut faire les choses complètement. L'informatisation ne devrait pas modifier le temps car il faut rechercher les prescriptions modifiées et éditer.

IL N' EST PAS POSSIBLE DE FAIRE POUR UN PREPARATEUR PLUS DE 2 SERVICES PAR JOUR CAR LE RISQUE D' ERREUR AUGMENTE BEAUCOUP

ESTIMATION DE TEMPS EN DHIN

Distribution au moins 1H30 à 2 H pour 25 malades par semaine sans recontrôle (30 minutes de plus avec recontrôle) avec sortie code à barre. Prévoir 30 minutes de plus si sorties comptabilisées à la main. Attention, le temps ne se multiplie par 2 ou 3 si l'on fait plusieurs jours.

- Remplissage poste cueillette (5 heures/semaine pour 3 postes)
- Conditionnement (5 à 10 minutes/30 médicaments avec practidose). Prévoir 2 H par semaine par service de 40 lits
- Communication environ 15 minutes/service
- Opérations annexes (retour, étiquetage, entretien postes et distributeurs...) 1 heure 30 par semaine
- Analyse pharmaceutique 10 minutes par service
- Inventaire 5 heures pour 400 médicaments
- Péréemption 2 heures tous les mois pour 400 médicaments

UN TEMPS PREPARATEUR DE 10 HEURES PAR SEMAINE semble indispensable pour 50 malades si l'on veut faire les choses complètement. L'informatisation ne devrait pas modifier le temps car il faut rechercher les prescriptions modifiées et éditer.

IL N' EST PAS POSSIBLE DE FAIRE POUR UN PREPARATEUR PLUS DE 2 SERVICES PAR JOUR CAR LE RISQUE D' ERREUR AUGMENTE BEAUCOUP

INDICATEURS

- Les points à lister
 - Oubli de médicament
 - Blister vide ou mal identifié
 - Médicament non identifiable
 - Erreur dans la chronologie ou le moment
 - Erreur de dosage
 - Erreur de forme
 - Equivalence entre médicament prescrit et médicament dispensé non signalée
 - Distributeur mal identifié ou déclassé
 - Divers

INDICATEURS DE PERFORMANCE

- Nombre d'erreurs constatées par la pharmacie/nombre total d'ordonnances ou de médicaments
- Nombre d'erreurs constatées par le service de soins/nombre total d'ordonnances ou de médicaments
- Nombre de médicaments en stock manquants/nombre total de médicaments dispensés
- Nombre de médicaments non donnés/nombre total de médicaments dispensés
- Temps passé par préparateur/nombre total d'ordonnances ou de produits
- Nombre de modifications de traitements/nombre d'ordonnances
- Coût total du processus/nombre d'ordonnances
- Evolution du coût des dépenses du service

INDICATEURS DE QUALITE

- Nombre d'opinions effectuées/nombre total d'ordonnances; peut être classé par niveau de gravité ou par type d'opinion
- Nombre d'équivalences proposées/nombre total d'ordonnances ou de médicaments
- Nombre d'opinions suivies/nombre total d'opinions effectuées



DE/RECONDITIONNEMENT DES MEDICAMENTS

- La nécessité de déconditionner un médicament, c'est-à-dire de l'extraire totalement de son article de conditionnement puis de le reconditionner selon une présentation adéquate se pose ainsi fréquemment sans que cette pratique ne soit validée.
- Un article récent du Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens (n°380 ; novembre 2003 :p337-346) fait remarquablement le point pour l'officine mais beaucoup de données sont extrapolables à la PUI.



DE/RECONDITIONNEMENT DES MEDICAMENTS

- Le conditionnement des médicaments joue un rôle fondamental dans la qualité, la sécurité, la traçabilité et le bon usage du médicament au point qu'ils sont parfois totalement indissociables. Pourtant ce conditionnement peut s'avérer déficient en distribution nominative des médicaments soit parce qu'il est absent (vrac), non identifiable pour chaque forme galénique, incomplet. Il ne permet dans ces conditions à l'infirmière d'assurer l'acte indispensable de s'assurer que le médicament délivré est conforme à la prescription médicale et qu'elle peut assurer sa distribution ou administration en toute sécurité.



DE/RECONDITIONNEMENT EST IL INTERDIT ?

- **La réponse est clairement non comme en témoignent certains articles du CSP**
- Article 5015-48 : « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance (...) 2° La préparation éventuelles des doses à administrer.
- Article R 5014-15 : le code évoque l'éventualité du déconditionnement des spécialités au seins des PUI « en vue de leur incorporation dans une préparation ». Dans cette acception, il convient de se demander si on a à faire à des préparations hospitalières demandant une autorisation préfectorale



DE/RECONDITIONNEMENT EST IL SANS RISQUE ? NON

Le risque est médico-légal :

Le conditionnement des médicaments est un des éléments de l'AMM de la spécialité. Celle-ci est vouée à être délivrée telle quelle dans son conditionnement originel intact. Rappelons à ce sujet la définition d'une spécialité : « tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale » (article L.5111-2). Dès lors, il est possible de considérer que l'opération de déconditionnement fait que la spécialité concernée n'est en quelque sorte plus une « spécialité » mais occupe alors un statut non défini réglementairement.

De ce fait, le producteur de médicaments peut légitimement invoquer qu'il n'est plus le seul responsable en cas de défectuosité constatée sur le médicament distribué au malade. De ce fait le déconditionnement/reconditionnement induit nécessairement un partage de responsabilité en ce qui concerne l'efficacité, l'innocuité, la stabilité et la traçabilité du médicament. Ce risque est d'autant plus à prendre en compte que ni le patient, ni le prescripteur ne sont demandeurs de tels actes.



DE/RECONDITIONNEMENT EST IL SANS RISQUE ? NON

Le risque est sanitaire :

Tout dé/reconditionnement des médicaments n'est pas une opération neutre sur le plan sanitaire :

- Que devient la stabilité du médicament à l'air, humidité, lumière... ?
- Faut il maintenir les mêmes dates de péremption ?
- Le système de scellage n'induit il pas une détérioration du médicament ?
- Risques de confusions, contaminations bactériennes
- Maintient de la traçabilité.

DE/RECONDITIONNEMENT DES MEDICAMENTS

Au total, si les opérations de déconditionnement puis de reconditionnement des médicaments sont utiles voire indispensables en distribution nominative, ce sont des actes techniquement et légalement exigeants nécessitant e mettre en place un système de qualité performant.

