

Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

*Ce document a été validé le 20 juin 2012 par le Comité Stratégique de l'OMéDIT Centre
et réactualisé le 4 décembre 2013*

Préambule

Ce document est destiné à **orienter** les établissements dans l'identification des principales lignes directrices de la politique du médicament qu'il convient d'écrire et de mettre en œuvre.

Ces lignes directrices visent à améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse, axe stratégique de la politique qualité et gestion des risques et du projet d'établissement.

Elles sont à **adapter à partir de l'état des lieux propre à chaque établissement**, dont l'analyse va permettre de prioriser les actions à mener, selon un calendrier établi avec des indicateurs de suivi.

Les intentions et orientations de l'établissement devront porter *a minima* sur :

- la politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) - Gestion des risques,
- le circuit de la prise en charge médicamenteuse à toutes les étapes du processus,
- l'éducation thérapeutique,
- l'efficacité de la prise en charge du patient,
- les vigilances sanitaires,
- la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé.

Les indicateurs proposés prennent en compte :

- les indicateurs nationaux (IPAQH, HAS, ICATB2),
- les indicateurs du Contrat de Bon Usage de la Région Centre.

Cette politique ne concerne pas la prise en charge des patients par des dispositifs médicaux dont les spécificités sont telles qu'elles nécessitent d'être traitées dans un autre document.

Ce document a été élaboré par la commission « Qualité de la prescription à l'administration ».

Ce document a été validé le 20 juin 2012 par le Comité Stratégique de l'OMéDIT Centre et réactualisé le 4 décembre 2013

Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient

La politique d'amélioration de la qualité de prise en charge médicamenteuse est un axe stratégique de la politique **qualité et gestion des risques** et du projet d'établissement.

Le représentant légal de l'établissement de santé, après concertation avec le président de la commission ou conférence médicale d'établissement **arrête l'organisation** de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins et notamment ceux associés aux médicaments.

Cette organisation vise :

- à mettre en oeuvre des **actions de formation** et des **actions de communication** en direction des personnels et des usagers permettant de développer la **culture de sécurité** dans l'établissement,
- à disposer d'une expertise relative à la **méthodologie de gestion des risques** associés aux soins, en particulier **l'analyse des événements indésirables**,
- à permettre à la commission ou conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires pour proposer un **programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi**, en vue de **lutter contre les événements indésirables associés aux soins**,
- à permettre à la commission ou conférence médicale d'établissement de disposer des éléments nécessaires à l'élaboration d'un **bilan annuel des actions mises en oeuvre**,
- à assurer la cohérence de l'action des personnels qui participent à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins.

A ce titre, la commission ou la conférence médicale d'établissement élabore un **programme d'actions**, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de **bon usage des médicaments**.

Ce programme contribue au **management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse** du patient tel que défini par l'arrêté du 6 avril 2011.

Il est intégré au programme d'actions **d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité** des soins mentionné aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du Code de la santé publique.

Ce programme d'actions s'écrit en tenant compte de la **certification V2010**, de **l'arrêté du 6 avril 2011, du Contrat de Bon Usage, des plans et programmes nationaux** (Alzheimer, Cancer, AVK, antibiotiques, sécurité des patients, PHARE, ...).

Démarche

L'écriture de la politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient **associe** la Direction, la CME, l'ensemble des professionnels et le patient dans le respect de la réglementation.

Cette politique est **formalisée**, elle est **intégrée au projet d'établissement et au programme qualité et sécurité**.

Ce projet se base sur un **état des lieux** dont l'analyse va permettre de **prioriser les actions à mener**, selon un **calendrier** établi avec des **indicateurs de suivi**.

Cet état des lieux s'appuie notamment sur :

- les résultats des différentes visites de certification,
- les comptes rendus des visites d'inspection,
- l'avis de l'ARS sur le respect des engagements pris dans le cadre du Contrat de Bon Usage et du CPOM,
- la cartographie des risques, le bilan des CREX et RMM liés à la prise charge médicamenteuse.

1 Contexte réglementaire

- loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
- loi du 9 juillet 2009 et décrets d'application :
 - décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009,
 - décret n° 2010-439 du 30 avril 2010,
 - décret n° 2010-656 du 11 juin 2010,
 - décret n° 2010-1029 du 30 août 2010,
 - décret n° 1408 du 12 novembre 2010.
- décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS (en cours de révision),
- article L. 6113-3 du Code de la santé publique et le Manuel de certification V2010 (révisé 2011), chapitre 2, référence 20, critères 20.a et 20.b,
- arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité,
- tout texte relatif aux actes professionnels.

2 Politique de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient (PECM) - Gestion des risques

Cette politique s'inscrit dans la politique globale de lutte contre les événements indésirables associés aux soins et dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

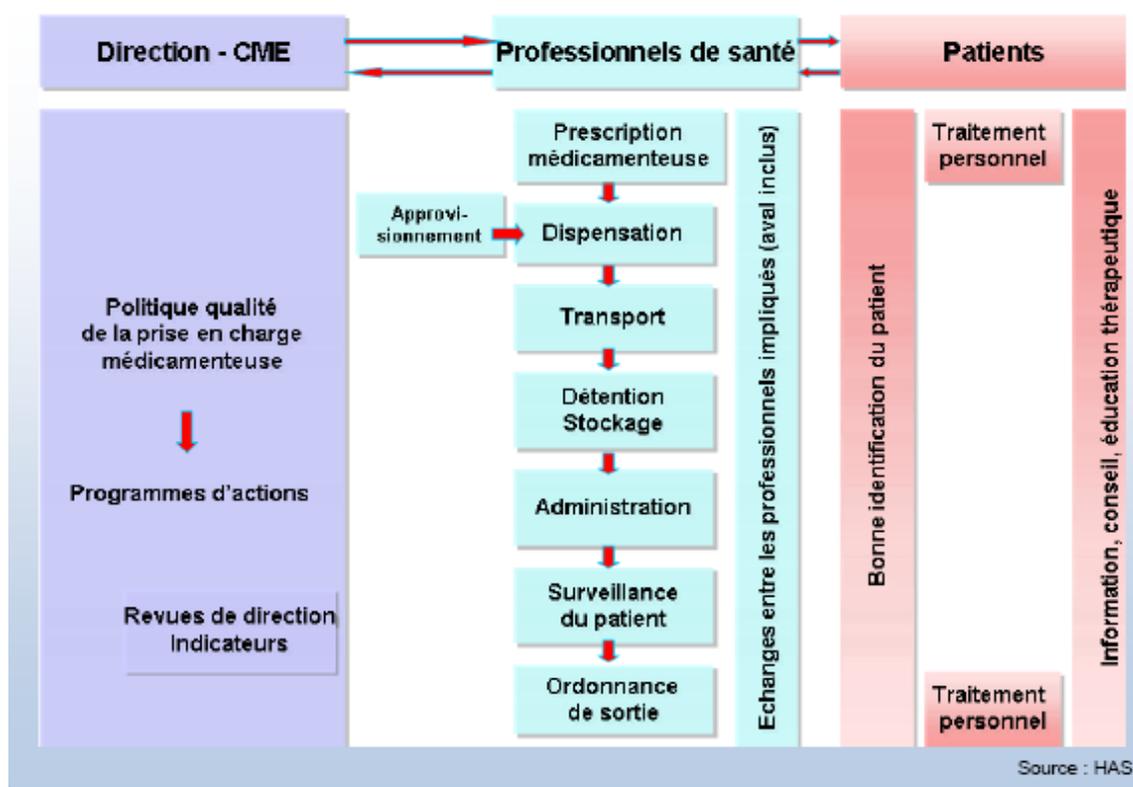
Elle a pour **objectif prioritaire la diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable** et s'appuie sur un **portage institutionnel** fort, partagé par la Direction et le Président de la CME afin de :

- ☞ développer un management de la qualité (objectifs, indicateurs de suivi, calendrier, système documentaire, organigramme, fiches de poste),
- ☞ élaborer un programme d'actions,
- ☞ partager une vision systémique de la PEM et une culture collective des risques,
- ☞ élaborer un programme d'action, avec indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

Indicateurs :

- validation de la politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient par la CME (procès verbal),
- désignation du responsable du système de management de la qualité de la PECM,
- définition des missions du responsable du système de management de la qualité de la PECM,
- organigramme et fiches de poste de tous les professionnels impliqués dans la PECM,
- système documentaire et son lien de gestion obligée, fonctionnelle et intégrée à la gestion documentaire institutionnelle,
- animation et coordination d'une politique de bon usage par la CME ou sa sous commission dédiée, impliquant des représentants de tous les professionnels de santé acteurs de la PECM, avec une participation médicale significative et une fréquence régulière,
- formation du personnel sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (thèmes, nombres de participants),
- identification des médicaments à risque et des patients à risque notamment des personnes âgées,
- engagement de la direction et de la CME à la mise en œuvre de CREX :
 - incitation à la déclaration interne et gestion au sein de l'établissement de santé des événements indésirables, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la PECM : Nombre d'erreurs concernant le circuit du médicament,

- mise en œuvre d'une méthodologie appropriée et validée (priorisation, analyse collective et interdisciplinaire des causes, proposition d'actions d'amélioration, partage du retour d'expérience, suivi des actions, ...),
- nombre de CREX tenus,
- nombre d'analyses menées,
- nombre d'actions correctives mises en œuvre (l'évaluation de ces actions est souhaitée),
- actions de communication dans l'établissement.
- conduite et mise en œuvre de la cartographie des risques liés à la PEM,
- priorisation des actions issues des analyses de risques *a priori et a posteriori*,
- évaluation des actions : diminution des never events,
- programme d'actions en matière de bon usage des médicaments (diffusion de recommandations, ...),
- participation et implication des professionnels de l'établissement à l'OMÉDIT.



3 Circuit de la prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse en établissement de santé doit assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie, dans les bonnes conditions.

Elle implique :

- la maîtrise des processus (prescription, dispensation, transport, administration et surveillance thérapeutique du patient),
- la continuité de la prise en charge en documentant l'exhaustivité du traitement médicamenteux lors de transferts et de la sortie,
- une coordination efficace avec les professionnels de ville,
- le développement de l'informatisation à toutes les étapes du processus de la PEM.

✓ Prescription

Les prescripteurs habilités à prescrire dans l'établissement sont identifiés et une procédure de mise à jour est opérationnelle. Un recueil des signatures est en place (y compris pour les sages-femmes, dentistes, ...).

La prescription est établie sur un support unique par secteur, de la prescription à l'administration, manuel ou informatisé. Les prescriptions doivent être conformes à la réglementation.

Les prescriptions d'admission et de sortie prennent en compte les traitements personnels des patients.

Des outils d'aide aux bonnes pratiques de prescription sont en place :

- informatisation en lien avec une base de données certifiée HAS,
- livret thérapeutique,
- liste des médicaments à risque,
- prescriptions nominatives pour liste antibiotiques à dispensation contrôlée, produits liste en sus, MDS...,
- protocoles pré établis,
- accès aux référentiels de bon usage, recommandations HAS, ANSM, INCA, sociétés savantes, OMÉDIT Centre...

Indicateurs :

- liste des prescripteurs habilités actualisée avec nouveaux prescripteurs, disponible à la PUI,
- procédure de gestion des traitements personnels avec information du patient,
- réflexions en cours autour d'une démarche de conciliation médicamenteuse,
- livret thérapeutique régulièrement actualisé identifiant les médicaments à risque et les spécificités des patients à risque (pédiatrie, gériatrie, antibiotiques, produits de la liste en sus,...),
- informatisation de la Prescription (lits MCO et tous services) :
 - *numérateur* : nombre de lits et places MCO bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans le service de soins,
 - *dénominateur* : nombre de lits et places installés en MCO.
- *Lits MCO* {
- *Tous services* {
 - *numérateur* : nombre de lits et places bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans le service de soins,
 - *dénominateur* : nombre de lits et places installés.
- prescriptions nominatives pour liste antibiotiques à dispensation contrôlée, produits liste en sus, MDS...,
- indicateurs IPAQSS :
 - tenue dossier patient,
 - prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde (IDM) après la phase aigue,
 - réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (uniquement pour les établissements autorisés à l'activité de cancérologie).
- indicateur ICATB :
 - protocole sur l'antibioprophylaxie chirurgicale,
 - protocole sur l'antibiothérapie de première intention.
- prescription des médicaments hors GHS :
 - *numérateur* : nombre de patients ayant eu des prescriptions en initiation de traitement dans le cadre de l'AMM,
 - *dénominateur* : nbre total patients ayant eu des prescriptions en initiation de traitement.
- *AMM* {
- *PTT/RTU* {
 - *numérateur* : nombre de patients ayant eu des prescriptions en initiation de traitement dans le cadre d'un PTT/RTU,
 - *dénominateur* : nbre total patients ayant eu des prescriptions en initiation de traitement.
- *Hors AMM et hors PTT/RTU* {
 - *numérateur* : nombre de patients ayant eu des prescriptions en initiation de traitement hors AMM et hors PTT/RTU,
 - *dénominateur* : nbre total patients ayant eu des prescriptions en initiation de traitement.

✓ Dispensation

La dispensation est définie dans le Code de la Santé Publique (article R. 4235-48) comme l'acte pharmaceutique associant à la délivrance des médicaments :

- l'analyse pharmaceutique de la prescription médicale,
- la préparation éventuelle des doses à administrer,
- la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament (conditions de conservation des médicaments ...).

✓ Analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique comprend l'analyse réglementaire et l'analyse pharmaco-thérapeutique de la prescription.

L'analyse pharmaco-thérapeutique consiste notamment à vérifier :

- la cohérence et la pertinence des prescriptions,
- les éventuelles redondances pharmaco-thérapeutiques,
- les posologies (doses, durées et rythmes d'administration),
- les compatibilités ou incompatibilités physico-chimiques,
- les interactions pharmacodynamiques, pharmacocinétiques, cliniques ou contenant-contenu, les effets indésirables potentiels.

Sa mise en œuvre est favorisée dans l'établissement en permettant au pharmacien de disposer des pré requis suivants :

- disposer de la totalité de la prescription informatisée ou papier, sans retranscription,
- accès aux données biologiques et cliniques du patient,
- accès aux informations techniques sur le médicament,
- acquisition de compétences si nécessaire.

L'établissement dote les professionnels qui participent à l'analyse des prescriptions en matériels informatiques et télécommunications pour disposer des informations nécessaires. Il favorise l'accès au dossier pharmaceutique.

L'émission d'avis pharmaceutiques est faite avec compétence et discernement et ces avis sont pris en compte par les prescripteurs.

A défaut de pouvoir mener une analyse pharmaceutique de l'ensemble des prescriptions, l'établissement fixe ses priorités et ses objectifs de développement qu'il conviendra de préciser :

- médicaments à risque,
- patients à risque,
- services à risques, ...

Indicateurs :

- nombre de prescriptions complètes analysées par an,
- nombre d'avis pharmaceutiques émis et, si possible, taux mis en œuvre,
- nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique :

Lits MCO	{	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>numérateur</i> : nombre de lits et places MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient en lien avec le dossier médical des patients,▪ <i>dénominateur</i> : nombre de lits et places installés en MCO.
Tous services	{	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>numérateur</i> : nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient en lien avec le dossier médical des patients,▪ <i>dénominateur</i> : nombre de lits et places installés.

✓ Délivrance des médicaments - Préparation des doses à administrer – Préparations magistrales et hospitalières

Le développement de l'informatisation des prescriptions permet le développement des délivrances individuelles nominatives après analyse pharmaceutique.

A défaut de pouvoir organiser une délivrance individuelle nominative de l'ensemble des prescriptions, l'établissement fixe ses priorités et ses objectifs de développement qu'il conviendra de préciser :

- délivrance individuelle nominative :
 - dans les services de SSR et long séjour,
 - de médicaments :
 - ☞ à risque,
 - ☞ inscrits sur la liste en sus,
 - ☞ antibiotiques à dispensation contrôlée,
 - ☞ médicaments dérivés du sang,
 - ☞ stupéfiants,
 - ☞ ATU,
 - ☞ essais cliniques, ...
- délivrance individuelle nominative reglobalisée après analyse pharmaceutique,
- délivrance globale sans analyse pharmaceutique en renouvellement d'une dotation adaptée, préalablement définie par le pharmacien et le médecin responsable de l'unité de soins ou à défaut celui désigné par l'ensemble des prescripteurs concernés. Les dotations de service sont revues annuellement.

La sécurisation de la préparation des doses à administrer s'appuiera sur :

- l'utilisation du conditionnement unitaire,
- l'analyse pharmaceutique,
- le contrôle des piluliers,
- le déploiement de mesures d'automatisation (stockeurs rotatifs facilitant la « cueillette » des médicaments, robot assurant la délivrance nominative, armoires à pharmacie sécurisées dans les unités de soins).

La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament qu'il convient de trouver dans le livret thérapeutique porte notamment sur :

- les conditions de conservation des médicaments,
- les durées d'ouverture,
- la possibilité d'ouvrir les gélules et de broyer les comprimés,
- les correspondances DCI ↔ spécialités,
- les cahiers de surveillance spécifiques, ...

La préparation de médicaments (hospitalière ou magistrale) est réalisée en conformité avec les bonnes pratiques de préparation (BO n°2007/7bis) par la PUI dument autorisée ou organisée dans le cadre d'une sous-traitance donnant lieu à convention.

L'activité de préparation des chimiothérapies anticancéreuses répond aux critères d'agrément de l'INCa. L'informatisation est favorisée.

Indicateurs :

- ordonnances spécifiques :
 - antibiotiques à dispensation contrôlée,
 - médicaments dérivés du sang,
 - médicaments en sus des GHS,
 - à risque, ...
- nombre de lits bénéficiant d'une délivrance nominative de la totalité du traitement (médicaments) / nombre total de lits,
- pourcentage de dotations revues dans l'année,

- présence dans le livret thérapeutique :
 - liste des médicaments pouvant être ouverts ou broyés,
 - conditions de conservation,
 - correspondances DCI ↔ spécialités.
- évaluation de la satisfaction des professionnels (unités de soins, PUI),
- thésaurus des protocoles de chimiothérapies,
- logiciel de prescription et de préparation des chimiothérapies.

✓ **Transport jusqu'aux services de soins**

Tout transport de médicaments entre la PUI et les unités fonctionnelles ou leur équivalent doit se faire dans des conditions d'hygiène et de sécurité permettant notamment :

- de respecter le maintien des températures pour les produits thermosensibles,
- de garantir la sécurité par tout système de fermeture approprié,
- d'assurer un transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité.

L'établissement met et œuvre et s'assure :

- de la présence de chariots ou containers identifiés et scellés,
- de l'organisation du transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité,
- du respect de la chaîne du froid, respect de l'abri de la lumière, pour les médicaments qui le nécessitent,
- de l'organisation de la réception (lieu, professionnels en charge...),
- de l'hygiène : médicaments délivrés dans le conditionnement approprié.

Le responsable du transport des médicaments de la pharmacie aux secteurs d'activité clinique est identifié.

Un système spécifique de transport permet de répondre à la demande ponctuelle, incluant l'urgence, et de limiter les déplacements des personnels.

Indicateurs :

- procédure du transport de produits pharmaceutiques (produits urgents, produits thermosensibles, ...),
- nombre de réclamations des services.

✓ **Détention et stockage dans les unités de soins**

Le stockage et l'étiquetage des médicaments détenus dans les unités de soins doivent être conformes à la réglementation en vigueur.

Le choix des équipements de stockage est adapté au respect de la sécurité, de la confidentialité, de l'hygiène, de l'ergonomie et de la fiabilité.

Le choix de ces dispositifs est validé par le pharmacien, en concertation avec les médecins, les cadres de santé et les responsables logistiques. Il est homogène sur l'ensemble de l'établissement.

L'optimisation du stockage prend en compte :

- la réduction des stocks immobilisés dans les unités de soins,
- la mise en place de systèmes de rangement adaptés à la gestion optimisée des dotations des services de soins, mais aussi des médicaments à dispensation particulière (antibiotiques, MDS, spécialités, produits et prestations dits « onéreux » remboursés en sus des GHS ...),
- la réception et le rangement des médicaments dans des locaux ou armoires fermés,
- la détention des substances et préparations classées comme stupéfiants dans des locaux ou armoires fermées à clef et ne contenant rien d'autre,

- l'organisation d'un contrôle systématique des livraisons de médicaments dans l'unité de soins (accusés de réception),
- la traçabilité de la température des réfrigérateurs des unités de soins,
- le bio-nettoyage des surfaces et éléments de stockage selon une procédure définie,
- le retour des médicaments non utilisés (si possible dans un délai raisonnable avant la péremption de façon à permettre un recyclage des produits) et les retraits de lots à la pharmacie,
- la fréquence de vérification des armoires à pharmacie, notamment des dates de péremption et des stocks minimaux et maximaux.

Dans le cas de délivrance globale, l'établissement s'engage à :

- privilégier la qualité du rangement et limiter les ruptures de stock. A ce titre, le système plein/vide peut-être préconisé,
- harmoniser et optimiser les étiquetages des casiers,
- responsabiliser le personnel et nommer un référent pour la gestion du stock dans l'unité de soins,
- prendre en compte, si possible, les risques de confusion liés à la ressemblance des noms et des emballages.

Au sein de la pharmacie à usage intérieur :

L'organisation des zones de stockage, de distribution et de dispensation répondent aux « Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière » et sont adaptées au mode de délivrance des médicaments.

Indicateurs :

- nombre d'armoires sécurisées / nombre de services de soins,
- % de spécialités sous forme sèche en conditionnement unitaire,
- nombre de vérification des stocks de produits pharmaceutiques par le service pharmacie/an ayant donné lieu à un PV / nombre de services,
- % de chariots d'urgence vérifiés mensuellement.

✓ **Administration des traitements / Information patient**

Cette étape repose sur :

- la prise de connaissance de la prescription médicale,
- la planification des actes d'administration des médicaments (plan d'administration),
- la préparation de l'administration des médicaments,
- l'acte d'administration proprement dit,
- l'enregistrement de l'acte d'administration,
- l'information du patient,
- la surveillance thérapeutique du patient.

La sécurisation de cette étape ultime nécessite de :

- vérifier l'exhaustivité des renseignements et la faisabilité lors de la prise de connaissance de la prescription,
- supprimer les retranscriptions,
- lire attentivement la prescription et avec une vigilance accrue,
- ne pas déconditionner les médicaments,
- conserver le conditionnement identifiant jusqu'à l'administration,
- demander au patient son identité,
- enregistrer l'administration aussi bien que la non-administration,
- fournir des éléments d'information au patient sur son traitement.

Afin d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie et dans les bonnes conditions (règle des 5B), l'établissement prend en compte et favorise la sécurisation des conditions de réalisation de l'administration dans le cadre de l'organisation des soins.

L'établissement s'engage à mettre en place des outils de sécurisation et d'aide à l'administration :

- support unique de la prescription à l'administration,
- harmonisation des abréviations et unités,
- protocoles pré établis,
- protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers,
- vérification des calculs de dose,
- guide de reconstitution des préparations injectables,
- double-check pour les médicaments à plus haut risque,
- harmonisation des règles d'étiquetage des préparations injectables,
- formes prêtes à l'emploi,
- tables de correspondance DCI ↔ spécialités,
- accès aux bases de données de médicaments (RCP),
- mémo 5B,
- rangements adaptés (une DCI, un dosage, une forme par casier),
- piluliers adaptés,
- fiche patient, ...

Les patients et médicaments à risque doivent faire l'objet d'une surveillance particulière pour laquelle les IDE seront particulièrement sensibilisés.

L'information du patient est une activité partagée (rôle et responsabilités définis) entre les prescripteurs, l'équipe soignante et le pharmacien.

L'information du patient est consignée par tous les intervenants dans le dossier du patient de même que la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque. De la qualité de cette information dépend le consentement du patient à ses soins, et notamment aux choix thérapeutiques qui le concernent et à leur mise en œuvre.

Les actions d'information sont adaptées à la situation propre à chaque patient (pathologie, niveau de compréhension, culture, habitudes de vie...). Elles sont conduites dans un climat de confiance et formulées de façon compréhensible, claire et précise. Les intervenants s'assurent de leur compréhension par la personne hospitalisée et son entourage proche s'il est présent.

Indicateurs :

- procédure d'identification du patient,
- traçabilité informatisée de l'administration (lits MCO et tous services) :
 - *numérateur* : nombre de lits et places MCO bénéficiant d'un enregistrement informatisé des administrations,
 - *dénominateur* : nombre de lits et places installés en MCO.
- **Lits MCO** {
- **Tous services** {
 - *numérateur* : nombre de lits et places bénéficiant d'un enregistrement informatisé des administrations,
 - *dénominateur* : nombre de lits et places installés.
- outils mis à disposition des IDE et des patients,
- fiche de liaison ville hôpital,
- audit de pratiques annuel sur :
 - les bonnes pratiques d'administration,
 - la traçabilité de l'information donnée au patient.

4 Éducation thérapeutique

Le développement de programmes d'éducation thérapeutique est inscrit dans le projet d'établissement, notamment dans le cadre de l'observance des traitements médicamenteux. Ces programmes répondent au cahier des charges décrits par l'HAS.

Indicateurs :

- thème,
- respect du cahier des charges de l'HAS,
- nombre de patients concernés.

5 Efficience de la prise en charge du patient

L'efficience de la prise en médicamenteuse des patients s'appuie sur :

- la politique d'achat des produits de santé,
- le suivi et l'analyse des consommations des médicaments.

Les actions entreprises dans le domaine de l'achat-approvisionnement en produits pharmaceutiques doivent respecter les réglementations concernées et notamment le code de la santé publique, le code des marchés publics pour les établissements concernés, le code de la sécurité sociale, le code de commerce, la réglementation dans le domaine de la concurrence et intégrer la prévention des risques liés au médicament. La performance des achats est recherchée sans nuire à la sécurité et à la qualité des soins.

La fonction approvisionnement doit permettre la sécurité d'approvisionnement et de stockage des produits « entrants » dans l'établissement.

La réception des médicaments par la pharmacie à usage intérieur fait l'objet d'un rapprochement entre le bon de commande, le bon de livraison et la livraison.

La gestion de stock en pharmacie est informatisée et permet une traçabilité optimale des médicaments au sein de l'établissement.

Des données de consommation sont transmises mensuellement à chaque service sous forme de tableaux de bord permettant de suivre l'évolution des dépenses intra- et hors GHS. Un bilan de l'évolution des dépenses est présenté régulièrement à la CME ou à sa sous-commission.

Cette recherche de l'efficience concerne également les prescriptions hospitalières exécutées en ville (prescriptions de sortie ou de consultations externes) et s'appuie notamment sur l'identification des prescripteurs par leur numéro RPPS, l'établissement des prescriptions en DCI, ...

Indicateurs :

- tableaux de bord du suivi de l'évolution des consommations des services
- dématérialisation des processus de l'achat,
- cadencement des commandes,
- mutualisation des achats,
- nombre de ruptures de stocks, de litiges fournisseurs.

6 Vigilances sanitaires

Les vigilances sanitaires obligatoires (pharmacovigilance, hémovigilance,...) sont coordonnées, elles sont structurées avec des référents identifiés. Leur mise en œuvre est opérationnelle, le circuit est connu par les professionnels.

Dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse, les indicateurs suivants concerneront plus spécifiquement la pharmacovigilance.

Indicateurs :

- nombre de déclarations reçues par le correspondant de pharmacovigilance de l'établissement,
- nombre de déclarations transmises par l'établissement au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV),
- procédure de diffusion intra-établissement des informations reçues du CRPV.

7 Lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse évitable chez le sujet âgé

Il s'agit d'améliorer les pratiques de prescription :

- des neuroleptiques chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer,
- des AVK.

et de sensibiliser les prescripteurs à la réévaluation des prescriptions les plus à risques :

- les neuroleptiques,
- les médicaments cardio-vasculaires (anticoagulants et diurétiques),
- les médicaments inappropriés chez la personne âgée (liste Laroche).

Indicateurs :

- EPP sur les prescriptions chez les personnes âgées,
- livret thérapeutique adapté à la personne âgée.

8 Bon usage des anti-infectieux

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients et de prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques.

Le référent, compétent en antibiothérapie, est désigné par le représentant légal de l'établissement, en concertation avec le président de la CME, avec un temps d'activité identifié.

La CME ou sa sous-commission dédiée s'assure de la mise à disposition des coordonnées des personnes ressources en capacité d'apporter conseil diagnostic et thérapeutique aux prescripteurs.

La collaboration entre référent en antibiothérapie, pharmacien, microbiologiste et infectiologue (le cas échéant) est formalisée.

La liste d'antibiotiques « ciblés » est définie et validée par la CME. Elle comporte en priorité les carbapénèmes, céphalosporines de troisième génération et les fluoroquinolones.

Les prescriptions des antibiotiques de cette liste sont dispensées nominativement et réévalués à 48-72h. Les consommations de ces antibiotiques sont suivies (en DDJ, rapportées à l'activité) et présentées périodiquement aux prescripteurs et à la CME.

Les données de consommation sont confrontées à la résistance des bactéries aux antibiotiques.

Il existe une procédure d'alerte pour réévaluation de l'antibiothérapie, définie en fonction d'une priorisation des risques (molécules, micro-organismes, site infectieux).

Toute prescription d'antibiothérapie de plus de 7 jours est argumentée dans le dossier patient.

Un plan de formation sur le bon usage des anti-infectieux est prévu pour les nouveaux prescripteurs.

Les protocoles d'antibiothérapie de 1^{ère} intention sur les principaux sites d'infection, sont actualisés tous les 3 ans et précisent les durées de traitement pour chaque indication.

Une évaluation des pratiques de prescription est faite et restituée annuellement aux participants et à la CME.

Indicateurs ICATB2 :

- Liste des antibiotiques ciblés
- Protocoles sur l'antibiothérapie de première intention des principaux sites d'infection
- Tableaux de suivi des consommations
- Réalisation d'EPP avec identification d'actions d'améliorations