Gestion d'une pharmacie d'unité de soins (US) par l'assistante en pharmacie (APH): deux approches

Isabelle Portner[1], Mireille Paccaud[2] et Christian Schäli[3]
[1] Hôpital Riviera, Vevey, [1] Hôpital de Lavaux, Cully, [1] PHEL, Vevey

Congrès annuel de la GSASA 23-24 novembre 2006

Introduction :

Dans le cadre de la formation d'assistante en pharmacie hospitalière (APH) proposée pour la première fois en 2006 par le GPHR[1], deux assistantes en pharmacie ont effectué comme travail personnel deux études pilotes indépendantes. Ces études avaient pour sujet la prise en charge de la gestion des médicaments dans deux US et pour objectif la recherche de solutions pour pallier au manque de disponibilité des infirmières accaparées par la prolifération des tâches administratives dont elles ont la charge.

[1] GPHR = Groupement des pharmaciens hospitaliers romands.

Objectifs:

Étudier la faisabilité du transfert de la gestion de la pharmacie d'US de l'infirmière à l'APH pour décharger les infirmières; améliorer l'adéquation quantitative et qualitative entre les médicaments stockés et les besoins réels de l'US; assurer un retour régulier à la pharmacie des médicaments non utilisés et un contrôle régulier des dates de péremption.

Méthodes :

Les deux études ont suivi une approche similaire de la réorganisation du stock, à savoir la mise en place d'outils d'aide à la gestion, tels que l'identification des médicaments « courants » de l'étage et leur mise en évidence par des points autocollant de couleur, l' épuration des médicaments non utilisés, le contrôle des dates de péremption, etc. Les études se distinguent par contre l'une de l'autre dans la manière d'identifier les produits nécessitant un réapprovisionnement : le relevé de la commande est fait sur place avec l'aide d'une infirmière (**étude a**) ou par un calcul des besoins depuis la pharmacie, à partir des données de PREDIMED, un logiciel de prescription informatisée (**étude b**) récemment installé à l'hôpital de Lavaux.

Etude a)

1. Analyse des statistiques de consommation, définition et identification des «médicaments courants » du service. Création d'un tableau Excel avec seuil et quantité standard de commande (Fig. 1a-2a)
2. Facilitation du rangement des « médicaments courants » hors boîte Wiegand (minicartes) (Fig. 3a)
3. Relevé sur le tableau excel de la commande de médicaments « courants » par l'APH. Les « peu courants » et hors liste par l'infirmière.
4. Préparation de la commande et rangement par l'APH.
5. Reprise à la pharmacie des médicaments « peu courants » plus utilisés.

Fig. 1a: Tableau médic. courants

C-TR
MEDICAMENTS COURANTS PAR LIEU DE STOCKAGE

No	Articles	Lieu de stockage	Seuil alerte	Cde vous-même/à commander	Qté/ max.
01100	ACARBOSE FOSLAB 100 50tb	armoire étage	10	30	40
01200	ACETAZOL comprimés 250mg/comprimés 250mg	armoire étage	10	30	40
01300	ACETYLCYSTEINE 200 - SANDOZ 20	étage	10	30	40
01400	ACETYLCYSTEINE 600 - SANDOZ 20	armoire/chambre	10	30	40
01500	ACETYLSALICYLIQUE ACIDE 500mg	armoire/chambre	10	30	40
01600	ACETYLSALICYLIQUE ACIDE 100mg/ 100mg	armoire	10	30	40
01700	ACICLOVIR 5 % crème 2 g	armoire	10	30	40
01800	ACICLOVIR 5 % crème 10 g	armoire	10	30	40
01900	ACIDE FOLIQUE 5mg/ml	armoire	10	30	40
02000	ACIDE FOLIQUE 5mg/ml	armoire	10	30	40
02100	ACIDE FOLIQUE 5mg/ml	armoire	10	30	40
02200	ACIDE FOLIQUE 5mg/ml	armoire	10	30	40

Fig. 2a: identification des médic.courants

Fig 3a: mise en place de minicartes

Etude b)

1. Analyse des statistiques, création et identification du stock permanent
2. Identification des besoins par analyse des prescriptions PREDIMED (Fig 1b)
3. Report des besoins dans 4 tableaux Excel:
   1) Médicaments courants,
   2) peu courants, 3) hors liste , 4) stupéfiants (Fig 2-3b)
4. Calcul des besoins hebdomadaires
5. Préparation de la commande par l'APH: livraison de quantités suffisantes **pour 1 semaine**
6. Rangement de la commande et reprise à la pharmacie des médicaments « peu courants » plus utilisés par l'APH

Fig 1b: Prescription PREDIMED

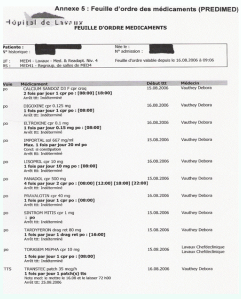
Annexe 5 : Feuille d'ordre des médicaments (PREDIMED)
Hôpital de Lavaux
FEUILLE D'ORDRE MEDICAMENTS

Fig 2b: Tableau « médic. courants »

DESIGNATION	TOTAL JOUR	TOTAL SEMAINE	COMMANDE	402	403	404	405	406	410	410C	411	412	412C	413	416	416C	417	418	418C	419	420	422	424
STOCK PERMANENT																							
Aspirine cardio 100mg cpr	3	21																					0
Bisoprolol 5mg cpr	2	14																	2				
Bisoprolol 10mg cpr	3	21				3																	
Bisoprolol 20mg cpr	2	14																					
Budesid sus	1	0																					
Cal-Cée 3 F cpr	14	0																					
Ciprofloxacine 500mg cpr	3.5	24.5																					3.5
Citalopram 40 mg cpr	1	7																					
Clexane	1	7								1													
Co-Dafalgan 500 mg cpr	1	0																					
Combivid 50 mg cpr	1	0																					
Dafalgan 1 g eff	8	56													4								4

Fig 3b: Tableau « Stupéfiants »

DESIGNATION	TOTAL JOUR	TOTAL SEMAINE	COMMANDE	402	403	404	405	406	410	410C	411	412	412C	413	416	416C	417	418	418C	419	420	422	424
LISTE CTR 4																							
Hydromorphone sol	0	0																					
Hydromorphone amp 2mg/ml	0	0																					
Hydromorphone amp 20mg/ml	0	0																					
Morphine amp	0	42																					
Morphine sol	0	0																					
Morphine sirop	0	0																					
MST 10 mg	14	98																					
MST 30 mg	2	14																					
Tramadol 35 mg	1	7																					

Résultats, discussion & conclusion:

1. L'établissement d'une liste des médicaments courants sur la base des statistiques de consommation du service , leur identification au moyen de points adhésifs de couleur, et la spécification du seuil de commande et des quantités à commander facilitent grandement la gestion du stock. Les médicaments « peu courants » plus utilisés sont retournés à la pharmacie et les pharmacies d'étages sont plus ordrées. Dans l'étude a), l'APH a besoin du concours des l'infirmière pour connaître les besoins en médicaments « non courants » ou des hors liste, alors que dans l'étude b) l'APH est indépendante. D'autre part, la méthode décrite dans l'étude a) peut être appliquée aussi par l'infirmière lors d'absence de l'APH, alors que la procédure décrite dans l'étude b) sans une adaptation de PREDIMED pour un calcul automatique des besoins, est plus laborieuse (surtout pour les rajouts) et nécessite une formation poussée de la remplaçante lors d'absence de l'APH.
2. Dans les 2 études, les APH ont été bien accueillies dans l'US et leur travail a été très apprécié. L'APH découvre une nouvelle forme de collaboration stimulante avec l'US, ainsi qu' une meilleure compréhension réciproque. Les deux parties sont gagnantes!
3. La difficulté réside maintenant dans la mise en pratique de cette collaboration dans toutes les unités de soins: allouer des effectifs à la pharmacie pour la réalisation de cette nouvelle activité sans création de nouveau poste implique forcément une redistribution des effectifs au dépens de l'équipe de soins! Et là, les négociations s'annoncent ardues!