

# Directive institutionnelle relative à la sécurité des médicaments

## LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

**Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais**

Juillet 2022

---

2<sup>ème</sup> mise à jour du document d'avril 2017 – version 2.1

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Préambule</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Prescription - Informatisée - Manuelle</b> .....	<b>4</b>
2.1	Généralités.....	4
2.2	Services avec Soarian®.....	5
2.3	Services sans prescription informatisée .....	5
2.4	Ordres oraux.....	6
2.5	Rédaction d'une ordonnance de sortie .....	6
2.6	Rédaction d'une ordonnance de sortie de stupéfiants.....	6
<b>3</b>	<b>Retranscription (pour les services sans Soarian®)</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Commandes - Stockage - Retours</b> .....	<b>8</b>
4.1	Commandes .....	8
4.1.1	Généralités.....	8
4.1.2	Armoires à pharmacie sécurisées .....	8
4.1.3	Commande de médicaments « Liste » non stockés dans l'unité.....	9
4.1.4	Commande de médicaments « hors-liste ».....	9
4.1.5	Commande de médicaments stupéfiants .....	10
4.2	Stockage dans l'unité de soins .....	10
4.2.1	Généralités.....	10
4.2.2	Médicaments « hors liste ».....	10
4.2.3	Stupéfiants.....	11
4.2.4	Produits à garder au froid.....	11
4.2.5	Médicaments et chaleur .....	11
4.3	Retours.....	11
4.4	Dates de péremption .....	12
4.5	Contrôles et nettoyages.....	12
4.5.1	Réfrigérateurs.....	12
4.5.2	Glucomètres.....	12
4.5.3	Pharmacies .....	12
4.5.4	Caisses et bacs de livraison des médicaments.....	13
<b>5</b>	<b>Préparation des médicaments</b> .....	<b>13</b>
5.1	Silence.....	13
5.2	Propreté / Hygiène.....	13
5.3	Etiquetage.....	13
5.3.1	Généralités.....	13
5.3.2	Les médicaments injectables .....	13
5.4	Préparation .....	15
5.4.1	Demi-comprimés.....	15
5.4.2	Médicaments à haut risque .....	15
5.4.3	Les médicaments per os.....	16
5.4.4	Les médicaments injectables .....	17
5.4.5	Les médicaments transdermiques .....	18
5.4.6	Les médicaments stupéfiants.....	18
5.4.7	Les médicaments cytostatiques .....	21
5.4.8	Les médicaments préparés dans les services avec armoire sécurisée.....	21
5.4.9	Validités .....	21
5.4.10	Blisters .....	21
5.4.11	Médicaments de consonance ou d'apparence semblables (Look Alike-Sound Alike).....	22
<b>6</b>	<b>Administration</b> .....	<b>22</b>
6.1	Généralités.....	22
6.2	Médicaments à haut risque .....	23
6.3	Les médicaments per os .....	23
6.3.1	Généralités.....	23
6.3.2	Particularités.....	24
6.4	Les médicaments injectables .....	24
6.4.1	Rinçage des voies veineuse et des lignes de perfusion après administration des médicaments .....	24
6.5	Les médicaments transdermiques.....	24
6.6	Les médicaments cytostatiques.....	24
6.6.1	Les médicaments per os.....	24

6.6.2	Les injectables.....	24
6.7	Suivi de l'administration des médicaments .....	25
<b>7</b>	<b>Médicaments personnels des patients .....</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>Extravasations .....</b>	<b>26</b>
8.1	Généralités.....	26
8.1.1	Extravasation sur voie veineuse périphérique .....	26
8.1.2	Extravasation sur voie centrale ou DAVCTI.....	26
8.2	Produits non-cytostatiques.....	27
8.3	Produits cytostatiques .....	27
8.4	Produits de contraste.....	28
<b>9</b>	<b>Gestion des déchets .....</b>	<b>28</b>
9.1	Ampoules et seringues vides .....	28
9.2	Médicament stupéfiants.....	28
9.3	Médicaments périmés et médicaments entamés et plus utilisés.....	28
9.3.1	Stupéfiants.....	28
9.4	Cytostatiques .....	29
9.5	Flacons plastiques vides, y c. flacons à perfusions vides .....	29
<b>10</b>	<b>Déclaration des incidents .....</b>	<b>30</b>
<b>11</b>	<b>Never events – « Les évènements qui ne devraient jamais arriver » .....</b>	<b>30</b>
<b>12</b>	<b>Responsabilités<sup>3</sup> .....</b>	<b>30</b>
<b>13</b>	<b>Entrée en vigueur .....</b>	<b>31</b>
<b>14</b>	<b>Signatures.....</b>	<b>31</b>
<b>15</b>	<b>Une question sur un médicament ? .....</b>	<b>32</b>

La version 1.0 de la directive (avril 2017) été validée par :

- la Direction médicale (SD)
- la Direction des Soins (AG/AV)
- le Comité Sécurité des Patients et Qualité Clinique

La version 1.1 (mise à jour de la directive) a été validée par :

- la Direction médicale (SD)
- la Direction des Soins (JI)
- l'Unité Sécurité des Patients et Qualité Clinique (CB)
- Dr N. Widmer, pharmacien-chef et Dre A.-L. Blanc, pharmacienne clinicienne

**La version 2.0** (mise à jour de la directive suite à l'emménagement à Rennaz) a été validée par :

- la Direction médicale (NP)
- la Direction des Soins (JI)
- l'Unité Sécurité des Patients et Qualité Clinique (CB)
- Dr N. Widmer, pharmacien-chef et Dre A.-L. Blanc, pharmacienne clinicienne

## 1 PRÉAMBULE

Cette directive a pour objectif d'encadrer le circuit du médicament à l'HRC dans son entier et s'inscrit dans un projet global de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Elle vise à garantir la bonne utilisation des médicaments selon le fil conducteur des 6B: « le Bon médicament, à la Bonne dose, par la Bonne voie d'administration, au Bon moment, au Bon patient, avec la bonne documentation » et concerne tous les médicaments, quelles que soient leur forme et la voie d'administration, y compris les médicaments à risque.

Elle permet au soignant de s'y référer pour toutes les étapes allant de la commande à l'administration du médicament

## 2 PRESCRIPTION - INFORMATISÉE - MANUELLE

### 2.1 Généralités

**Le prescripteur, ici le médecin, est responsable des traitements prescrits.**

Pour rappel, le médecin prescripteur a un devoir d'information envers le patient. Lorsqu'il prescrit un médicament, il informe notamment le patient du plan de traitement mis en place, des bénéfices escomptés, des effets secondaires et contre-indications éventuelles. Il attire son attention sur la nécessité de ne pas prendre de l'automédication sans en parler avant et de l'interférence entre l'ancien traitement suivi par le patient et la nouvelle médication voire avec d'autres médicaments.

Lors de prescriptions off-label, le médecin prescripteur a un devoir d'information accrue.

Il doit rédiger des ordres complets et lisibles en prescrivant en priorité les médicaments figurant sur **la liste de l'hôpital**. Les prescripteurs recourant à Soarian® choisiront les médicaments sans l'icône « mortier barré » (= médicament hors liste (HL)).

Les allergies médicamenteuses doivent être prises en compte et renseignées dans Soarian® dans les champs prévus à cet effet (onglet « Documenter » ou dans Résumé clinique Évaluer/Mettre à jour les allergies du patient).

Nom de l'allergie	Réaction
Pénicilline	Choc anaphylactique
Allergies inactives	

Infirmiers<sup>1</sup> et médecins s'efforceront d'obtenir des patients des informations sur les médicaments qu'ils prenaient avant leur admission (en leur demandant de présenter les emballages ou de fournir une liste). Ces renseignements peuvent aider à répertorier les traitements habituels du patient afin de les maintenir durant l'hospitalisation. Pour garantir la continuité des soins, contacter le médecin traitant, la pharmacie d'officine et/ou le CMS du patient pour obtenir une liste complète et actuelle de ses médicaments.

Les infirmiers doivent vérifier que le nom et le dosage des médicaments prescrits correspondent précisément aux médicaments disponibles sur la liste de médicaments de l'hôpital. Ils sont tenus d'obtenir du médecin les précisions nécessaires pour lever toute incertitude ou ambiguïté. Dans le cas où un médicament n'existe pas sur la liste de médicaments, l'infirmier demande au médecin de prescrire un équivalent y figurant.

<sup>1</sup> L'ASSC peut sous délégation d'un infirmier, effectuer certaines tâches et actes médicaux selon le document HRC.DIR.76

Les équivalences de médicaments sont proposées dans Refmed PHEL ou, pour certains, directement à partir du logiciel de prescription Soarian®.

Dans le cas où il n'existe pas d'équivalent, une ordonnance interne sera établie.




RefMed PHEL


Cf. *RefMed PHEL accessible depuis « mes liens » (page d'accueil intranet) – <https://refmed-consult.chuv.ch> ou téléphoner à l'assistance pharmaceutique au 058 773 42 14.*

## 2.2 Services avec Soarian®

Les prescriptions médicales sont rédigées au moyen du module de prescription informatisée « Soarian® », en tenant compte du contenu de la liste des médicaments.

Le mortier barré  indique que le médicament est « hors liste » ; ceux-ci ne sont à utiliser que dans des situations exceptionnelles et justifiées. L'alternative proposée par le système (médicament de la liste) doit être utilisée.

Les doses seront ordonnées en **milligramme** (mg) sauf en cas de médicaments composés ou de médicaments se prescrivant dans une autre unité (par ex. les insulines).

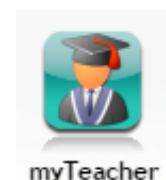
Les médicaments pédiatriques sont identifiables à l'aide d'une icône représentant un cheval à bascule  et sont prescrits en **mg/kg**.

L'infirmier relève l'ordre médical sur Soarian®.

Le médecin **informe oralement** l'infirmier responsable du patient de tout changement d'ordre.

Dans le cas où le médicament désiré n'est pas sur la liste et qu'aucune alternative n'est proposée par le système, une alternative peut être trouvée à l'aide de RefMed PHEL ou en appelant l'assistance pharmaceutique (tél. 058 773 42 14).

Cf. *My Teacher*  
[La médication dans Soarian](#) (Intranet HRC/Thèmes/Dossier patient/Soarian)  
- Modes d'emploi pour les Infirmiers et les ASSC  
- Modes d'emploi pour les Médecins  
- Mode emploi médication dans Soarian soignants  
- Guide de poche ordres médicamenteux Soarian



## 2.3 Services sans prescription informatisée

Les prescriptions médicales manuscrites (services sans prescriptions informatisées **EXCLUSIVEMENT**) sont rédigées de manière lisible et complète sur la fiche « Ordres médicaux » ou sur la feuille d'ordre propre au service (par ex. Soins intensifs).

Les fiches ordres médicaux comportent, outre le nom du médicament, la forme galénique, la voie d'administration, le dosage, la fréquence et/ou l'heure d'administration ainsi que la signature du médecin. Les prescriptions sont rédigées sur la base des médicaments figurant sur la liste de l'hôpital. L'infirmier valide le relevé de l'ordre dans la colonne ad hoc de la fiche d'OM.

Ce que doit contenir un OM :

- ✓ **Nom** du médicament, forme galénique
- ✓ **Voie** d'administration
- ✓ **Dosage** du médicament en mg, mmol, UI, etc.
- ✓ **Fréquence** et/ou heure d'administration
- ✓ **Début** et/ou **durée** du traitement

Le médecin **informe oralement** l'infirmier responsable du patient de tout changement d'ordre.

Des documents sont disponibles sur GED (*accessible sur la page d'accueil intranet*)

Cf. *Ordres médicaux – Pôle oncologie HRC.FOR.601*

*Ordres médicaux service de pédiatrie :*

- *OM aux soins intermédiaires HRC.FOR.94*
- *Médicaments non injectables HRC.FOR.496*
- *Solutés et Médicaments injectables HRC.FOR.497*
- *Alimentation, soins, surveillances, examens HRC.FOR.495*
- *OM Nurserie HRC.FOR.129*
- *OM Néonatalogie HRC.FOR.498*

## 2.4 Ordres oraux

Les ordres oraux sont à proscrire. La procédure est réservée aux cas particuliers (ex. lorsque l'accès au dossier électronique de prescription est inaccessible, en cas d'urgence vitale, en situation stérile, par téléphone avec impossibilité d'écrire ou transmettre les ordres par écrit, etc.).

Cf. *Directive institutionnelle émanant du comité sécurité des patients et qualité clinique Relative aux ordres oraux liés aux médicaments HRC.DIR.11*

*Règles d'utilisation des ordres oraux médicaux téléphoniques y compris les ordres médicamenteux, devant être saisis par l'infirmière HRC.PRD.979*

*Panne Soarian - Ordres médicaux HRC.FOR.401*

## 2.5 Rédaction d'une ordonnance de sortie

Les ordonnances de sortie sont générées par le logiciel de prescription Soarian® ou sont rédigées manuellement en respectant les consignes suivantes :

- ✓ remettre les médicaments présents à l'entrée et non les médicaments équivalents pris à l'hôpital afin d'éviter les doublons
- ✓ si le dosage usuel est volontairement dépassé ajouter un « ! » après la prescription ; lors d'un changement de dosage d'un traitement chronique ou d'une prescription off-label, souligner le dosage ou ajouter un « ! »
- ✓ la prescription de médicaments psychotropes et de stupéfiants ne doit pas dépasser un mois
- ✓ ne pas faire d'ordonnance renouvelable en sortie d'hôpital
- ✓ préciser sur l'ordonnance les prescriptions de semainiers, prise sous surveillance ou remise fractionnée
- ✓ préciser au patient et sur l'ordonnance les médicaments chroniques stoppés et les raisons
- ✓ avertir la pharmacie de ville en cas médicaments spéciaux, étrangers ou de prescription magistrale afin de garantir leur approvisionnement dans les délais.

Le médecin prescripteur est responsable de prescrire des médicaments remboursés par l'assurance du patient (médicaments LS ou Hors-LS si le patient à une assurance complémentaire les prenant en charge). Dans le cas où aucune alternative prise en charge par l'assurance n'est possible, **le patient doit être averti**, notamment les patients hospitalisés en « lit C ». La liste PHEL vous renseigne sur le statut de remboursement du médicament. En cas de doute, consulter la liste des spécialités <http://www.listedesspecialites.ch>.

## 2.6 Rédaction d'une ordonnance de sortie de stupéfiants

Les modalités de prescription de médicaments stupéfiants sont définies dans la « Directive départementale relative à la prescription des stupéfiants, à la commande et la remise de carnet à souche » *HRC.DIR.142*.

Cette directive s'applique à tout le corps médical de l'HRC dans ses activités de prescription de stupéfiants sur une ordonnance à souche lors de la sortie d'hôpital, ainsi que lors de consultations ambulatoires ou de consultations aux urgences. Exemples de prescriptions et d'ordonnances **à souche** ci-dessous : (tirés classeur du CAP, Guide de l'assistant, 2015)

## 1. Ordonnance

<b>Docteur Aloïs Alzheimer</b> Médecine générale et neuropsychiatrie FMH 3, avenue des Idées-Claïres 6391 Le Brouillard Tél : 022 / 987.65.43 Fax : 022 / 987.65.21		1
Rp. 2		11.10.2008
<b>M. DEMENCE Henri,</b> 17.03.1939 3		
- Aricept 5mg 1cp au coucher		1eo
	4	
- Dafalgan 1g 1cp max 4x/jour		1eo
- Stilnox 0-0-0-1/2		1eo
	5	A.A.

### 1) L'en-tête de l'ordonnance

Doit préciser les coordonnées complètes du médecin soit :

- Nom, prénom
- Spécialité (p.ex. médecine générale)
- Adresse complète
- Numéros de téléphone et fax
- Numéro de concordat

### 2) « Rp » et date

Du latin « recipe » = « prends ! » qui exprime « l'ordre » du médecin au pharmacien de prendre les médicaments prescrits et de les délivrer au patient

A la hauteur du « Rp » doit figurer la date

### 3) Nom du patient

- Date de naissance
- Poids (Kg ; pour les enfants)

### 4) Médicaments prescrits

- Spécialité – DCI
- Dosage mg/g/mL/ etc.
- Grandeur d'emballage (1eo = emballage original, nombre de comprimés, etc.)
- Durée du traitement
- Posologie exacte selon l'échelle du jour (ex : 1-1-1-0)

### 5) Signatures et timbre humide

## 2. Ordonnance à souche

Ord. n°	0824315	swissmedic
Timbre du médecin	1	Feuillet bleu = Copie médecin Feuillet blanc = Copie pharmacie (ordonn. dispensant) Feuillet rouge = Copie assurance maladie reproduction interdite
Nom et prénom du patient	3	Année de naissance
Adresse		
Rp. (un ou plusieurs stupéfiant(s) par ordonnance)		
Nombre de boîtes   Médicament   Forme galénique   Dosage   Conditionnement		
4		
Posologie		
5		
Posologie		
Posologie		
Signature du médecin		
6		
Date		

### 1) L'en-tête de l'ordonnance à souche

Cordonnée du médecin :

- Nom, prénom
- Spécialité (p.ex. médecine générale)
- Adresse complète
- Numéros de téléphone et fax
- Numéro de concordat

### 2) Explication des trois feuillets

- Bleu → médecin
- Blanc → pharmacie
- Rose → assurance-maladie

### 3) Nom du patient

- Nom, prénom, année de naissance
- Poids (Kg ; pour les enfants)
- Adresse

### 4) « Rp »

Cf pt 2) ordonnance

### 5) Stupéfiants prescrits

- Spécialité – DCI
- Dosage mg/g/mL/ etc.
- Grandeur d'emballage (1eo = emballage original, nombre de comprimés etc.)
- Durée du traitement
- Posologie exacte (ex : 1-1-1-0)

Bluffer les lignes non utilisées afin d'éviter toute utilisation abusive

### 6) Bas de l'ordonnance

- Date de l'ordonnance
- Signature du médecin

### 3 RETRANSCRIPTION (POUR LES SERVICES SANS SOARIAN®)

#### **A faire dans le calme et sans interruption.**

Relever précisément les prescriptions médicales et les noter sur le support adéquat propre au service.

**Signaler toute incohérence au médecin responsable du patient !**

### 4 COMMANDES - STOCKAGE - RETOURS

#### 4.1 Commandes

##### 4.1.1 Généralités

La commande de médicaments par les services sans activité APUS (= Assistant en Pharmacie en Unité de Soins) s'effectue auprès de la pharmacie du site Rennaz à l'aide du logiciel OPALE. La commande est effectuée selon l'organisation propre du service et d'entente avec la pharmacie. Les commandes sont amenées dans les services par les transporteurs internes de l'HRC. Les commandes du samedi sont réservées aux médicaments urgents. Les médicaments conservés au réfrigérateur doivent être commandés comme les autres et sont livrés dans un box réfrigérant.

Pour les médicaments stupéfiants, se référer au chapitre 4.1.5 *Stupéfiants*.

La commande des perfusions est faite via le logiciel OPALE selon l'organisation propre du service et d'entente avec la pharmacie.

Les services de Mottex et de la Providence passent les commandes à la pharmacie du site de la Providence avant 7h45 au moyen du logiciel OPALE.

En cas de doutes ou de questions concernant les commandes, appeler la pharmacie de site ou le secteur Logistique pharmaceutique de la PHEL (tél. 058 773 42 00).

*Cf. Mode d'emploi : commande des médicaments PHEL.IN.307 (site de Rennaz) et PHEL.IN.057 (site de la Providence). Documents obtenables à la PHEL [http://www.phel.ch/jcms/phel\\_10739/contact](http://www.phel.ch/jcms/phel_10739/contact)*

##### 4.1.2 Armoires à pharmacie sécurisées

Les services équipés d'une armoire à pharmacie sécurisée Pyxis® sont approvisionnés en médicaments et en stupéfiants par l'APUS. Les activités et tâches principales de l'APUS sont énumérées ci-dessous :

- Gestion du stock des médicaments (armoire Pyxis®, hors Pyxis®, perfusions)
- Gestion des médicaments stupéfiants

⇒ Réapprovisionnement, préparation et rangement des commandes, suivi des dates de péremption, adaptation de l'assortiment en fonction des besoins, etc.

- Gestion clinique

⇒ Traitement des ordonnances hors liste, questions d'assistance pharmaceutique ne nécessitant pas l'avis d'un pharmacien, etc.



#### 4.1.3 Commande de médicaments « Liste » non stockés dans l'unité

##### Durant les heures d'ouverture de la pharmacie :

###### Service avec armoire Pyxis® :

En cas de besoin non urgent, commander le médicament via Opale et inscrire dans les commentaires « non urgent ; à introduire dans Pyxis® » Le médicament sera livré avec les médicaments de la commande habituelle.

En cas d'urgence, commander le médicament via Opale et téléphoner à l'APUS pour convenir avec elle du moyen de livraison (transporteur interne, poste pneumatique, passage de l'APUS dans le service, etc.). Dans les 2 cas l'APUS créera un emplacement dans l'armoire et y introduira le médicament lors de son prochain passage.

###### Service sans armoire Pyxis® :

Commander le médicament via Opale puis appeler la pharmacie du site concerné et demander que le médicament soit, soit ajouté à la commande, soit livré en urgence.

##### Hors des heures d'ouverture de la pharmacie :

Chaque service anticipe au mieux ses réserves pour les week-ends et les jours fériés.

Si toutefois un médicament venait à manquer, les services s'efforceront de se dépanner auprès des autres services. Le stock de chaque armoire Pyxis® peut être consulté depuis n'importe quelle armoire :

[https://aperto.fhv.ch/jcms/prod00\\_4319396/armoires-securisees-pyxis-mode-d-emploi-infirmier-ere](https://aperto.fhv.ch/jcms/prod00_4319396/armoires-securisees-pyxis-mode-d-emploi-infirmier-ere)

Une armoire Pyxis® de dépannage se trouve à la pharmacie centrale à disposition des services (entrée à la pharmacie par badge).

Dans les cas particuliers (médicament souhaité non-trouvé, etc..), un pharmacien est atteignable à domicile 24h/24 qui s'efforcera de trouver le médicament désiré (058/ 773.09.88).

##### Sites extérieurs à Rennaz (Mottex, Providence et Monthey) :

Le service qui a fait une demande de médicament en urgence doit organiser lui-même le transport du médicament jusqu'au service (taxi-bon de transport).

Cf. *Site internet PHEL- heures d'ouverture de la PHEL et Gestion des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PHEL*  
[http://www.phel.ch/jcms/phel\\_10739/contact](http://www.phel.ch/jcms/phel_10739/contact)

#### 4.1.4 Commande de médicaments « hors-liste »

Les spécialités non référencées dans la liste des médicaments et **ne pouvant être remplacées** par un médicament équivalent figurant sur la liste doivent être commandées à la pharmacie avant 11h pour garantir la livraison du produit le jour-même. Le médicament est livré dans le service par l'APUS ou par pneumatique ou est cherché par un soignant en cas de médicament frigo ou stupéfiant.

La pharmacie doit, en outre, disposer d'une ordonnance interne pour le médicament concerné :

- Soarian® : envoi automatique de l'ordonnance à la pharmacie par le logiciel
- manuelle : ordonnance manuscrite à faire parvenir à la pharmacie par mail, par pneumatique ou en main propre

Cf. : *Intranet – Médico-soignants – pharmacie – documents- ordonnance médicaments hors liste*  
[http://h-intranet/jcms/prod00\\_386648/ordonnance-medicaments-hors-liste-phel-](http://h-intranet/jcms/prod00_386648/ordonnance-medicaments-hors-liste-phel-)

### 4.1.5 Commande de médicaments stupéfiants

#### Services avec armoire Pyxis®

Les stupéfiants sont commandés automatiquement par le système

#### Services sans armoire Pyxis®

Les stupéfiants sont commandés avec les autres médicaments. Ils sont remis contre signature à la pharmacie (Rennaz) ou livrés avec le reste de la commande (Providence et Mottex). Un stock de dépannage confiné dans une boîte plombée est à disposition à Mottex. Sur le site de Rennaz, les services peuvent venir se dépanner dans l'armoire Pyxis® de dépannage qui se situe à l'entrée de la pharmacie à droite après l'accueil.

Cf. *Procédure de commande des médicaments PHEL.IN.307 et PHEL.IN.057 (obtenables à la PHEL)*

Cf. *Site internet PHEL- heures d'ouverture de la PHEL et Gestion des médicaments en dehors des heures d'ouverture de la PHEL : [http://www.phel.ch/jcms/phel\\_10739/contact](http://www.phel.ch/jcms/phel_10739/contact)*

## 4.2 Stockage dans l'unité de soins

### 4.2.1 Généralités

Dans les services équipés d'une armoire Pyxis®, les médicaments de la liste PHEL sont rangés dans celle-ci sous forme de blister, ampoules, patch, principalement sans l'emballage d'origine.

Les quantités stockées correspondent au besoin hebdomadaire prévisible. Le contrôle du stock se fait de manière automatique et informatisée par le système lui-même ; celui-ci envoie la commande à la pharmacie selon le paramétrage convenu avec le service (quantité minimales, point de commande, etc.).

Les médicaments hors Pyxis® sont conservés dans la pharmacie du service par classe thérapeutique.

Un contrôle du stock Pyxis® et hors-Pyxis® est effectué 2x/année par l'APUS.

Dans les autres services non équipés d'une armoire Pyxis®, les contrôles sont effectués par l'assistance en pharmacie responsable du site de Rennaz 2x/année. Concernant la gestion des dates de péremption, se référer au point « 4.4. Dates de péremption ».

### 4.2.2 Médicaments « hors liste »

Les blisters, ampoules, etc. sont rangés dans l'armoire Pyxis® par une APUS. La fonction « attribuer et charger » permet de trouver un nouvel emplacement pour le médicament en question si celui-ci n'a jamais été chargé dans l'armoire.

#### Service sans armoire Pyxis®

Les médicaments « hors liste » sont livrés en emballages originaux et rangés dans les emplacements prévus à cet effet. L'ordre alphabétique doit être respecté.

En cas de transfert dans une autre unité, l'infirmier responsable du patient s'assurera que les médicaments « hors liste » qui lui sont prescrits soient transmis au nouveau service. À la sortie définitive du patient, les médicaments « hors liste » commandés spécifiquement pour lui seront retournés à la pharmacie de l'établissement par l'APUS référente.

### 4.2.3 Stupéfiants

#### Services avec armoires Pyxis®

Les médicaments stupéfiants sont conservés dans l'armoire sécurisée, dans des casiers fermés (cubies). Exceptionnellement certains stupéfiants de grand format seront rangés dans un compartiment de la tour de l'armoire. Un décompte précis est obtenu à chaque prélèvement. La personne qui prend un stupéfiant se doit de renseigner les champs de manière conforme afin de permettre le suivi exact des sorties. Dans le cas contraire un message de divergence sera affiché à l'écran. La divergence devra être résolue par l'ICUS.

#### Services sans armoire Pyxis®

Les médicaments stupéfiants doivent être entreposés sous clé, dans un endroit prévu à cet effet. L'accès à ce local est sous la responsabilité de l'ICUS ou de son remplaçant.

Un contrôle du stock est fait au minimum 1 fois par semaine sous la responsabilité de l'ICUS. Pour les services à forte consommation de stupéfiants, un contrôle du stock journalier est demandé.

- Cf. *Contrôle des stupéfiants dans les unités de soins – PHEL.FP.040*  
Documents obtenables à la PHEL - [http://www.phel.ch/jcms/phel\\_10739/contact](http://www.phel.ch/jcms/phel_10739/contact)
- Cf. *Armoires Pyxis® modes d'emploi et procédures de dépannage*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_38370/armoires-pyxis](https://www.phel.ch/jcms/phel_38370/armoires-pyxis)

### 4.2.4 Produits à garder au froid

Les médicaments sensibles à la température doivent être conservés dans le réfrigérateur (2-8°C). La chaîne du froid doit être impérativement respectée.

La liste des médicaments à conserver au réfrigérateur (certaines gouttes, collyres et sirops, insulines etc...) peut être consultée sur le site de la PHEL. En cas de doute appeler l'assistance pharmaceutique au 058 773 42 14.

- Cf. *PHEL conservation des produits au frigo PHEL.FP.210.*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_19944/conservation](https://www.phel.ch/jcms/phel_19944/conservation)

### 4.2.5 Médicaments et chaleur

En cas de fortes chaleurs, les services se référeront aux recommandations de stockage et de conservation diffusées spécifiquement par la pharmacie (si besoin appeler l'assistance pharmaceutique au 058 773 42 14).

- Cf. *PHEL-Infos, Médicaments et canicule, n°49, juillet 2011, p.4* [http://www.phel.ch/jcms/phel\\_11003/phel-infos-no49](http://www.phel.ch/jcms/phel_11003/phel-infos-no49)
- Conservation des médicaments par temps de canicule*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_51796/canicule-2019-fiche-info](https://www.phel.ch/jcms/phel_51796/canicule-2019-fiche-info)

## 4.3 Retours

#### Services avec armoires Pyxis®

L'APUS s'occupe des retours des médicaments plus utilisés (produits dormants >90 jours) ou hors-liste; ceux-ci sont retirés de l'assortiment de l'armoire. Les médicaments périmés sont jetés dans le bac jaune du service et remplacés dans l'armoire par l'APUS.

#### Services sans armoire Pyxis®

Les médicaments qui ne sont plus utilisés doivent être retournés à la pharmacie du site. Les médicaments périmés sont jetés directement dans les boîtes jaunes du service. Un contrôle de la fréquence d'utilisation des médicaments doit être effectué régulièrement par le responsable de la pharmacie du service.

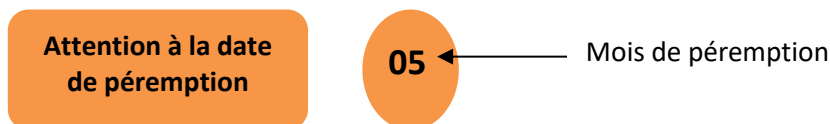
- Cf. *Fiche de retour de stupéfiants périmés ou entamés PHEL.FP.072 (PHEL-DGS04)*

## 4.4 Dates de péremption

### Services avec armoire Pyxis®

Dans les services dotés d'une armoire Pyxis®, les dates de péremption sont gérées par les APUS via le système informatique de l'armoire.

Une étiquette « attention date » est collée sur les médicaments frigo ou hors Pyxis® pour un faciliter le contrôle des péremptions ; celui-ci est effectué par l'APUS 1 fois par mois.



### Services sans armoire Pyxis®

La personne référente du service des unités de soins s'occupe des dates de péremption des médicaments. La fréquence le suivi et le mode opératoire sont définis par le service.

*Cf. Dates de péremption PHEL.IN.154 Documents obtenables à la PHEL*

## 4.5 Contrôles et nettoyages

### 4.5.1 Réfrigérateurs

La température dans les réfrigérateurs des unités de soins de Rennaz est enregistrée de manière automatique et suivie en temps réel par les services techniques durant les jours ouvrables et par la loge de sécurité la nuit et les weekends.

En cas de non-conformité, les services techniques ou la loge de sécurité informeront le service, afin que celui-ci prenne contact avec la pharmacie.

La température dans les réfrigérateurs des unités de soins de Mottex (CTR), la Providence (CTR et Permanence) et de Monthey (Permanence) sont relevés par les soignants du service sur le document *HRC.FOR.612*.

En cas de non-conformité, les services techniques informeront le service, afin qu'il prenne contact avec la pharmacie.

Dans les services avec APUS, celles-ci sont responsables du contrôle des dates de péremption et du nettoyage.

Dans les services sans APUS, les soignants sont responsables des dates de péremption et du nettoyage.

En période estivale de grandes chaleurs, éviter de laisser la porte du réfrigérateur ouverte trop longtemps.

Le réfrigérateur est nettoyé au minimum 2 fois par année par les APUS dans les services avec Pyxis® et par un membre de l'unité de soins dans les services sans Pyxis® de même que le congélateur.

### 4.5.2 Glucomètres

Le bon fonctionnement du glucomètre est vérifié au minimum 3 fois par année par un APUS et les fiches de contrôles remplies par celui-ci.

*Cf. Contrôle des glucomètres PHEL.IN.039*

### 4.5.3 Pharmacies

Les pharmacies (local, armoires, tiroirs, étagères) doivent être nettoyés 2 fois par année au minimum par une APUS pour celle avec une armoire Pyxis® et par un membre de l'unité de soins pour celle sans Pyxis®.

Les plateaux des piluliers doivent être nettoyés régulièrement, mais au minimum une fois par mois par un membre de l'unité de soins.

La propreté des piluliers sera vérifiée avant chaque utilisation et ceux-ci seront nettoyés au minimum une fois par mois par un membre de l'unité de soins.

#### 4.5.4 Caisses et bacs de livraison des médicaments

La PHEL est responsable de livrer les médicaments dans des caisses et des bacs propres et intacts, ceux-ci devant être nettoyés avant chaque livraison et changés si nécessaire.

Au minimum chaque 6 mois le magasinier de la PHEL procède à un nettoyage approfondi du matériel de livraison.

## 5 PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS

Dans la majorité des services, chaque patient se voit attribuer un pilulier. Ceux-ci doivent être identifiés avec une étiquette patient (contenant l'identité, la date de naissance, le numéro de chambre et la position de son lit).

Dans les services spécifiques (soins critiques, anesthésie, urgences, pédiatrie), où le patient ne bénéficie pas d'un pilulier nominatif, les médicaments sont préparés de manière extemporanée.

**Planifier du temps pour la préparation des médicaments et respecter les étapes suivantes :**

### 5.1 Silence

Informers ses collègues, et éventuellement porter un gilet de couleur ou un sautoir, afin d'éviter les dérangements et les interruptions. **Limiters la zone de préparation à un infirmier à la fois.**

### 5.2 Propreté / Hygiène

Mains, surface de préparation et matériel doivent être **propres et désinfectés** avant de commencer la préparation des médicaments. S'assurer de la propreté des distributeurs (piluliers) et utiliser des godets à usage unique.

Les compte-gouttes, pipettes et mesures fournis avec le médicament ne doivent pas être utilisés pour un autre médicament.

Nettoyer le mortier ou le coupe comprimé **entre** chaque médicament afin de limiter les contaminations. Pour diminuer le risque de contamination du soignant, il est préférable de porter des gants lors de ces manipulations. Nettoyer le matériel **après** utilisation.

Cf. *Hygiène hospitalière*

[http://h-intranet/jcms/qual00\\_20253/infectiologie-et-hygiene-hospitaliere-ichv](http://h-intranet/jcms/qual00_20253/infectiologie-et-hygiene-hospitaliere-ichv)

Directive institutionnelle sur la tenue vestimentaire *HRC.DIR.187*

### 5.3 Etiquetage

#### 5.3.1 Généralités

Utiliser les étiquettes fournies par les admissions pour étiqueter les godets, les stylos, les perfusions et les seringues (si manque de place, les coller en forme « drapeau »), ainsi que les piluliers.

#### 5.3.2 Les médicaments injectables

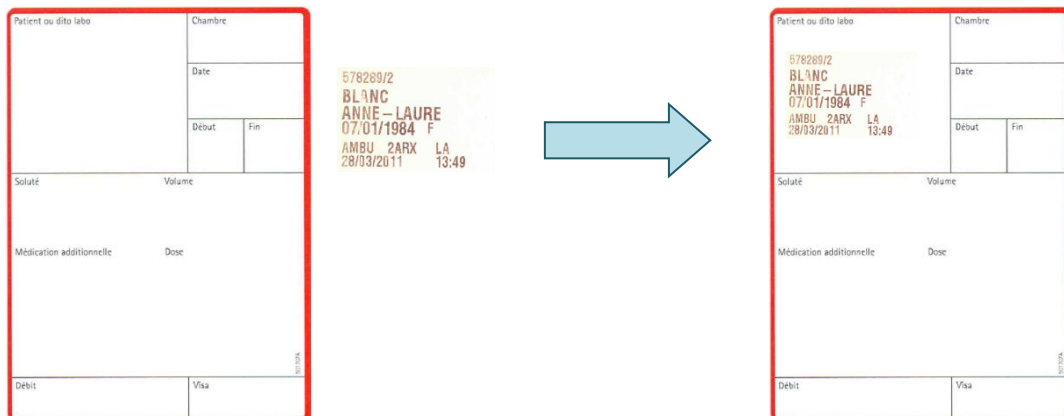
Lors de l'administration des médicaments injectables, il est indispensable de pouvoir identifier à tout instant les produits administrés.

*Remarque : L'étiquetage des injectables est en voie d'uniformisation ; de ce fait certains points de ce chapitre sont appelés à être prochainement modifiés afin d'être applicables par tous les services.*

##### 5.3.2.1 Perfusions

Les perfusions doivent être étiquetées avec les étiquettes « B. Braun » ci-dessous (ou une étiquette d'adjonction conforme, complétée par une étiquette patient). Elles doivent contenir les informations claires et lisibles sur la

date/heure de mise en route et de fin, le débit en **mL/h**, la durée, la signature de l'infirmier ainsi que les **substrats rajoutés** en précisant la quantité ajoutée.



Pour les services préparant les perfusions au lit du patient, l'étiquette patient n'est pas obligatoire.

### 5.3.2.2 Pousse-seringue

Une étiquette « format tubulure » est collée sur la tubulure à l'extrémité qui se trouve proche du patient.

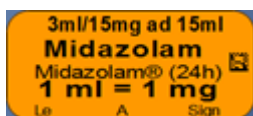


La seringue est étiquetée avec l'étiquette « grand format » ; la date, l'heure de préparation et le visa du soignant doivent être renseignés.



### 5.3.2.3 IVD

Une étiquette « format seringue » est complétée (date, heure de préparation et visa) et collée sur la seringue de façon à laisser visible la graduation.



## 5.4 Préparation

Les médicaments sont préparés dans le pilulier du patient, en tenant compte des horaires d'administration. Chaque patient a son propre pilulier portant une étiquette patient. Il convient de vérifier **AVANT CHAQUE** préparation s'il y a des changements d'ordres médicamenteux.

Choisir le médicament et vérifier :

- le **nom**
- le **dosage**
- la **date** de péremption / date de stabilité pour les liquides selon étiquette jaune/ l'intégrité du conditionnement

De plus :

- les comprimés restent dans leur blister d'origine (sauf les comprimés livrés en vrac)
- les gouttes, sirops, comprimés écrasés, effervescents, etc. sont préparés **au moment de l'administration** (attention à l'altération physico-chimique de certaines substances lorsque préparées en avance).
- **avant de couper ou d'écraser un comprimé, vérifier que la forme galénique le permette** (cf. RefMed PHEL <https://refmed-consult.chuv.ch/PHEL> ou téléphoner à l'assistance pharmaceutique au 058 773 42 14).
- **Calculs de dose et dilutions** : s'assurer du calcul correct de la dose en faisant, dans la mesure du possible, contrôler celui-ci par un collègue. En cas de doute ne pas hésiter à faire appel à un collègue. « **A deux c'est mieux** » !


### 5.4.1 Demi-comprimés

Lors de la prescription de demi-comprimés, le demi-comprimé doit être préparé dans la barquette dans son blister original afin de pouvoir être identifié à tout moment. Le demi-comprimé restant doit être jeté dans les récipients prévus à cet effet.

Les demi-comprimés stupéfiants restants doivent être retournés à la pharmacie centrale de l'établissement pour destruction dans un sachet muni des informations nécessaires à leur identification.

### 5.4.2 Médicaments à haut risque

Les médicaments considérés à risque selon la carte « Principes de sécurité médicamenteux » *HRC.FOR.7*, demandent une vérification par un deuxième professionnel de soins.

Médicaments à haut risques	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Héparine iv</li><li>2. Chlorure de potassium (KCl) iv</li><li>3. Insulines iv</li><li>4. Insulines sc</li><li>5. Méthotrexate</li><li>6. Stupéfiants</li></ol>	<p> = <b>DOUBLE CONTRÔLE</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) A la préparation<ul style="list-style-type: none"><li>Chlorure de potassium (KCL) IV</li><li>Méthotrexate per os, <u>sc</u>, iv</li><li>Insuline s/c</li><li>Stupéfiants</li></ul></li><li>2) A la mise en route de la pompe<ul style="list-style-type: none"><li><b>ET</b></li><li>A chaque réglage de débit</li><li>Héparine IV</li><li>Insuline IV</li></ul></li><li>3) A chaque réglage du pousse-seringue</li></ol> <p>Etiquettes d'identification pour injectables (non exhaustif) : Potassium chlorure KCL iv 1 ml/h = 1 meq/h Morphine Morphine 1 ml/h = 1 mg/h Héparine sodique Héparine sodique 1 ml/h = 10'000 UI/24h Insuline humaine Insuline humaine 1 ml/h = 1 UI/h</p>

Les poussettes-seringues doivent faire l'objet d'un double contrôle lors de leur réglage, une erreur de celui-ci pouvant entraîner un haut risque pour le patient.

Effectuer un double contrôle en cas de doute ou d'utilisation d'un médicament non habituel même si celui-ci ne fait pas partie de cette liste, tant pour la préparation que pour la manipulation de l'appareil.

**Double contrôle** : Un double contrôle est une comparaison à 2 reprises d'informations provenant d'au moins deux sources d'informations (par ex. la prescription et le médicament préparé). **Le double contrôle** consiste à effectuer deux fois la même comparaison « Quatre yeux voient mieux que deux ».<sup>2</sup>

Certaines circonstances (urgences, nuit, soins critiques) peuvent justifier que le double contrôle soit effectué par une seule et même personne. Dans ces cas particuliers, le nombre de comparaison est déterminant, plus que le nombre de personne. Ceci consiste en un auto-contrôle.

*Remarque : les services critiques développent leur propre liste des médicaments à haut risque adaptée à leur service à laquelle ils se référeront.*

### 5.4.3 Les médicaments per os

#### 5.4.3.1 Préparés en soins aigus

Les médicaments sont préparés **1 ou 2x/24h**, sous la responsabilité d'un **infirmier**. Dans les services de soins critiques, urgences, blocs, la préparation des médicaments se fait aussi souvent que nécessaire, de manière extemporanée, et selon les besoins de la situation clinique. Chaque infirmier prépare les médicaments des patients dont il est responsable.

Certains médicaments per os demandent des précautions particulières lors de la manipulation comme le port de gants (cf. RefMed PHEL <https://refmed-consult.chuv.ch/PHEL> ou téléphoner à l'assistance pharmaceutique au 058 773 42 14).

Eviter de toucher les médicaments non blistérés à mains nues, dans ce cas utiliser des gants ou se désinfecter les mains avec une solution hydro alcoolique.

Cf *Médicaments à manipuler avec précautions particulières (MMPP) PHEL.FP.258*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_53944/medicaments-a-manipuler-avec-precautions-particulieres-mmpp](https://www.phel.ch/jcms/phel_53944/medicaments-a-manipuler-avec-precautions-particulieres-mmpp)

#### 5.4.3.2 Préparés dans les SGR

Les piluliers de médicaments sont préparés tous les jours par le veilleur, avec la prescription sur Soarian®. Les piluliers sont ensuite contrôlés par l'infirmier de jour avec Soarian® au moment de l'administration. Les semainiers quant à eux sont préparés pour 3 jours (2x/semaine).

Les semainiers mis en place doivent être identifiés à l'aide d'une étiquette du patient. La date de mise en route du semainier doit être relevée dans le dossier Soarian® dans les notes infirmières (ordres, interventions de soins, item « effectuer une formation liée à la gestion des médicaments » ; noter dans les commentaires la date de mise en route et les commentaires sur la gestion).

Lors de modification de traitement, l'infirmier responsable du patient relève l'ordre et actualise le semainier.

Les médicaments hors semainier doivent être préparés avant chaque distribution (avant les repas ou hors des heures habituelles).

Cf. *Gestion, éducation semainier en SGR, HRC.PRD.54*

<sup>2</sup> Le double contrôle – Fondations suisse pour la Sécurité des patients – Publication N° 10



### 5.4.3.3 Les médicaments Per os liquide

Le prélèvement des médicaments liquides administrés Per os ou par sonde entérale se fait à l'aide d'une seringue Exadoral.



### 5.4.4 Les médicaments injectables

Se désinfecter les mains et mettre des gants s'il y a un risque de contact avec le médicament. Préparer le médicament juste avant de les administrer. Identifier les seringues et les perfusions avec le nom du médicament et le nom du patient, sauf pour les services des soins critiques, les urgences et les services de pédiatrie où ces médicaments sont préparés de manière extemporanée.

Pour l'étiquetage, se référer au chapitre 4.3. *Etiquetage*.

#### 5.4.4.1 Flacons multi doses avec ou sans agent conservant

Pour connaître la durée de conservation des flacons entamés consulter [https://www.phel.ch/jcms/phel\\_12009/intro-liste-2016-2017-version-27-septembre-2016](https://www.phel.ch/jcms/phel_12009/intro-liste-2016-2017-version-27-septembre-2016), pages XXXI à XXXIII ou consulter la monographie du produit éditée par le fabricant.

#### 5.4.4.2 Ampoules à usage unique

Le contenu d'ampoules à usage unique transvasé dans une seringue se garde au maximum 24 heures au frigo ou au maximum 12 heures à température ambiante.

Ces durées de conservation se rapportent uniquement à des notions d'hygiène et ne sont applicables que si les règles d'asepsie sont rigoureusement respectées (désinfection du bouchon et aiguille stérile à chaque prise).

Il faut en outre tenir compte de la stabilité physico-chimique du produit (cf. Refmed ou assistance pharmaceutique).

**NB : Les durées de conservation microbiologique des préparations injectables ont été révisées et de nouvelles dispositions - globalement plus restrictives - sont en vigueur.**

- Si l'injection nécessite une dissolution, une dilution ou une mise en suspension préalables, l'injection se pratiquera au plus tard 1 heure après cette préparation. Durant ce laps de temps, le liquide à administrer restera à température ambiante.
- Les perfusions continues s'administreront en 48 heures au maximum, à température ambiante, pour autant que la stabilité physico-chimique du produit le permette.
- Les perfusions intermittentes s'administreront à température ambiante et dans un délai de moins de 12h (temps d'administration compris), pour autant que la stabilité physico-chimique du produit le permette.

Cf : [https://www.phel.ch/jcms/phel\\_19753/conservation-des-medicaments-injectables](https://www.phel.ch/jcms/phel_19753/conservation-des-medicaments-injectables)  
*Refmed et FAMI lors de préparations d'injectables*

#### 5.4.4.3 Les stylos à insuline

Les stylos à insuline seront utilisés à des fins éducatives ou si le patient est habituellement traité ainsi afin de garder son indépendance dans sa médication.

**Attention !** Les stylos à insuline **sont personnels** et ne doivent être utilisés que pour **une seule et même personne** à qui on le remettra à la fin du séjour hospitalier.

L'utilisation d'un stylo à insuline pour plus d'un patient, même en changeant l'aiguille, peut entraîner la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite B, de l'hépatite C ou d'autres agents pathogènes transmissibles par le sang. En effet, après une injection, une insertion de matériel biologique du patient à l'intérieur de la cartouche a été mise en évidence.

Chaque stylo et chaque cartouche doivent donc servir pour un seul patient et l'utilisation partagée est **proscrite**.

#### 5.4.5 Les médicaments transdermiques

Les médicaments transdermiques doivent être préparés au dernier moment avant l'application.

Les crèmes/pommades, les flacons, les tubes, etc. utilisés pour un patient donné et gardés en chambre doivent être étiquetés au nom du patient et jetés à la fin du traitement ou lors du départ de celui-ci.

Les crèmes/pommades, les flacons, les tubes, etc. utilisés pour plusieurs patients doivent être conservés dans la pharmacie d'étage en tenant compte de la validité après ouverture et en respectant les règles d'hygiène lors de prélèvements multiples.

Si un patch doit être coupé, vérifier auprès de l'assistance pharmaceutique que cela ne modifie pas la libération du médicament. La moitié restante doit être éliminée. Les demi-patches stupéfiants restants doivent être retournés à la pharmacie centrale de l'établissement pour destruction, soit avec leur blister d'origine, soit dans un sachet muni des informations nécessaires à leur identification. Ne jamais écrire directement sur les patches mais sur un scotch médical collé à côté du patch et sur celui-ci.

Cf. [https://www.phel.ch/jcms/phel\\_23647/bonnes-pratiques-de-manipulation-des-patches](https://www.phel.ch/jcms/phel_23647/bonnes-pratiques-de-manipulation-des-patches)

#### 5.4.6 Les médicaments stupéfiants

Les médicaments stupéfiants doivent être préparés au moment de l'administration. Un suivi de la consommation de stupéfiant par chaque service est exigé par la loi.

##### Service avec une armoire Pyxis®

L'armoire Pyxis® permet une gestion du stock entièrement informatisée ; le décompte des comprimés, ampoules et ml se fait de manière automatique par le système, à chaque prélèvement. Attention toutefois à renseigner correctement les champs lors de la prise de stupéfiants dans l'armoire. Le comptage avant le prélèvement est nécessaire et doit être introduit dans le système afin d'assurer la bonne gestion du stock. Dans le cas contraire une divergence sera créée par le système.

##### Service avec pharmacie traditionnelle

Chaque sortie de stupéfiant doit être notée sur la fiche du stupéfiant concerné en se référant au numéro sur la fiche du stupéfiant ainsi que sur la boîte et demande **une double signature**.

La gestion des stupéfiants est soumise à la loi fédérale sur les stupéfiants, LStup. Il est donc nécessaire de suivre les consignes suivantes :

<b>Contrôle stock des stupéfiants dans les services</b>	<p>Les ICUS sont tenus de vérifier chaque semaine l'état de stock des stupéfiants de leur service (visa de l'ICUS à chaque contrôle)</p> <p>→ En cas d'erreur, il est plus aisé de retrouver l'écriture manquante ou erronée</p>
<b>Tenues fiches vertes de stupéfiants</b>	<p>Les ICUS vérifient les écritures sur les fiches (noms patients, visas infirmiers, date etc.), ferment la fiche lorsque l'emballage est fini (date et visa) et la font parvenir à la pharmacie de site.</p> <p>Les corrections devraient se faire de manière visible (ne pas effacer complètement une écriture erronée)</p>
<b>Posologies habituelles des stupéfiants</b>	<p>La consommation des stupéfiants devrait correspondre à la posologie habituelle du médicament → vérifier sur les fiches la façon de remplir (date, heure, posologie)</p> <p>Si ce n'est pas le cas, l'ICUS devrait vérifier avec les médecins s'il s'agit d'une posologie particulière, pour certains patients. Ceci peut être documenté sur la fiche de stupéfiant.</p>
<b>Ampoules cassées ou préparées et non utilisées</b>	<p>Ampoules préparées et pas utilisées et/ou ampoules cassées accidentellement*</p> <p>→ Ces ampoules doivent être retournées à la pharmacie de site afin d'assurer le suivi exigé par la loi.</p>
<b>Suivi fiches de stupéfiants</b>	<p>Fermer les fiches de stupéfiants en cours d'utilisation (et finir l'emballage) avant d'entamer une nouvelle pour le même médicament (et commander un nouvel emballage)</p> <p>→ Suivre si des fiches de stupéfiants sont ouvertes en parallèle pour le même médicament</p>
<b>Gestion de demi-comprimés et demi-patch de stupéfiants</b>	<p>Ne jamais jeter des stupéfiants !</p> <p>Demi-comprimés et demi-patches doivent être retournés à la pharmacie de site.</p>
<b>Armoires sécurisées</b>	<p>Sélectionner le stupéfiant désiré en indiquant la quantité à prélever.</p> <p>Indiquer le nombre de comprimés/patches/ampoules ou solution en stock avant de faire le prélèvement. Si la quantité est différente du solde théorique, une divergence se crée.</p> <p>Le cubis de la Pyxis® s'ouvre automatiquement en indiquant le nombre exact à prélever.</p> <p>L'armoire permet une gestion nominative et automatique des stupéfiants, il n'est donc pas nécessaire de remplir les fiches vertes de stupéfiants, l'inventaire étant mis à jour à chaque prélèvement</p>

\* Les services à forte consommation de stupéfiants (anesthésie, urgences, soins critiques) peuvent être exemptés de ces retours pour autant que le suivi et le relevé des stupéfiants sur les fiches de stupéfiants soient conformes.

## RAPPEL DES BONNES PRATIQUES- Gestion des stupéfiants

Pharmacie des hôpitaux de l'est lémanique  
Ed. Daderevski 3  
1810 VEVEY

FICHE DE STUPEFIANT N° 37862



SERVICE OFFREUR :

02PH SAM PHARMACIE

SERVICE DEMANDEUR :

2U0 Sam GYNECO/ORL

DISTRIBUE PAR : VN1

Jelmina Asari  
Assistante PHEL

RECEPTIONNE PAR : Sandra B.

VISA :

*[Signature]*

VISA :

*[Signature]*

TRANSFERT : 313890/1

DATE LIV. : 22/07/2015

Article 12593 / MST CONTINUS cpr 10 mg

Quantité distribuée (pièces) 20

DISTRIBUTION DANS LE SERVICE

N° Ligne	DATE	HEURE	PATIENT / E (NOM / PRENOM)	SIGNATURES PAR 2 INFIRMIERES		QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE
				Contrôle 1	Contrôle 2		
1	22/07/2015	14h		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	2	18
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

1. Les stupéfiants sont délivrés aux infirmiers et aux ASSC au guichet de la pharmacie contre signature

2. Noter la prise d'un stupéfiant sur la fiche verte correspondante ainsi que sur le dossier du patient (Soarian® ou dossier papier)

4. Noter les quantités distribuées à chaque prélèvement et faire le report en contrôlant la concordance entre le solde et la quantité en stock.

3. Deux signatures sont nécessaires. \*

- En cas de non concordance, recontrôler la fiche afin de trouver l'erreur.
- Si l'on ne trouve pas la cause de l'erreur, avvertir immédiatement la pharmacie.

15  
16  
17  
18  
19  
20

RETOUR LE :  
VISA Resp Unité :

*[Signature]*

QUANTITE CONSOMMEE :  
RETOUR

18

En cas d'erreur de livraison (produit, quantité livrée, service demandeur, ...) MERCI d'avertir immédiatement la pharmacie

5. Signer la fiche verte lors du retour du stupéfiant (ICUS ou remplaceant)

6. Vérifier que le solde soit identique à la quantité retournée

7. En cas d'erreur (produit, quantité livrée, service demandeur, numéro sur la fiche ne correspondant pas au numéro sur le stupéfiant...) avvertir immédiatement la pharmacie.

8. Retourner la fiche stupéfiant complétée à la pharmacie lors avec le retour du stupéfiant ou lorsque celui est terminé.

\* Certains services (anesthésie, urgences, soins critiques) ou certaines circonstances (nuit, urgence, SF en salle d'accouchement) peuvent justifier que le double contrôle soit effectué par une seule et même personne. Dans ces cas particuliers, le nombre de comparaison est déterminant, plus que le nombre de personne.

### 5.4.7 Les médicaments cytostatiques

Les médicaments cytostatiques per os sont préparés en même temps que les autres médicaments avec les précautions d'usage dans ou hors pilulier selon les directives, avec port de gants. Les médicaments cytostatiques ne doivent en aucun cas être écrasés ou coupés. Prendre contact un pharmacien pour tout renseignement à ce sujet.

Les traitements cytostatiques administrés par perfusion intraveineuse, voie S/C, IT ou IM sont prescrits par le médecin oncologue sur le **logiciel CATO** et une copie du plan thérapeutique est transmise au service concerné. Les produits sont fabriqués par l'unité de PHELONCO et livrés dans les services via le service des transports de l'HRC selon le protocole établi.

Cf. *Administration de traitement anticancéreux et précautions, HRC.PRD.78*

### 5.4.8 Les médicaments préparés dans les services avec armoire sécurisée

Les infirmiers préparent l'un après l'autre les piluliers de leurs patients. L'infirmier doit s'identifier sur la machine grâce à un identifiant d'utilisateur et son empreinte digitale. Ensuite, il sélectionne le patient voulu et prélève les médicaments désirés les uns après les autres.

En aucun cas les médicaments seront prélevés dans l'armoire sans avoir été sélectionnés dans le système.

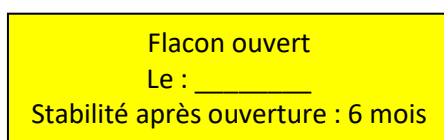
Lors de la prise d'un stupéfiant il est nécessaire de renseigner tous les champs demandés par le système avant de prélever le médicament en question.

Cf. *Armoires Pyxis® modes d'emploi et procédures de dépannage*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_38370/armoires-pyxis](https://www.phel.ch/jcms/phel_38370/armoires-pyxis)

### 5.4.9 Validités

Lors de la première utilisation d'un conditionnement dans lequel seront prélevées plus d'une dose de médicament, noter la date d'ouverture sur l'étiquette et l'apposer sur le récipient (flacon de sirop ou de solution orale, tube pommade, flacon de collyre, ampoule ou stylo d'insuline, etc.), non sur le suremballage. Vérifier également la date d'échéance du produit.

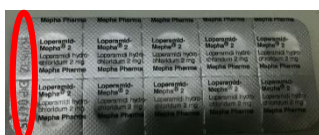
Utiliser les étiquettes fournies par la pharmacie ou vérifier la durée de conservation à l'aide de RefMed® PHEL.



Cf. *RefMed PHEL* <https://refmed-consult.chuv.ch/PHEL> ou téléphoner à l'assistance pharmaceutique (tél. 058 773 42 14).

### 5.4.10 Blisters

Pour les comprimés ou les capsules, découper les blisters de manière à ne pas couper le n° lot et la date d'expiration. N'entamer **qu'une seule** plaquette à la fois.



Ne pas sortir le comprimé ou la capsule du blister → nécessaire pour l'identification lors du contrôle. Tous les comprimés ou capsules non identifiables doivent être retournés à la pharmacie pour élimination.

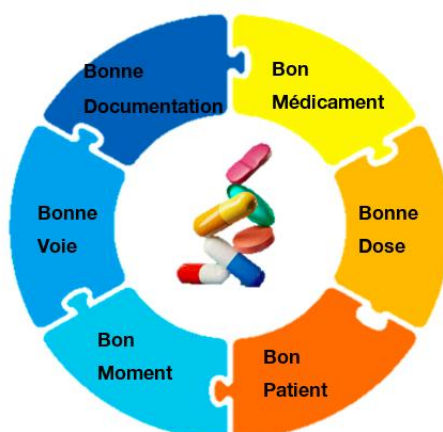
### 5.4.11 Médicaments de consonance ou d'apparence semblables (Look Alike-Sound Alike)





De nombreux médicaments peuvent être confondus en raison des similarités de leurs noms ou de leurs présentations. Ces confusions sont fréquentes et peuvent conduire à des incidents potentiellement graves. La liste des médicaments Look-Alike-Sound- Alike faisant partie de l'assortiment de l'hôpital et identifiés comme potentiellement à risque de confusion par la pharmacie peut être obtenue à la pharmacie.

## 6 ADMINISTRATION

### 6.1 Généralités

La distribution et l'administration est sous la responsabilité d'un **infirmier**. La personne qui distribue les médicaments vérifie l'exactitude de la prescription ainsi que la concordance patient / prescription / godet selon la règle des 6 B.



<b>Bon Médicament</b>
La prescription coïncide avec le médicament
 <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Sound alike</i></li><li>• <i>Look alike</i></li></ul>
<b>Bonne dose</b>
<b>Bon Patient</b>
L'identité du Bracelet coïncide avec la prescription
 <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Homonymes</i></li><li>• <i>Ne pas appeler le patient par son nom pour l'identifier</i></li></ul>
<b>Bon Moment</b>
 <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Aux changements de prescription (médicament en suspens, etc...)</i></li></ul>
<b>Bonne voie</b>
 <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Vérifier l'état de la voie</i></li><li>• <i>Aux réglages des pousses-seringues (double contrôle)</i></li></ul>
<b>Bonne documentation</b>
Valider l'administration tout de suite après l'avoir faite

Il est indispensable de vérifier l'identité du patient grâce au **bracelet** et ceci **avant** l'administration de **tout** médicament.

Cf. *Affiche utilisation du bracelet d'identification = Sécurité des patients HRC.DIR.19*  
*Port d'un bracelet d'identification pour les patients HRC – HRC.PRD.877*

L'infirmier vérifie les traitements à administrer dans Soarian® ou dans les feuilles d'ordres médicamenteux propres au service avant de les donner aux patients.

La personne qui distribue les médicaments apprend au patient à reconnaître ceux-ci afin qu'il devienne un partenaire actif des soins. Elle informe le patient des buts du traitement et des effets secondaires possibles. Elle demande au patient d'appeler s'il ressent des effets indésirables. La personne vérifie la bonne prise des médicaments par le patient et valide les prises sur Soarian®.

L'administration des médicaments doit être faite selon les ordres médicaux. Des horaires d'administration avec des intervalles de prise précis doivent être respectés afin d'assurer l'efficacité de des traitements.

Les médicaments sont déblistérés au moment de les administrer.

## 6.2 Médicaments à haut risque

Cf. Chapitre Préparation : Médicaments à haut risque

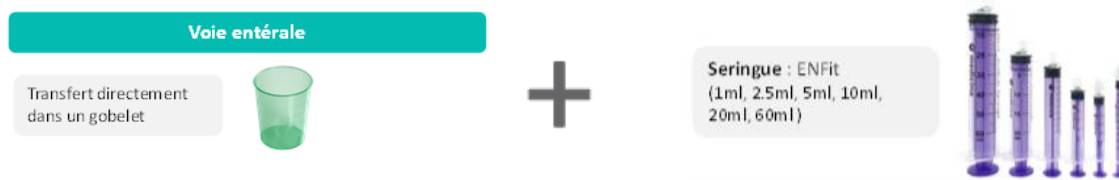
## 6.3 Les médicaments per os

### 6.3.1 Généralités

Les médicaments liquides doivent être administrés avec un **dispositif adapté** à l'administration orale (ex : godets gradués, mesures, seringues + connecteur Enfit, etc.).

En aucun cas les seringues utilisées pour la voie injectable seront utilisées pour la voie orale, de même que les seringues utilisées pour la voie entérale (per os, sonde) ne seront en aucun cas utilisées pour la voie parentérale (intraveineux, intramusculaire...).

Pour l'administration par sonde entérale, le médicament, préalablement prélevé à l'aide du dispositif exadoral et mis dans un godet, sera dans un deuxième temps prélevé à l'aide des seringues Enfit et injecté directement dans la sonde entérale.



Pour l'administration des médicaments par sonde, il convient de vérifier que la forme galénique soit compatible avec cette voie d'administration. Si possible, envisager une autre voie (rectale, transdermique, sublinguale).

- Arrêter la nutrition entérale (ne pas ajouter les médicaments directement dans la nutrition)
- Rincer la tubulure avec 20-30 ml d'eau
- Administrer en bolus par la sonde
- **Administrer chaque médicament seul** afin d'éviter les incompatibilités et risque d'obstruction de la sonde (dans la mesure du possible)
- Rincer la tubulure avec 10-15 ml d'eau entre chaque médicament
- **Après administration du dernier médicament rincer la tubulure avec 20-30 ml d'eau**


Cf. : Administration des médicaments par sonde chez l'adulte version 01 du 17.10.2017

[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_19751/administration-des-medicaments-par-sonde-chez-l-adulte](https://www.phel.ch/jcms/phel_19751/administration-des-medicaments-par-sonde-chez-l-adulte)

### 6.3.2 Particularités

Les médicaments à haut risque doivent être distribués par l'infirmier, l'heure de la distribution doit être notée et signée par celui-ci.

## 6.4 Les médicaments injectables

Avant leur administration, il est conseillé de vérifier les données d'administration, de surveillance, etc. sur Refmed® PHEL, rubrique FAMI (représenté par ).

**PRUDENCE** : Certains médicaments (mannitol, Phenydan, Remicade etc...) doivent être reconstitué et/ ou administré à l'aide d'un filtre. La liste des médicaments stockés à la PHEL nécessitant l'utilisation d'un filtre se trouve sur le lien suivant : [Médicaments PHEL et filtres](#)

Dans la mesure du possible double contrôler le réglage de la pompe avec un collègue ou du moins revérifier la programmation avant l'administration.

### 6.4.1 Rinçage des voies veineuse et des lignes de perfusion après administration des médicaments

Tous les médicaments administrés par perfusion intermittente (indépendamment du volume) nécessitent d'être rincés. Ce rinçage se fait en remplaçant le flex vide par un ecoflac de NaCl 0.9% Bbraun 50 ml. En cas de restriction hydrique seul 20 ml du flex peuvent être passés.

Pour les injections intraveineuses directes, il est nécessaire de rincer avant, après et entre chaque médicament avec au minimum 10 ml de NaCl 0.9%.

## 6.5 Les médicaments transdermiques

La date de pose d'un patch doit être inscrite dans le dossier du patient et non sur le patch (risque de modification de l'absorption du médicament), un scotch cutané contenant cette information peut être collé à côté du patch. Presser le patch 30 secondes au moment du collage, possible de le fixer aussi à l'aide d'un adhésif pour la peau de type Micropore.

Cf. [https://www.phel.ch/jcms/phel\\_23647/bonnes-pratiques-de-manipulation-des-patches](https://www.phel.ch/jcms/phel_23647/bonnes-pratiques-de-manipulation-des-patches)

## 6.6 Les médicaments cytostatiques

La date de pose d'un patch doit être inscrite dans le dossier du patient et non sur le patch (risque de modification de l'absorption du médicament), un scotch cutané contenant cette information peut être collé à côté du patch. Presser le patch 30 secondes au moment du collage, possible de le fixer aussi à l'aide d'un adhésif pour la peau de type Micropore.

Cf. *Référentiel pour les soins infirmiers en oncologie HRC.DIR.220*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_12198/oncologie-informations-sur-les-medicaments](https://www.phel.ch/jcms/phel_12198/oncologie-informations-sur-les-medicaments)

### 6.6.1 Les médicaments per os

Les médicaments de chimiothérapie per os ne doivent pas être mélangés avec les autres traitements du patient. Les comprimés cytostatiques ne doivent pas être coupés ni écrasés !

Cf. [https://www.phel.ch/jcms/phel\\_12535/manipulation-des-cytostatiques-oraux](https://www.phel.ch/jcms/phel_12535/manipulation-des-cytostatiques-oraux)

### 6.6.2 Les injectables

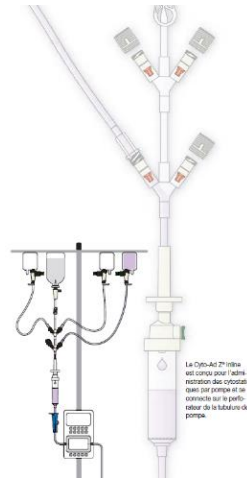
Les médicaments cytostatiques intraveineux sont administrés par voie centrale (DAVCTI - Dispositif d'accès veineux central totalement implantable) ou périphérique. En cas d'utilisation d'une voie périphérique, les médicaments cytostatiques doivent être administrés sur un abord fraîchement posé.



Les chimiothérapies iv sont administrées par un personnel formé à cette tâche.

Les perfusions (Flex à tubulure courte) préparées par la PHEL-ONCO sont prévues pour être fixées sur un dispositif type « arbre de Noël » (cf. ci-dessous). La ligne centrale est réservée à la prémédication et aux rinçages. Le protocole suivant détaille l'administration des chimiothérapies avec ce dispositif :

Cf. *Administration de traitement anticancéreux et précautions, HRC.PRD.78*



**Dispositif "arbre de Noël"**

Un rinçage de NaCl 0.9% 50mL doit être effectué après chaque administration de perfusion. Lors de l'utilisation d'un Gripper® plutôt qu'une voie veineuse périphérique, le rinçage doit être effectué avec 50 mL de NaCl 0.9% en pression positive. Chaque retrait d'abord veineux doit être effectué avec des **gants nitrile**.

Lors de l'administration de cytostatiques par voie sous-cutanée ou intramusculaire, le port de lunettes et d'un masque doit compléter les mesures de protection.

### 6.7 Suivi de l'administration des médicaments

Valider l'administration du médicament dans Soarian® **en temps réel** et vérifier la bonne prise de celui-ci. Pour les services qui n'ont pas de prescription informatisée, la prise des médicaments doit être validée sur le support prévu à cet effet.

Pour tout traitement médicamenteux non administré ou non pris par le patient, inscrire une note dans Soarian® ou sur la fiche ad hoc, à l'endroit prévu à cet effet.

## 7 MÉDICAMENTS PERSONNELS DES PATIENTS

Par médicaments personnels du patient, on entend ceux qui lui étaient prescrits avant son admission et ceux qu'il prenait de sa propre initiative, à titre d'automédication. Ces médicaments ne doivent pas être utilisés durant l'hospitalisation (sauf pour dresser la liste des traitements personnels du patient).

Dans les cas exceptionnels où l'utilisation des médicaments personnels du patient est tolérée (ex. protocole thérapeutique particulier, médicament non obtainable ou en attente de livraison), **elle doit être cadrée**.

L'établissement doit veiller à disposer de toutes les mesures utiles permettant de réduire les risques de survenance d'incidents en optimisant la communication, la transparence, la traçabilité et la documentation entre les différents partenaires (patients et entre professionnels de la santé). Les patients doivent informer le médecin hospitalier des médicaments pris, en précisant que le médecin hospitalier peut être amené à adapter la médication durant

l'hospitalisation et qu'il importe d'éviter d'éventuelles interférences. Un plan de traitement très clair doit être décidé avec le patient en réglant les responsabilités de chacun par rapport à la prise de médicament.<sup>3</sup>

Seuls les médicaments identifiables et non périmés peuvent être utilisés. Il faut donc étiqueter (avec une étiquette patient) tout emballage au nom du patient. Il est **impératif** que tous les médicaments soient prescrits sur Soarian® ou sur la feuille de prescription, comme les autres médicaments mais avec la mention (**note médicale**) « **traitement personnel du patient** ». Et ceci même si le patient gère lui-même ces médicaments (rajouter à la note médicale « **géré par le patient** »). Dans ce cas, la capacité du patient à gérer lui-même son traitement doit être vérifiée. L'infirmier est tenu de vérifier les prises des traitements par celui-ci. Il valide ensuite la prise dans Soarian® ou sur la feuille de suivi de l'administration des médicaments (pour les services sans Soarian®). Le médecin prescripteur doit s'assurer qu'il n'y ait pas de doublons entre les prescriptions des traitements du patient et ceux fournies par l'établissement.

L'infirmier doit s'assurer que le patient ne s'auto-médicament pas durant l'hospitalisation avec des médicaments non prescrits et/ou qui ne correspondent pas à une note médicale spécifiant l'utilisation des médicaments personnels du patient.

Lors de la sortie, le médecin doit s'assurer que seuls les traitements adéquats soient prescrits (mise en évidence des médicaments personnels stoppés, contre-indiqués ou à risque d'interaction majeure avec le reste du traitement).

Cf. 2.6. Rédaction d'une ordonnance de sortie

A la fin du séjour, ne pas oublier de **restituer** les médicaments personnels au patient.

## 8 EXTRAVASATIONS

### 8.1 Généralités

Une extravasation est un événement qui peut survenir lors de l'administration de médicaments iv. La prise en charge diffère selon le produit concerné. En cas de doute, appeler l'assistance pharmaceutique (tél. 058 773 42 14).

Dès qu'une extravasation est constatée, il faut suivre les étapes suivantes :

#### 8.1.1 Extravasation sur voie veineuse périphérique

- Stopper la perfusion **mais** laisser le venflon et l'aiguille en place
- Délimiter les zones d'extravasation à l'aide d'un marqueur indélébile
- Aspirer le produit injecté par la voie veineuse périphérique avec une seringue
- Enlever la voie veineuse périphérique sans comprimer
- Surélever le membre atteint
- Documenter l'évènement dans le DPI afin de suivre l'évolution et planifier la surveillance du membre atteint.

#### 8.1.2 Extravasation sur voie centrale ou DAVCTI

- Stopper la perfusion **mais** laisser l'aiguille en place
- Délimiter les zones d'extravasation à l'aide d'un marqueur indélébile
- Aspirer le produit injecté avec une seringue
- Documenter l'évènement dans le DPI afin de suivre l'évolution et planifier la surveillance du patient.

<sup>3</sup> Service juridique de l'HRC – SZB et SBL – 16.12.2015 (gestion médicamenteuse par le patient durant sa prise en charge à l'hôpital).

La personne en charge du patient doit informer celui-ci de l'incident, du traitement et du suivi de l'extravasation. Le médecin en charge du patient doit être averti qui prendra les mesures nécessaires. Après la prise en charge de cet imprévu, il est important de compléter par une déclaration SEGI.

### 8.2 Produits non-cytostatiques

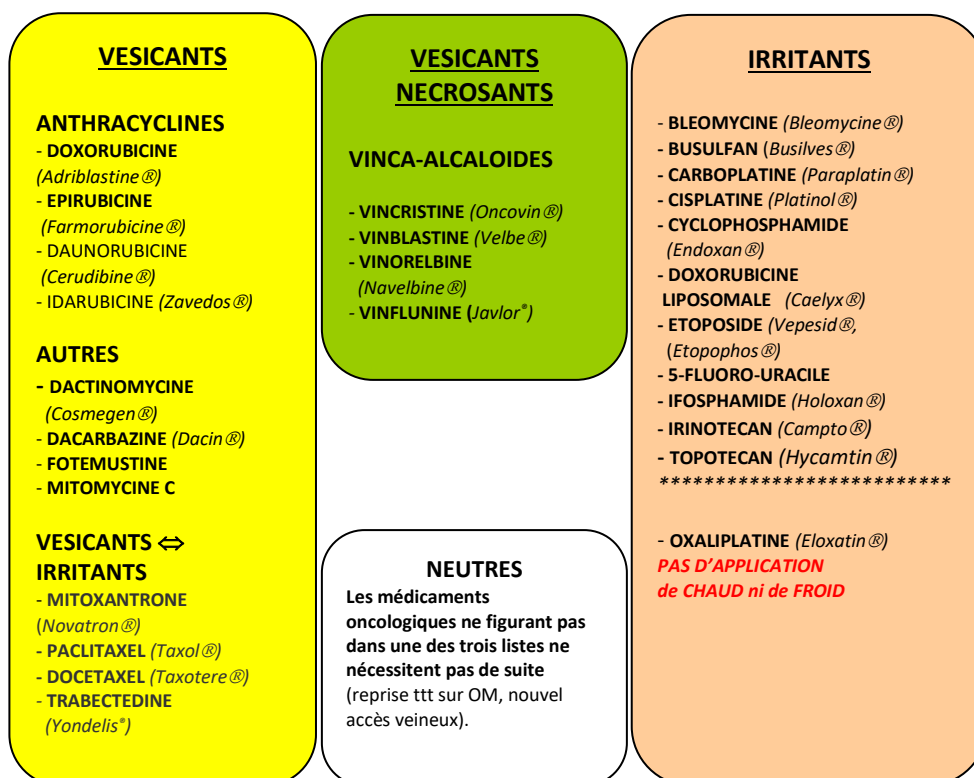
Pour la prise en charge des extravasations des produits non-cytostatiques, suivre la procédure générale telle que décrite sous le point 8.1 puis appeler l'assistance pharmaceutique afin de voir si une prise en charge particulière est nécessaire pour le produit concerné.

Cf. *Extravasations produits non cytostatiques*  
[https://www.phel.ch/jcms/phel\\_40372/extravasation-produits-non-cytostatiques](https://www.phel.ch/jcms/phel_40372/extravasation-produits-non-cytostatiques)

### 8.3 Produits cytostatiques

La prise en charge des extravasations concernant les produits cytostatiques doit commencer par la prise en charge générale telle que décrite sous le point 8.1. La suite des soins dépendra de la substance. Les produits cytostatiques sont classés selon leurs propriétés (irritant / vésicant / nécrosant).

Cf. *Procédure d'urgence générale lors des extravasations d'un produit cytostatique*  
[http://www.phel.ch/jcms/phel\\_12198/oncologie-informations-sur-les-medicaments-lien](http://www.phel.ch/jcms/phel_12198/oncologie-informations-sur-les-medicaments-lien)



« Classification des produits cytostatiques »  
 (liste non exhaustive)

## 8.4 Produits de contraste

Pour toute extravasation de PDC, le technicien en radiologie (TRM) suit la procédure du service.

- Arrêter immédiatement l'injection.
- Informer le radiologue responsable.
- Tenter d'aspirer le produit extravasé par le cathéter d'abord, puis, après l'avoir enlevé, exercer plusieurs pressions cutanées.
- Surélever le membre concerné pendant 3 heures.
- Appliquer de la glace (envelopper la glace dans un linge) sur le site d'injection pendant 20 minutes.
- Réaliser un topogramme sur la région de l'extravasation sur demande du radiologue.
- Déclarer l'incident (SEGI).
- Informer le patient sur l'incident, sur les traitements et sur le suivi de cette extravasation.
- Examiner le patient.
- Prévenir le médecin demandeur de l'extravasation.
- Dire au patient de se présenter chez son médecin traitant ou aux urgences en cas d'aggravation.
- Documenter l'incident sur le rapport radiologique (mentionner le type et la quantité de produit de contraste injecté, la localisation précise de l'extravasation et les soins effectués en radiologie).
- En cas d'absence de radiologue (par exemple pendant les gardes), décider si une consultation aux urgences est nécessaire pour un examen clinique, vasculaire et neurologique en cas d'extravasation d'une grosse quantité de contraste ou suspicion de syndrome de loge.

## 9 GESTION DES DÉCHETS

Les médicaments **ne doivent pas** être jetés à la poubelle ou dans l'évier, mais éliminés selon les indications ci-dessous.

### 9.1 Ampoules et seringues vides

Les seringues avec aiguilles serties et les petites ampoules cassées doivent être éliminées dans des containers à aiguilles. Les autres ampoules doivent être jetées dans le fût dédié à l'élimination des médicaments.

### 9.2 Médicament stupéfiants

- Ampoules injectables : entamées et/ou cassées accidentellement, ainsi que les ampoules vides et les seringues avec aiguilles serties doivent être éliminées dans le container à aiguilles.
- Cassettes de morphine ou de fentanyl : entamées ou vides, elles doivent être éliminées dans le fût dédié à l'élimination des médicaments.
- Perfusions : entamées ou vides, elles doivent être éliminées dans le fût dédié à l'élimination des médicaments.
- Patch découpés et/ou périmés : doivent être retournés à la pharmacie de site afin d'assurer le suivi exigé par la loi.
- ½-comprimés : doivent être retournés à la pharmacie de site afin d'assurer le suivi exigé par la loi.
- Solutions orales : entamées mais plus utilisées, elles doivent être retournées à la pharmacie de site afin d'assurer le suivi exigé par la loi.

### 9.3 Médicaments périmés et médicaments entamés et plus utilisés

Les médicaments tels que capsules, comprimés, gélules, pommades/crèmes, suppositoires, ampoules, flacons ampoules, perfusions, patchs, flacons de solution/sirops/gouttes, etc. doivent être mis dans le fût dédié à l'élimination des médicaments.

#### 9.3.1 Stupéfiants

Les médicaments tels que capsules, comprimés, gélules, pommades/crèmes, suppositoires, ampoules, flacons ampoules, perfusions, cassettes, patchs, flacons de solution/sirops/gouttes, etc. doivent être retournés à la pharmacie de site afin d'assurer le suivi exigé par la loi.

## 9.4 Cytostatiques

Les médicaments cytostatiques, le matériel utilisé pour les injections et les déchets doivent être éliminés dans des bacs spéciaux fournis par l'HRC (bacs bleus, résistants à la rupture, étanches et pouvant être scellés) **étiquetés avant remplissage** avec l'étiquette ad hoc.



Les bacs pleins sont **scellés** puis ramassés pour destruction. Lors de toute manipulation de ces bacs, des gants en nitrile doivent être utilisés.

## 9.5 Flacons plastiques vides, y c. flacons à perfusions vides

Les flacons plastiques vides ainsi que les flacons à perfusion vides doivent être éliminés par la filière standard. Les tubulures sont déconnectées et jetées dans les récipients bacs jaunes pour objets contaminés/tranchants.

### Remarque :

La gestion des déchets est soumise à l'ordonnance sur les mouvements des déchets 2004 « élimination des déchets médicaux » ; Office fédéral de l'environnement, des forêts et du paysage (OFEFP) qui vous pouvez consulter sous : <http://www.svmd.ch/docs/med-dent/OFEFP-2004.pdf>

Des documents HRC concernant la gestion des déchets sont en cours d'élaboration et bientôt disponibles sur Jalios  
Cf. : HRC.PRD.541

## 10 DÉCLARATION DES INCIDENTS

L'hôpital Riviera-Chablais soutient une « *Just Culture* » des incidents, dans le but d'**améliorer** la qualité des soins et la sécurité des patients. Les collaborateurs sont encouragés à signaler tout incident ou erreur en lien avec des médicaments.

« *Ce qui peut m'arriver, peut aussi vous arriver et ce qui peut vous arriver, peut aussi m'arriver* »



SEGI

Utiliser le formulaire en ligne SEGI – incident médicamenteux. Il est disponible sur la page intranet [https://aperto.fhv.ch/jcms/prod00\\_3436173/indispensables](https://aperto.fhv.ch/jcms/prod00_3436173/indispensables) puis SEGI dans « ma sécurité et celle de mes patients » ou directement sur <http://segi/>

## 11 NEVER EVENTS – « LES ÉVÈNEMENTS QUI NE DEVRAIENT JAMAIS ARRIVER »

Pour la sécurité des patients, certains événements ne devraient jamais arriver en milieu hospitalier. Ces derniers inspirés de la démarche « never events » du National Health Service (NHS) en Grande-Bretagne et l'ANSM en France - résume les incidents devant être évités à tout prix. Ils sont considérés comme événement indésirable grave et à déclaration **obligatoire** (SEGI).

[Liste des never events suisse établie](#) par Sécurité des patients Suisse

## 12 RESPONSABILITÉS<sup>3</sup>

**Le prescripteur** « a un devoir général d'information » vis-à-vis du patient à qui il prescrit un médicament – cf. 2.1 *Généralités p.4*. En matière de sécurité, il doit notamment le rendre attentif aux contre-indications, au comportement thérapeutique correct à adopter (doses, fréquences, etc.) et aux dangers et risques particuliers connus »<sup>4</sup>.

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que lorsqu'un médecin de l'HRC prescrit un médicament à un patient, il pourrait notamment être tenu pour responsable d'un éventuel dommage :

- S'il ne transmet pas les informations utiles au patient (nouveau plan de traitement mis en place, nécessité de ne pas prendre de l'automédication sans en parler avant, (interférence entre l'ancien traitement suivi par le patient et la nouvelle médication, effets secondaires, attirer l'attention sur les dangers connus, etc.).
- S'il ne transmet pas avec soin les informations utiles à la sortie du patient (médecin traitant, etc.).
- S'il ne respecte pas les règles d'usage en matière de prescription de médicaments (ordre médical, dosage, etc.).
- S'il ne documente pas correctement le plan de traitement et le dossier patient (médicament prescrit, suspendu, délivré, allergie, etc.).

<sup>3</sup> Service juridique de l'HRC – SZB et SBL – 16.12.2015 (gestion médicamenteuse par le patient durant sa prise en charge à l'hôpital).

<sup>4</sup> SPRUMONT DOMINIQUE/CORPATAUX VINCENT, p.64.

## 13 ENTRÉE EN VIGUEUR

La directive institutionnelle entre en vigueur en avril 2017.

Cette directive est appelée à évoluer, des addendum sont prévisibles et une première réactualisation du document est prévue dans 6 mois.

## 14 SIGNATURES

Le Directeur général

Le Directeur médical ad interim

*Afin d'éviter la diffusion non autorisée des signatures des personnes concernées, cette directive ne mentionne pas leurs signatures manuelles. Si vous avez besoin de la version signée, vous pouvez contacter l'unité de gestion documentaire*

M. Christian Moeckli

Dr Bernard Vermeulen

Le Directeur des soins

Le Pharmacien-chef

*Afin d'éviter la diffusion non autorisée des signatures des personnes concernées, cette directive ne mentionne pas leurs signatures manuelles. Si vous avez besoin de la version signée, vous pouvez contacter l'unité de gestion documentaire*

M. José Iglesias

Dr sc. Nicolas Widmer

Le service d'assistance pharmaceutique de la PHEL se tient à  
votre disposition

Assistance pharmaceutique  
Tel. 058 773 42 14

Assistance Soarian<sup>®</sup> :  
Tel. 058 773 **45 90**

Assistance Distribution :  
Tel. 058 773 42 00

Du lundi au vendredi 8h00 - 16h45

Pharmacien de garde  
Tel. 058 773 09 88

Du lundi au vendredi 16h45 - 7h30  
Samedi, dimanche, jours fériés 24h/24

Site intranet de la PHEL :  
<http://h-intranet/phel>

Site internet de la PHEL :  
<http://www.phel.ch>