



L'impacte de la gestion pharmaceutique dans un milieux hospitalier

**Univ mostaganem, 10 septembre
2017.**



UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

**UNIVERSITE Abdelhamid ibn badis
Mostaganem**

**Faculté des sciences économiques
commerciales
Département ;sciences commerciales**

**Mémoire
MASTER ACADEMIQUE / PROFESSIONNEL**

**Domaine :sciences commerciales
Filière : sciences commerciales
Spécialité : gestions des structures
hospitalières**

Présenté par : Hamdani oussama abdelhamid

Thème

L'impacte de la gestion pharmaceutique dans un milieux hospitaliers

Soutenu publiquement
le : 10/09/2017

Devant le jury :

<i>Mr</i>	<i>Président :benchenni</i>
<i>M.</i>	<i>Encadreur/rapporteur</i>
<i>Mme</i>	<i>Examineur</i>
<i>M.</i>	<i>Examineur</i>

Année Universitaire : 2016 /2017

Résumé La gestion et l'utilisation des médicaments en milieu hospitalier posent plusieurs défis tant sur le plan organisationnel que budgétaire. Aussi la démarche qualité désormais incontournable dans le paysage hospitalier fait de cet objet un déterminant de la qualité des soins. La qualité des soins est la « Capacité de satisfaire de manière équitable aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles » La réforme hospitalière initiée en Algérie en 1998 met à point nommé un accent particulier sur la qualité des soins. S'inscrivant dans cette logique l'Hôpital Principal de Mostaganem (ERNESTO che-Guevara) s'est engagé dans une démarche qualité et à entamé actuellement une démarche de certification. Che-guevara est un établissement de 369 lits au 31 décembre 2010, où la distribution des médicaments y est effectuée une fois le patient admis

Mots clés : *Algérie, hôpital, gestions pharmaceutiques, circuit des produits,*

The artificial insemination: tool of improvement of the reproduction performances at the goat ones in Algeria

Summary – The management and use of medicines in hospitals poses several organizational and budgetary challenges. Also the quality approach now inescapable in the hospital landscape makes this object a determinant of the quality of care. The quality of care is the "Ability to equitably meet the implicit and explicit needs of patients according to the professional knowledge of the moment and according to available resources" The hospital reform initiated in Algeria in 1998 gives particular emphasis to the quality of care. In keeping with this logic, the Principal Hospital of Mostaganem (ERNESTO che-Guevara) has embarked on a quality approach and is currently embarking on a certification process. Che-guevara is a 369-bed facility as of December 31, 2010, where the distribution of medicines is carried out once the patient has been admitted

Key words : *Algeria, Goat, Improvement of the insemination.*

UNIVERSITE abdelhamid ibn badis -
B.P. 511, 30 000, kharouba –mostaganem Algérie

Dépôt du mémoire

10/9/2017

Soutenance du mémoire de Master

Master 2 en gestion de structure hospitalière

Jury de soutenance

- Proposé par l'équipe de formation et approuvé par le Comité Scientifique du Département

- Composé de 4 membres :
 - Président benchenni
 - Encadreur / rapporteur : mansori mounia
 - 1 Examineur benhamou bouabdellah

Introduction

La gestion et l'utilisation des médicaments en milieu hospitalier posent plusieurs défis tant sur le plan organisationnel que budgétaire. Aussi la démarche qualité désormais incontournable dans le paysage hospitalier fait de cet objet un déterminant de la qualité des soins. La qualité des soins est la « Capacité de satisfaire de manière équitable aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles » [4]. La réforme hospitalière initiée en Algérie en 1998 met à point nommé un accent particulier sur la qualité des soins [35]. S'inscrivant dans cette logique l'Hôpital Principal de Mostaganem (ERNESTO che-Guevara) s'est engagé dans une démarche qualité et à entamé actuellement une démarche de certification. Che-guevara est un établissement de 369 lits au 31 décembre 2010, où la distribution des médicaments y est effectuée une fois le patient admis

Le circuit emprunté par les médicaments, entre la prescription médicale et l'administration au patient, est un processus qui implique le plus souvent le médecin, le pharmacien et le personnel infirmier; il comprend les étapes suivantes:

- la prescription ;
- la dispensation ;
- l'administration du médicament au patient ;
- La gestion des dotations dans les secteurs d'activités cliniques ;
- La surveillance thérapeutique.

La formalisation de ce circuit participe à la démarche qualité. Lorsque ce circuit n'est pas maîtrisé, il augmente le risque lié à l'utilisation des médicaments et celui lié à la non-observance des traitements par les patients. Selon une étude de la JCAHO¹⁽⁶⁾ sur les événements sentinelles graves (pouvant entraîner le décès ou une atteinte fonctionnelle grave), 11,4% de ces événements sont dus à des erreurs médicamenteuses.

C'est dans ce contexte qu'une étude sur le circuit du médicament à l'Hôpital Principal de Mostaganem se justifie.

En vue d'améliorer la performance de l'Hôpital Principal de Mostaganem en matière de qualité de soins à travers son organisation interne, ce travail se propose de contribuer à l'amélioration du circuit du médicament dans cette structure.

PREMIERE PARTIE : ANALYSE SITUATIONNELLE ET CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE

Chapitre 1 : Analyse de la situation

1.1. Analyse de l'environnement externe de l'hôpital

1.1.1. Géographie et population de l'Algérie

L'[Algérie](#) est constituée d'une multitude de reliefs. Le nord est sillonné d'ouest en est par une double barrière montagneuse (Atlas [tellien](#) et [saharien](#)) avec des chaînes telles que le [Dahra](#), l'[Ouarsenis](#), le [Hodna](#), les chaînes de [Kabylie](#) (le [Djurdjura](#), les [Babors](#) et les [Bibans](#)) et les [Aurès](#). Le sol est couvert de nombreuses forêts au centre, vastes plaines à l'est et le [Sahara](#) qui représente à lui seul 84 % du territoire. La [superficie](#) du pays est la plus grande d'[Afrique](#), avec 2 381 741 km² soit quatre fois la [France](#) ou 60 fois la [Suisse](#).

Indicateur	Valeur
Superficie	2 381 741 km ²
Extrémités d'altitude	-40 m chott Elmerhir à l'Est Touggourt< +3 003 m mont Tahat au Sud Tassili
Littoral	1 622 km
Longueur des frontières terrestres	6 343 km
Liste des frontières terrestres	1 559 km avec le Maroc 1 376 km avec le Mali 982 km avec la Libye 965 km avec la Tunisie 956 km avec le Niger 463 km avec la Mauritanie 42 km avec le Sahara occidental
Source : CIA World Factbook ^{3,4} .	

1.1.2. Economie^{2(*)}

Depuis son indépendance en 1962, l'[Algérie](#) a lancé de grands projets économiques pour mettre en place une assise industrielle dense⁷. Cependant, en dépit des réalisations importantes ([routes](#), [métro](#), [autoroutes](#), [universités](#), [usines](#), etc.), qui ont été réalisées l'économie algérienne, passant par divers stades de turbulences, n'arrive toujours pas à trouver ses repères et à tirer les leçons des échecs précédents⁸.

Dans les [années 1980](#), l'[économie](#) algérienne a connu des difficultés importantes. En effet, le [contre-choc pétrolier](#) de 1986 a porté un coup dur à une économie quasiment rentière, c'est la période des plans anti-pénurie et de stabilisation. Aux débuts des [années 1990](#), l'Algérie a engagé des [réformes structurelles](#) concrétisant ainsi le passage à l'[économie de marché](#).

Passage à l'économie de marché (1994-2015)

En début de 1994 le passage d'une économie dirigée à une [économie de marché](#) est conforté par la [dévaluation](#) du dinar algérien, la [libéralisation](#) du commerce extérieur, la liberté des prix, et le rééchelonnement de la [dette extérieure](#). Avec l'ancrage à l'économie de marché, la classe moyenne, majoritairement composée de fonctionnaires avant 1994, s'est trouvée décimée en quelques années¹².

20 ans après le passage à l'économie de marché, l'économie algérienne demeure très peu industrielle avec un secteur industriel pesant moins de 5 % du PIB et est principalement constituée de petits services et de commerces (83 % de la superficie économique). Elle est également caractérisée par les sureffectifs dans les entreprises publiques ainsi que dans l'administration¹³.

Les ventes du secteur énergétique représentent encore plus de 95 % de ses recettes extérieures et 60 % du budget de l'État algérien.

En 2015, le pays est confronté à une forte chute de ses revenus pétroliers (- 43,71 %) aggravant fortement le déficit de la balance commerciale¹⁴. La balance des paiements atteint le niveau record de - 10,72 milliards de dollars au premier trimestre 2015. L'Algérie pourrait rencontrer des difficultés d'ici 2017-2018 pour payer les salaires de ses fonctionnaires et maintenir ses importations¹⁵.

Avec une très forte corruption, en l'absence totale d'État de droit, et avec une forte dépendance aux hydrocarbures, le secteur privé ne se développe pas et l'économie semble condamnée à rester une économie rentière

Quelques indicateurs clés de l'algerie :

L'économie algérienne a progressé de 2,6 % en 2011, tirée par les [dépenses publiques](#), en particulier dans le secteur de la [construction](#) et des [travaux publics](#), et par la demande intérieure

croissante. Le taux d'[inflation](#) était de 3,9 % et le [déficit budgétaire](#) à 3 % du [produit intérieur brut](#) (PIB). L'excédent du [compte courant](#) est estimé à 9,3 % du PIB à la fin de décembre 2011. Si les [hydrocarbures](#) sont exclus, la [croissance économique](#) a été estimée à 4,8 %. La [production](#) du [secteur pétrolier](#) et gazier en termes de volume, continue de diminuer, passant de 43,2 millions de tonnes à 32 millions de tonnes entre 2007 et 2011. Néanmoins, le secteur représentait 98 % du volume total des [exportations](#) en 2011 et 70 % des recettes budgétaires, ou 71,4 milliards USD. Le secteur agricole et des services a enregistré une croissance de 10 % et de 5,3 %, respectivement. La politique budgétaire est restée expansionniste et a permis de maintenir le rythme des [investissements](#) publics et de contenir la forte demande pour l'[emploi](#) et de [logement](#). Une croissance de 3,1 % est attendue en 2012, passant à 4,2 % en 2013¹⁷.

Produit Intérieur Brut (PIB) - Taux de croissance réelle (%) de l'Année 1999 à l'Année 2010¹⁸.

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(PIB) - Taux de croissance réelle (%)	3,9	5	3,8	3	7,4	6,1	5,5	3	4,5	3,5	2,2	3,3

- [Produit Intérieur Brut](#) (PIB) - Taux de croissance réelle: Cette entrée donne la croissance du PIB sur une base annuelle ajustée pour l'inflation et exprimé en (%).

Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant (US\$) de l'Année 1999 à l'Année 2010¹⁹.

Année	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Montant du Produit Intérieur Brut (PIB)	4 700	5 500	5 600	5 300	6 000	6 600	7 200	7 600	6 700	6 900	7 100	7 300

par habitan t (US\$)													
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.1.3. Organisation administrative

La collectivités territoriales algériennes sont composés de deux niveaux : les [communes](#) et les [wilayas](#). Depuis l'[indépendance de l'Algérie](#) le [5 juillet 1962](#), plusieurs textes officiels définissent et régissent la composition, les limites territoriales, la consistance, l'organisation et le fonctionnement des communes et des wilayas algériennes.

La loi n° 84-09 du [4 février 1984](#) a divisé l'Algérie en 48 wilayas et 1 541 communes. Le décret n°15-140 du 27 mai 2015 a créé en outre la [wilaya déléguée](#), rattachée à une wilaya mère. Il n'existe pas d'autres collectivités territoriales en Algérie, les [régions algériennes](#) ne sont que des régions géographiques ou culturelles sans existence légale, et les [dairas](#) ne sont que des entités administratives.

L'ordonnance n°97-15 du [31 mai 1997](#)^{15,16} créé le [gouvernorat du Grand-Alger](#) en remplacement de la [wilaya d'Alger](#). Cette ordonnance créé une nouvelle entité territoriale algérienne qui n'est plus administrée par un [wali](#) mais par [ministre gouverneur](#) membre du [gouvernement algérien](#).

La création du gouvernorat du Grand-Alger entraine le transfert de dix-neuf communes des wilayas voisines ([Boumerdès](#), [Blida](#) et [Tipaza](#)) vers la nouvelle entité territoriale portant ainsi son nombre de communes de 38 à 57.

La décision du Conseil constitutionnel du [27 février 2000](#)¹⁷ considère que l'ordonnance du [31 mai 1997](#) est inconstitutionnelle car elle ne respecte pas la Constitution algérienne qui spécifie que les collectivités territoriales de l'État sont la commune et la wilaya, et que le découpage territorial du pays se limite exclusivement à ces deux collectivités. Le gouvernorat du Grand-Alger est alors dissout le [2 mars 2000](#)^{18,19}, l'entité territoriale redevient une [wilaya](#).

Voici les références des deux ordonnances organisant l'administration de la wilaya d'Alger

Ordonnance n°97-14 du 31/05/1997 relative à l'organisation territoriale de la wilaya d'Alger. JO n° 51 du 06/08/1997)

Cette ordonnance n'a pas été soumise par le président de la république au conseil constitutionnel. Elle reste applicable avec les circonscriptions de wilaya déléguée.

Ordonnance n°97-15 du 31/05/1997 fixant le statut particulier du gouvernorat du grand Alger (Jo n° 51 du 06/08/1997)

Cette ordonnance a été invalidée par le conseil constitutionnel par la décision suivante:

voici les références de l'avis du conseil constitutionnel qui a invalidé l'ordonnance 97-15 du 31/05/1997 fixant le statut particulier du Grand-Alger:

Décision N°02/D.C/CC/2000 du 27/02/2000 relative à la concordance de l'ordonnance N° 97.15 du 31/05/1997 fixant le statut particulier du Grand-Alger

1.1.4. Le système de santé en Algérie

1.1.4.1. L'organisation du système de santé

Le secteur de **santé en Algérie** a connu une amélioration de tous les paramètres de santé quantifiables [\[réf. nécessaire\]](#). Des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années [2000](#), grâce à une priorité redonnée à la garantie de l'accès à la santé et une part croissante du [budget](#) de l'état consacrée à la santé¹. La dépense courante de santé en [Algérie](#) représente pour 2014, 12,1 % du [produit intérieur brut](#), soit 60 milliards de DA de budget annuel sectoriel. La Santé est ainsi le quatrième poste de dépense avec 366 milliards de DA à dépenser en 2014

Statistiques

Évolution des dépenses nationales de santé (1991-1998)⁴ des Années 1991,1993 et 1998

An	1991	1993	1998

Née			
Dépenses nationales de santé (DNS)	32 314	40 112	36 189
État	10 400	11 872	10 261
Sécurité sociale	16 155	16 110	15 795
Autres (ménages, privées)	5 759	12 130	10 133
DNS/PIB (%)	3,8	4,7	3,6
DNS (millions de DA)	32 314	40 112	36 189

DNS/habitant (en DA)	1 260	1 491	1 227
DNS/habitant (en USD)	68	87	61
Source: Organisation mondiale de la santé			

- Prix constants de 1991 (unité : millions DA)
- En 1998, 1 USD = 75 DA

Taux de natalité⁵, mortalité⁶, mortalité infantile⁷ et de la mortalité maternelle⁸ des Années 2006,2007,2008,2009,2010,2011 et 2012

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Taux de natalité (naissances/1 000 habitants)	17,14	17,11	17,03	16,9	16,71	16,69	23,99
Taux de mortalité (décès/1 000 habitants)	4,61	4,62	4,62	4,64	4,66	4,69	4,31
Taux de mortalité infantile (décès/1 000 naissances normales)	29,87	28,78	28,75	27,73	26,75	25,81	24,90
Taux de mortalité maternelle (décès / 100 000 naissances vivantes)	/	/	120	/	97	/	/
Source: CIA World Factbook - Version du 1^{er} janvier 2013							

- **Taux de natalité** : Cette entrée donne le nombre moyen annuel de naissances au cours d'une année par 1 000 personnes dans la population en milieu d'année, également connu comme le taux brut de natalité. Le taux de natalité est généralement le facteur dominant dans la détermination du taux de croissance démographique. Il dépend à la fois du niveau de fertilité et de la structure par âge de la population⁵.
- **Taux de mortalité** : Cet indicateur donne le nombre annuel moyen de décès pendant une année pour 1 000 habitants en milieu d'année, également connu comme le taux brut de mortalité. Le taux de mortalité, seulement un indicateur approximatif de la situation de la mortalité dans un pays, indique

avec précision l'impact de la mortalité actuelle sur la croissance de la population. Cet indicateur est significativement affectée par la répartition par âge, et la plupart des pays finiront par montrer une augmentation du taux global de mortalité, en dépit de la baisse continue de la mortalité à tous les âges, du fait de la fertilité en déclin dans une population vieillissante⁶.

- Taux de mortalité infantile : Cet indicateur donne le nombre de décès de nourrissons de moins d'un an dans une année donnée pour 1 000 naissances vivantes dans la même année. Ce taux est inclus dans le taux de mortalité totale, et les décès par sexe, masculin et féminin. Ce taux est souvent utilisé comme un indicateur du niveau de santé dans un pays⁷.

Organisation du système de santé

Le Ministère de la Santé et de la Réforme hospitalière est le département gouvernemental chargé de la [santé publique](#) en [Algérie](#). Plusieurs établissements sont sous sa tutelle :

- Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS)
- [Agence thématique de recherche en science de la santé](#) (ATRSS)
- Agence Nationale du [Sang](#) (ANS)
- Centre National de [Toxicologie](#) (CNT)
- École Nationale de Management et de l'Administration de la Santé (ENMAS)
- Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INPFP)
- Institut National de Santé Publique (INSP)
- Institut Pasteur d'Algérie (IPA)
- Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP)
- Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH)
- Des [Centres Hospitaliers Universitaires \(CHU\)](#)
- Des sociétés savantes tels que la Société Algérienne de [Chirurgie maxillo-faciale](#), la Société Algérienne d'[Oncologie](#) Pédiatrique, la Société Algérienne de [Cardiologie](#), etc.
- Autres : Institut Pasteur d'Algérie (Laboratoire de [Tuberculose](#)), Réseau Algérien de Surveillance de la Résistance aux Antibiotiques (AARN)

Maladies

- Maladies non transmissibles : Hypertension artérielle, Asthme, Maladies mentales, Cardiopathies et le Diabète insulino-dépendant
- Maladies à transmission hydrique
- Tuberculoses
- Anthroponoses : Brucellose, Leishmaniose cutanée et la Rage humaine
- Maladies du Programme Élargi de vaccination (PEV) : Rougeole, Poliomyélite, Diphtérie, Coqueluche et le Tétanos néonatal
- Meningitis
- Paludisme
- SIDA
- Malnutrition : Retard pondéral, Retard statural et Retard staturo-pondéral

Grippe A (H1N1)

Article détaillé : [Grippe A \(H1N1\) de 2009-2010 par pays](#).

L'Algérie était parmi les pays concernés par la [grippe A \(H1N1\)](#) qui a touché le monde entier. Le premier cas avait été confirmé le [20 juin 2009](#), il s'agit d'une ressortissante algérienne arrivée à [Alger](#) en provenance de [Miami \(États-Unis\)](#)⁹.

Le Ministère de la Santé et de la Réforme hospitalière a déjà acquis, en [2010](#), de grandes quantités de vaccin après une grande pandémie qui a sévi dans le monde entier. La campagne de vaccination a débuté fin décembre 2010¹⁰.

L'Algérie décompte le [22 janvier 2010](#), 916 cas avec 57 morts¹¹.

Coronavirus[[modifier](#) | [modifier le code](#)]

Article détaillé : [Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient](#).

Le nouveau coronavirus (MERS-CoV), dont le premier et principal foyer est en [Arabie saoudite](#), vient de faire son apparition en [Algérie](#). Deux cas de contamination par le [coronavirus](#) ont été enregistrés en Algérie et le premier décès lié à ce virus a été enregistré le [12 juin 2014](#) après la mort à [Tlemcen](#) d'une personne qui avait été hospitalisé une semaine après son retour d'[Arabie saoudite](#) où il avait effectué la [Omra](#)¹². Malgré le [coronavirus](#), les autorités algériennes n'ont pas empêché les citoyens d'accomplir le [hadj](#) pour la saison 2014.

Virus Ebola

Article détaillé : [Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014](#).

L'[Algérie](#) a décidé de prendre des mesures exceptionnelles pour prévenir du risque de la propagation de l'épidémie du [virus Ebola](#). Les aéroports et les postes d'entrée terrestres pour les [wilayas](#) du Sud font l'objet d'un suivi particulier. Ainsi, les listes de passagers sont conservées afin de détecter le foyer exact du virus si un cas devait être déclaré¹³.

1.1.4.4. Offre de soins en Algérie

Le système national de santé qui est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population, est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de **la carte sanitaire**. Il est en principe conçu en fonction de ses objectifs qui sont l'amélioration de la santé des populations, l'équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes des populations.

Selon *l'article 6* de l'avant projet de la loi relative à la santé d'août 2014 : « *Le système de santé est caractérisé par une carte sanitaire organisant le découpage en régions sanitaires et la coopération des activités et des structures de santé ; l'intersectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé ; le développement des ressources humaines; la mobilisation de ressources matérielles et financières en adéquation avec les objectifs arrêtés ; la complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation, dans son aspect médical et social ; des démarches diagnostiques*

et thérapeutiques, régulièrement évaluées, basées sur le

consensus, permettant de réduire les risques iatrogènes et les coûts ; l'organisation et la promotion de la formation et de la recherche en sciences de la santé ».

L'article 7 : « La planification sanitaire a pour but de déterminer, sur la base d'une évaluation de la santé de la population, les besoins en soins, compte tenu de l'évolution démographique et du profil épidémiologique et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et équitable ».

L'article 184 :« la carte sanitaire constitue le schéma directeur de la santé. Elle fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé. Elle vise également à assurer l'accès aux soins en tout point du territoire national et d'améliorer les offres ».

L'article 185 de cet avant projet précise que : « La carte sanitaire a pour objet : de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins ; de satisfaire de manière optimale les besoins de santé ; définir l'organisation du système de soins ; préciser les conditions de mise en réseau des établissements de santé. La carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle fixe, également, les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé. La carte sanitaire est évaluée et révisée, périodiquement, tous les trois an ».

Le système national de santé se définit également sur la base des fonctions qu'il doit assumer, à savoir la délivrance de services de soins personnels (soins médicaux, soins infirmiers, aide aux personnes, ...), la délivrance de services appartenant au domaine de la santé publique, mais également les autres fonctions que sont l'administration, le financement, les ressources humaines.

La distribution des soins comporte des activités de prestation de soins préventifs et curatifs dirigés vers toutes les structures sociales : famille, milieu éducatif, milieu du travail, milieu de vie...

En Algérie, la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée des problèmes de santé de la population est assurée au niveau de différentes structures de santé de proximité : salles de soins, polycliniques et maternité pour ce qui est du secteur public, cabinets médicaux du secteur libéral ainsi qu'au niveau des structures hospitalières du secteur public (CHU, hôpitaux généraux, hôpitaux spécialisés) et aux niveaux des cliniques médicochirurgicales du secteur libéral.

Une étude de l'offre de soins et des ratios de couverture sanitaire dans ces 09 régions va nous permettre d'avoir une idée sur l'équité et la prise en charge des besoins de santé de la population selon les régions dans ce vaste pays qu'est l'Algérie.

Le nombre total de lits d'hospitalisation dans le secteur public pour l'année 2014 est de **66.759 lits** (il était de 58.000 lits en 2000 soit une augmentation de 15 %).

C'est la région du Tell, la plus peuplée, qui dispose du plus grand nombre d'hôpitaux avec une moyenne de 2 lits/1000 habitants (ratio meilleur que la moyenne nationale qui n'est que de 1,8 lits/1000 habitants en 2014) . C'est dans cette région que se trouvent la plupart des CHU et des Centre Anti-Cancer (CAC). Et à l'intérieur de cette région, c'est la région Nord-Ouest qui dispose du plus grand nombre d'infrastructures sanitaires. Mais les hôpitaux des villes siège de faculté de médecine (qu'ils soient CHU, EHS ou EPH) sont à vocation nationale et reçoivent des malades provenant de toutes les régions du pays soit dans le cadre d'évacuation soit dans le

cadre d'orientation à partir des services de santé du lieu d'origine. L'avant projet de loi sanitaire prévoit la création en plus du CHU de l'établissement hospitalier universitaire (EHU). Cela permettra certainement aux services hospitalo-universitaires de ces hôpitaux (non CHU) de disposer des moyens pédagogiques pour assurer pleinement leur mission d'enseignement.

A travers les différents hôpitaux que nous avons eu à visiter et les chefs d'établissement avec qui nous nous sommes entretenus, nous avons senti **un malaise au niveau de la corporation des gestionnaires d'hôpitaux qui sont très mal rémunérés**, soumis à une très forte pression de la part de la population, des autorités locales tout en ayant une épée de Damoclès sur la tête : ils sont le fusible qui doit sauter pour toute saute d'humeur de la population ou d'une visite ministérielle qui trouverait à redire sur un quelconque défaut de fonctionnement malgré tous les efforts qu'aurait consentit le gestionnaire pour la bonne marche de son établissement. Concernant le profil de ce gestionnaire, il faut le plus rapidement possible trancher: peut-il être un praticien ou doit-il nécessairement être un administrateur ? Si l'on doit aller vers la recherche de la productivité, l'hôpital doit se piloter comme une entreprise et donc avoir à sa tête un dirigeant capable d'appliquer les thérapeutiques d'une entreprise économique et dans ce cas ils faut non seulement arrêter de nommer des praticiens ou des paramédicaux à la tête d'hôpitaux mais également très vite remplacer ceux qui sont encore en postes et qui demandent des régularisations non réglementaires.

Un autre point qui mérite d'être abordé est celui de **la médecine hautement spécialisée** (dite de pointe). Celle-ci, est-elle du seul ressort de l'EHU d'Oran ? L'analyse de l'activité de cet établissement montre que les prestations médicales réalisées dans cet hôpital sont les mêmes que celles réalisées dans la plupart des CHU et EHS du Nord.

Néanmoins l'omnipraticien (ou le médecin spécialiste) qu'il soit en pratique libérale ou dans le secteur public, doit savoir où orienter un patient nécessitant une greffe rénale, une greffe du foie ou de cornée ? Vers quel centre hospitalier spécialisé diriger un grand brûlé selon qu'il soit au Nord, au Sud, à l'Est ou à l'Ouest du pays ? Quel service peut pratiquer une transplantation de cellules souches allogènes de la moelle osseuse ?

Dans un souci d'efficacité, **les principaux pôles de compétence en matière de médecine hautement spécialisée devraient être définis, ceci dans le but évidemment de maîtriser les coûts et l'efficacité dans des domaines requérant à la fois compétence et équipements de pointe**. Cette médecine hautement spécialisée concerne moins de 10 % des prestations fournies dans nos hôpitaux, pourtant plusieurs directeurs d'hôpitaux et chefs de service, pour une question de prestige, ne veulent pas se délester de leurs prérogatives. C'est ainsi qu'un même hôpital universitaire après avoir mis en place une unité de greffe rénale vient de lancer une deuxième unité dans un service ayant une autre vocation tout aussi importante et en déficit dans notre pays ! De même, la greffe du foie, initiée au Centre Pierre et Marie Curie d'Alger dont la vocation est la prise en charge de la maladie cancéreuse, ne devrait-elle pas être transférée vers l'un des deux services de chirurgie générale du CHU Mustapha où se trouvent les services d'hépatologie et d'immunologie?

L'analyse des bilans des différents établissements hospitaliers du pays, montre que **ces actes hautement spécialisés ne sont pas du ressort exclusif des hôpitaux universitaires**. Dans le domaine de la chirurgie, des équipes très performantes réalisent sans publicité, des actes hautement spécialisés que ce soit à Médéa, Sidi Ghiles, Skikda ou encore Ain Témouchent et la liste n'est pas exhaustive.

La Direction Générale des Services de Santé, avec la collaboration d'experts scientifiques, devrait établir une liste de ces prestations médico-chirurgicales de pointe et les hôpitaux et services où ils peuvent être pratiqués, en mettant à la disposition de ces établissements tous les moyens nécessaires. De même, la réalisation des instituts du Cancer à Oran, du Rein à Blida et du Cœur à Alger (en cours de réalisation) doit être précédée de la désignation de chef de projet et surtout de l'élaboration d'un cahier

des charges précisant les missions de ces instituts qui ne devraient pas être seulement de nouveaux EHS.

Si pour les soins préventifs et soins courants, tout doit être fait pour développer une médecine de proximité, pour des soins de haut niveau qui soient adaptés, il faut préférer la qualité à la proximité approximative (et tant pis pour la vanité des médecins).

1.1.4.5. Système national d'approvisionnement en médicaments au Sénégal

Ø La Politique Pharmaceutique Nationale (PPN)

Un document de politique pharmaceutique nationale (PPN) a été signé en août 2006, avec pour objectif d'assurer l'accessibilité des médicaments essentiels et autres produits de santé aux populations algérienne , la qualité des médicaments, leur usage rationnel et leur accessibilité financière.

Ø L'autorité de réglementation : la DPL

Au plan institutionnel, la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires (DPL) a été créée en tant qu'Autorité Nationale de la Réglementation. Elle est chargée, par le décret 2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention, d'élaborer et de mettre en oeuvre la politique pharmaceutique, l'inspection et l'enregistrement des médicaments..

Ø Le Laboratoire National de Contrôle des Médicaments : le LNCM

La DPL est assistée du Laboratoire National de Contrôle des Médicaments (LNCM). Le LNCM est chargé du contrôle technique des médicaments en relation avec la DPL.

Ø L'Ordre des Pharmaciens algérien

L'Ordre des Pharmacie algériens est chargé de contrôler l'exercice de la profession pharmaceutique à travers le Code de Déontologie et de donner des avis motivés sur des aspects concernant la PPN.

Ø La pharmacie nationale d'approvisionnement : la PNA

La Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) assure l'approvisionnement en médicaments essentiels du secteur public. La PNA a une autonomie de gestion en tant qu'Etablissement Public de Santé (EPS) et dispose de structures décentralisées au niveau des régions, les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA). La PNA achète les médicaments par appels d'offres internationaux, et ses

approvisionnements sont effectués sur la base de la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME). Cette liste est élaborée et révisée par la Commission Nationale Permanente d'Elaboration et de Révision des listes de Médicaments Essentiels.

L'offre de soins dans les régions du Sud dans le secteur public

Région	Superficie	Population 2014	Hôpitaux	Polyclinique	Salle de soins	Maternité intégrée	CAC
Sud- Ouest 03 wilayas 7	748568 Km ² 31,4%	847.039 2,3 %	07 EPH 1696 lits 2 lits/1000h	60 1/14117h.	263 1/3220h	27 123 lits	0
Sud-Centre 01 wilaya 8	86.105 Km ² 3,6%	439.000 1,2 %	05 04EPH+01EH S 669 lits 1,8lits/1000 h	20 1/21950h.	64 1/6858h	03 24 lits	0
Sud-Est 05 wilayas 9	1.130.063 Km ² 47,4%	2.346.811 6,4 %	22 16EPH+06 EHS 3464 lits 1,3 lit/1000h	110 1/21334h.	443 1/5295h	38 227 lits	01
Régions Sud 09 wilayas 7,8,9	1.911.668 Km ² 82,5 %	3.632.850 10,0%	34 27EPH+07EH S 5829 lits 1, 6	190 1/191120h.	770 1/4718h	68 374 lits	01

Concernant le secteur libéral

- L'exercice à titre privé des professions de santé a connu un essor considérable depuis la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988. Le développement de ce secteur d'année en année, a été possible grâce à l'adoption de l'ordonnance 06-07 du 15 juillet 2006 et du décret n° 07-321 du 22 octobre 2007 relatifs aux établissements privés de santé. Ce dispositif législatif et réglementaire a permis aux personnes morales d'investir et de réaliser des hôpitaux privés et a offert aux professionnels de santé d'investir dans une diversité d'établissements de santé de jour. **Les cliniques médicochirurgicales privées** (avec lits d'hospitalisations), au nombre de 174 fonctionnelles (166 sont en cours de réalisation), avec une capacité de 4720 lits, sont en majorité dans la région Nord et la région Hauts-Plateaux Est, surtout dans les grandes villes siège de faculté de médecine. La région Sud-Ouest en est complètement dépourvue ; deux des plus vastes wilayas du pays (Tamanrasset et Illizi) qui composent la plus grande partie de la région Sud-Est en sont également dépourvues ainsi que dans la région Hauts-Plateaux-Ouest où les wilayas de Naâma, Tissemsilt et El Bayadh ne disposent d'aucune clinique privée. Dans cette analyse nous n'avons pas tenu compte des cliniques médicales (une vingtaine) et médicochirurgicales de jour (57 cliniques d'ophtalmologie et d'ORL réparties sur 22 wilayas dont 18 à Alger), des centres de diagnostic (36 ouverts répartis sur 13 wilayas et 35 en cours de réalisation) et des centres d'hémodialyse (163 centres répartis sur 40 wilayas et disposant de 2202 générateurs). Seules les cliniques assurant l'hospitalisation ont fait l'objet de cette analyse.

Région	Clinique avec hospitalisation	Médecin spécialiste	Médecin généraliste	Chirurgien dentiste	Officine pharmaceutique
Nord Ouest	35	1159	1129	792	1835
Ratio Nord Ouest		1/4695h.	1/4819h.	1/6872h.	1/2966h.
Nord Centre	57	2920	1994	2335	2542
Ratio Nord Centre		1/3663h.	1/5327h.	1/4549h.	1/4179h.
Nord Est	32	1293	1003	1749	1863
Ratio Nord Est		1/4445h.	1/5730h.	1/3286h.	1/3085h.
Total région Nord	124 cliniques	5372	4126	4876	6240
		1/4060h.	1/5286h.	1/4474h.	1/3496

- 8968 officines pharmaceutiques sont ouvertes à travers le pays. 70% de ces officines sont implantés dans la région du Tell, avec un ratio moyen d'une officine pour 3496 habitants et d'une officine pour seulement 2 praticiens (médecin généraliste ou spécialiste et chirurgien dentiste) . Ce ratio dépasse la norme de 1 officine pour 5000 habitants et pourtant le nombre de demandes d'ouverture de nouvelles officines pharmaceutiques dans la plupart des wilayas du Nord et tel que le ministère chargé de la santé envisage de revoir à la baisse cette norme alors qu'un nombre appréciable d'hôpitaux et surtout beaucoup de polycliniques du secteur public fonctionnent sans pharmaciens. Pourtant la responsabilité de la dispensation de médicaments est du ressort du seul pharmacien.

Dans la région des Hauts Plateaux, la moyenne est d'une officine pour 5317 habitants mais il existe une variation entre la région Est qui est également d'une officine pour moins de 5000 habitants et les régions Centre et Ouest où il y a une officine pour plus de 6000 habitants.

Dans la région Sud, la moyenne est d'une officine pour 5529 habitants, mais si la norme est dépassée dans la région Est, pour les régions Centre et Ouest, il existe encore un déficit.

Le phénomène de sursaturation constaté dans la région Nord et dans la région des Hauts-Plateaux Est, est dû à la suppression par le ministère de la santé à différentes époques du numerus clausus d'une officine/5000 habitants situé au moins à 200 mètres de l'officine la plus proche et ayant une surface utile de 50m². Cette suppression qui a intéressé essentiellement les grandes villes alors qu'elle devait s'adresser aux zones enclavées, avait entraîné une levée de boucliers de la part du conseil de l'ordre des pharmaciens.

- Le nombre de médecins spécialistes installés en cabinets privés est de 6893

.Rapporté à la population de différentes régions du pays, on constate qu'il y a 2 fois plus de médecins spécialistes dans la région Nord que dans la région des Hauts Plateaux et pratiquement près de 3 fois plus que dans la région Sud. Dans la région Nord, c'est la région centre qui est le mieux desservie ; dans les Hauts Plateaux, c'est la région Est et au Sud c'est la wilaya de Ghardaïa qui dispose du meilleur ratio.

Les spécialités les plus attractives pour l'installation dans le secteur privé sont : La gynéco-obstétrique ; La pédiatrie ; L'ophtalmologie ; La médecine interne ; La radiologie ; La cardiologie.

Données générales de la Wilaya de Mostaganem :

- **Nombre de Daïras : 10**
- **Nombre de Communes : 32 avec 7000 douars**
- **Vocation : Agricole, forestière, touristique, halieutique**
- **Superficie : 269 Km²**
- **Population totale : 762 hab**
- **Densité Démographique Moyenne (DDM) : 357 hab/Km²**

La wilaya de Mostaganem est une Wilaya côtière située au Nord Ouest du territoire national, à environ 360 Km de l'Ouest d'Alger et à 80 Km à l'Est d'Oran,

- A l'Est par les Wilayas de Chlef et Relizane ;**
- Au Sud par les Wilayas de Mascara et de Relizane ;**
- A l'Ouest par les Wilayas d'Oran et de Mascara ;**
- Au Nord par la Mer Méditerranée ,**

Elle occupe une position géostratégique qui permet de jouer un rôle prépondérant dans le développement de la région.

CLIMAT: Mostaganem se caractérise par un climat semi aride à hiver tempéré. La pluviométrie varie entre 350 mm sur le plateau et 400 mm sur les piémonts du Dahra.

RELIEF : Le relief s'individualise en 04 unités morphologiques :

- Vallées basses de l'Ouest - Plateau de Mostaganem

- Vallée l'Est - Mont Dahra; appartenant à deux (02) régions distinctes : le plateau et le Dahra

Le Littoral s'étend sur une longueur de 124,5 Km et traverse dix (10) communes (Fornaka, Stidia, Mazagran, Mostaganem, B.A Ramdane, Hadjadj ; S/Lakhdar, Khadra, Achaacha et O/Boughalem).

Indicateurs Démographiques :

La transition démographique bien prononcée suivie d'une transition épidémiologique apparente, marquent graduellement et profondément la Wilaya de Mostaganem dans sa structure et dans ses nouveaux besoins de santé :

- Rétrécissement continu de la tranche d'âge de moins de 20 ans : 34,44%
- Augmentation de la tranche d'âge de plus de 60 ans : 8,58%
- Régression de la mortalité et des maladies transmissibles (MDO sous surveillance)
- Augmentation et évolution des maladies non transmissibles (chroniques) prédominantes : 81% de la population totale.

Tranche d'âge (ans)	Taux (%)
Moins de 20 ans	34,44
De 20 – 30 ans	37,16
De 40 – 59 ans	19,53
De 60 ans et +	8,58

MONOGRAPHIE SANITAIRE DE LA WILAYA

Compte tenu de l'effort d'investissement consenti par l'Etat, durant les différents plans quinquennaux a permis de répondre aux attentes des populations et l'amélioration du cadre de vie, notamment, par l'amélioration de la couverture sanitaire.

A cet effet; les indicateurs témoignent de l'impact enregistré, suite à l'exécution de cet important programme.

A ce titre; le patient est placé au centre des préoccupations de la politique sanitaire. La santé nationale, en tant qu'investissement productif et stratégique, bénéficie de la première priorité de l'Etat qui mobilise les moyens nécessaires à la prise en charge de la demande sociale de santé et à la réponse aux besoins du développement sanitaire.

Dès lors; le développement quantitatif de la santé, réalisé dans un contexte marqué, à la fois, par une explosion démographique et le choix d'un projet sanitaire d'essence démocratique.

A ce sujet; la Wilaya de Mostaganem ne fait pas l'exception dans le domaine de la démographie galopante et les mutations sociales. La santé est un vecteur actif et primordial dans la wilaya. Les acteurs de la communauté sanitaire sont conscients du rôle fondamental que joue le secteur dans le devenir du citoyen.

Cela concerne en premier lieu les professionnels de la santé armés de bonne volonté, sagesse et de bonne foi pour rendre opérationnel cet objectif et cela va dans l'intérêt de la Nation.

A cet égard; depuis sa création, la wilaya de Mostaganem a bénéficié de programmes d'investissements dans le domaine de la santé en réalisant un nombre important d'infrastructures sanitaires.

Alors; forts de nos arguments nos enquêtes exhaustives annuelles traduisent le développement des taux de couverture, l'augmentation des effectifs dans les différentes catégories professionnelles est ainsi significatif.

En effet; la willaya a rattrapé son retard en matière d'infrastructures, la réalisation des différents établissements sanitaires a répondu aux besoins et aux défaillances constatées auparavant. Ce qui a permis :

- la couverture des populations même dans les régions les plus reculées; vu l'aspect rural de la wilaya (54%);**
- les résultats sanitaires ont connu un essor qualitatif et quantitatif ;**
- les établissements de proximité ont fait diminuer les difficultés en matière de déplacement quotidien et d'évacuation (amélioration des conditions de prise en charge) ;**
- diminution du taux de déperdition de malades constaté il y a quelques années.**

cependant; différentes opérations de réalisation, réhabilitation, réfection, aménagement, réaménagement, rénovation, d'équipement et rééquipement ont été inscrites et exécutées afin de doter les nouveaux établissements réalisés d'équipements médicaux et collectifs ; et de renouveler l'ancien patrimoine immobilier.

Ainsi; toutes les structures sont dotées d'équipements neufs, d'autres opérations sont en cours d'exécution et les livraisons sont en cours.

Pour ce faire; La Wilaya de Mostaganem a bénéficié dans les différents programmes d'investissement public de l'Etat d'infrastructures depuis 1999 :

- **des nouveaux établissements à travers les Communes de la wilaya, ont permis le rapprochement des soins des citoyens mettant fin aux déplacements quotidiens des patients ; et couvrent d'une manière acceptable la population;**
- **enfin, permettant ainsi au malade une hospitalisation humanisée et assurant de meilleures conditions de séjour confortable.**
-

Par conséquent, la Wilaya de Mostaganem a connu un essor très important dans le secteur de la santé grâce à l'effort consenti par l'Etat en matière de réalisations d'infrastructures (hôpitaux, polycliniques, salles de soins et structures spécialisées).

D'où; cet effort d'investissements a été accompagné par une grande opération d'équipements de qualité et de densification de la ressource humaine (médecins spécialistes, généralistes et paramédicaux).

C'est ainsi, que les indicateurs de santé et les ratios se sont rapidement améliorés pour hisser la wilaya de Mostaganem au rang des wilayates où la mise à niveau a été accomplie tout en consacrant le concept simple de la santé :

Proximité - accessibilité - qualité.

Toutefois, il demeure des attentes importantes au regard des besoins d'une population en croissance et en pleine transition démographique, épidémiologique et socio-économique.

A travers la lecture comparative des différents plans quinquennaux ; il ressort que les innombrables actions menées et entreprises ont engendré des résultats très satisfaisants et l'atteinte des objectifs assignés dans la politique nationale de santé, avec une évolution remarquable tant sur le plan physique, financier, humain et activités.

Ce qui a permis d'ailleurs ; l'amélioration constante des différents indicateurs, indices, taux et ratios(démographiques, épidémiologiques et de couverture) après bien évidemment la mise à niveau des structures, leur humanisation, normalisation et confort... d'où une meilleure prise en charge des différents programmes nationaux de santé.

Sans nul doute, le développement du secteur de la santé est en nette progression ; eu égard aux efforts importants déployés et consentis par l'Etat ; et les enveloppes financières colossales allouées pour l'amélioration constante de la qualité des prestations des soins et des conditions de vie des citoyens.

Néanmoins; les acquis et les efforts déployés, certaines insuffisances restent à corriger tant sur le plan de la répartition des structures que sur les moyens humains et matériels.

Cependant ; un plan de développement initié à moyen terme nous permet d'atteindre les objectifs assignés.

Alors et seulement alors; la Réforme du système national de santé s'inscrit dans le cadre du Renouveau National dont le but est de concrétiser le principe : « Santé pour tous »

IMPACT

- Amélioration des conditions pour une meilleure prise en charge des patients
- Améliorer le confort hôtelier du malade
- Humanisation des services hospitaliers
- Normalisation, renforcement et mise à niveau des plateaux techniques
- Dotation des structures en équipements d'explorations et d'investigations
- Consolidation des structures et redynamisation des activités
- Adaptation et intégration de nouveaux programmes
- Amélioration de la qualité des prestations de soins
- Rapprochement des soins de la population
- Satisfaction des besoins des citoyens
- Amélioration du rendement par la création des postes de travail avec recrutement des différentes catégories professionnelles.

INFRASTRUCTURE

<i>Désignation</i>	<i>Nbre</i>	<i>Ratio Wilaya</i>	Ratio national
Hôpitaux	05	1,62/ 1000 Hab	2 ‰Public
Nbre de lits	1313	1,2 ‰	2 ‰
Polycliniques	27	1/29935 hab	1/25000 hab.
Salles de soins	152	1/5498 hab	1/5000 hab.

1.2.1. Historique de l'hôpital che-guevara

La ville de [Mostaganem](#) a hérité du temps de la colonisation d'un hôpital qui a été baptisé, en 1965, «Ernesto Che Guevara» dans le cadre de la coopération médicale algéro-cubaine qui a pris fin en 1984.

Au départ des médecins cubains, l'hôpital était sous-utilisé avec un manque de spécialistes, mais au fil des années et avec le recrutement de médecins, l'hôpital retrouve sa «santé» et toutes les spécialités sont assurées y compris un centre de dialyse pour les malades atteints d'insuffisance rénale, une UMC et une clinique de psychiatrie. Tous les blocs médicaux ont été rénovés grâce au dévouement des différents directeurs qui se sont succédé dans cet hôpital. Aujourd'hui, avec les deux autres hôpitaux de la région, ceux de Aïn Tedeles et Sidi-Ali, et le CHU qui est en stade de finition, [Mostaganem](#) peut se targuer d'être une wilaya où la santé est sur la bonne voie.

1.2.2. Statut juridique de l'HPD

Arrêté n°2770 du 06 Février portant création des services et de leurs unités constitutives au sein de l'EPH de Mostaganem

1.2.3. Mission de l'hôpital

L'Hôpital Principal de Mostaganem assure un rôle de référence, de formation des personnels et de soutien aux patient de la wilaya . Outre les missions générales d'un établissement hospitalier, l'hôpital principal de Mostaganem possède une vocation régionale dans les domaines de la formation, de la recherche, de l'expertise et du traitement des maladies tropicales.

1.2.4. Organisation et fonctionnement

Che-guevara est administré par un conseil d'administration et dirigé par un médecin-chef qui a rang de Directeur Général d'établissement public

1.2.4.2. Fonctionnement

Che-guevara fonctionne avec les organes de concertation et d'aide à la décision prévus par la réforme hospitalière (conseil d'administration,

commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, comité d'hygiène et de sécurité, cellule de formation, etc.). Les modes de fonctionnement de ces différents organes sont prescrits par les lois et décrets portant réforme hospitalière au Sénégal.

1.2.5. Ressources de l'hôpital

1.2.5.1. Ressources humaines

Le personnel de l'Hôpital Principal de Mostaganem s'élève en effectif à 1085 agents au 31 Décembre 2010

1.2.5.2. Ressources financières

Elles proviennent essentiellement des recettes générées par les activités médicales et des subventions.

1.2.5.3. Ressources matérielles

L'Hôpital Principal de Mostaganem dispose de 520 lits d'hospitalisation au 31 décembre 2010. Le nombre de lits a été réduit par diminution du nombre de salles collectives au profit des cabines individuelles. Cette politique répond à l'objectif d'améliorer la qualité de l'accueil et de prise en charge des malades.

L'hôpital s'est doté également d'équipements médicaux de pointe dont : un IRM et deux scanners.

1.2.6. Activités de l'hôpital

Hôpital de type pavillonnaire, che-guevara dispose de 24 services cliniques et médico-techniques qui réalisent des activités d'hospitalisation, des activités de consultations et des actes techniques médicochirurgicaux.

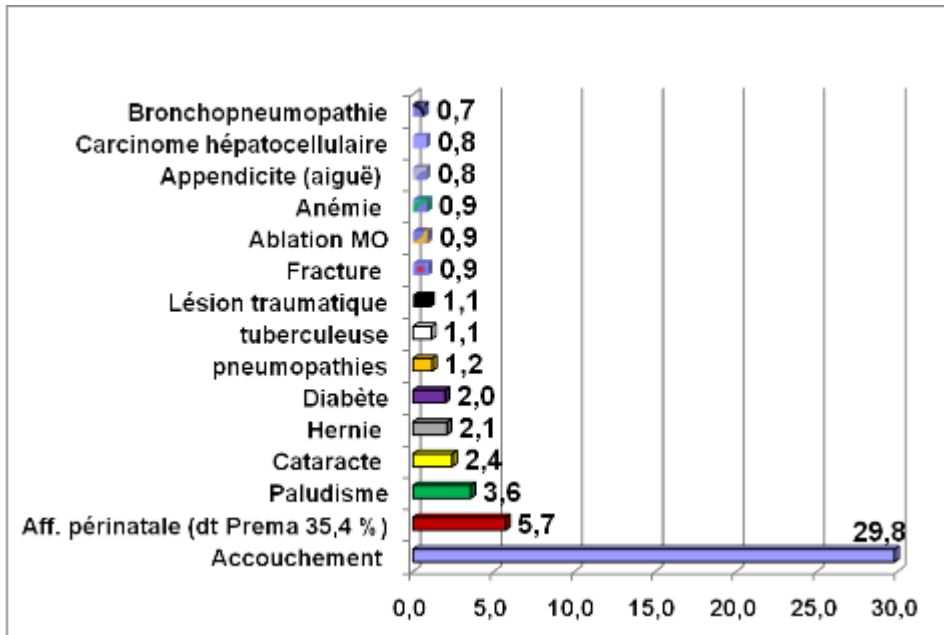
La fiabilité de ces données est garantie par la mise en place d'un recueil médicalisé des données à che-guevara .Les principaux indicateurs hospitaliers sont résumés dans le tableau 2.

SERVICES	LITS TECHNIQUES
Anatomie pathologie	
Cardiologie	20
Chirurgie pédiatriques	44

Chirurgie générale	52
Epidémiologie	
Gastrologie entérologie	38
Radiologie central	
Laboratoire central	
Maladies infectieuses	32
Médecine du travail	
Médecine légale	06
Médecine interne	60
Néphrologie hémodialyse	32
Neurochirurgie	24
Neurologie	30
Ophthalmologie	40
Orthopédie traumatologie	42
Otho-rhino-laryngologie	24
Pédiatrie	52
Pharmacie	
Pneumologie phtisiologie	46
Urgences Médico chirurgicales	84
Urologie	24
TOTAL	650

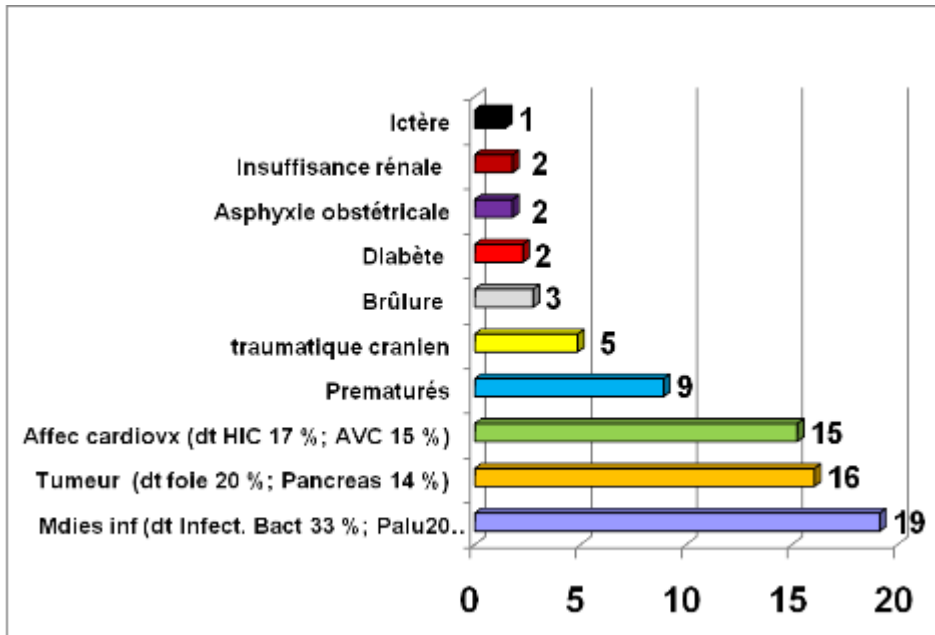
Source : DIH, HPD [29]

La démarche qualité dans laquelle s'est inscrite che-guevara, contribuera certainement dans les prochaines années à une réduction de la durée moyenne de séjour (DMS).

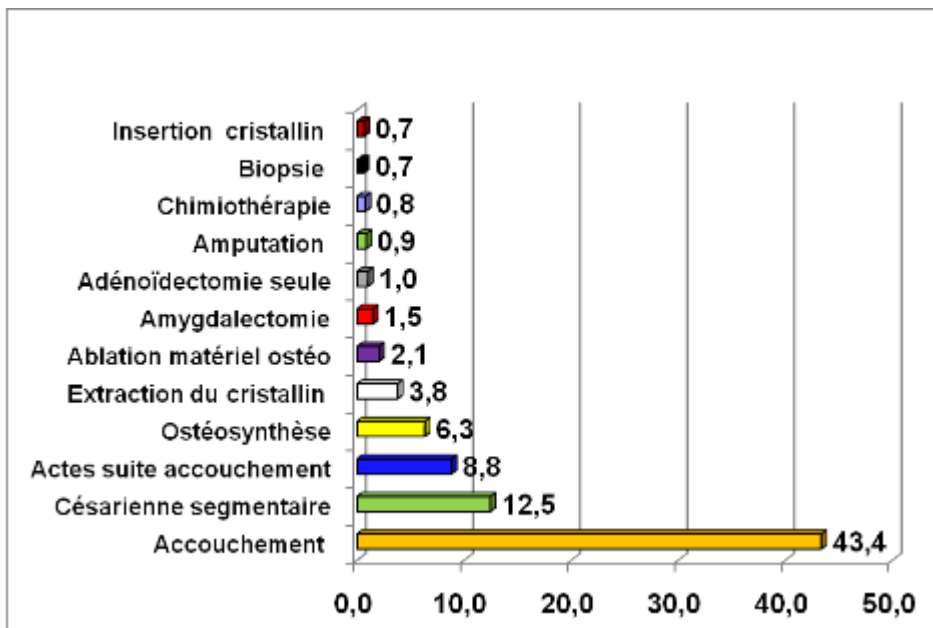


Selon la figure 1 Les trois premiers motifs d'hospitalisations sont, l'accouchement, les affections périnatales et le paludisme.

Source : DIH, dsp mostaganem



Source : DIH, dsp mostaganem



Source : DIH, HPM [29]

Figure 3 : Fréquence des principaux actes à che-guevara en 2010

La chirurgie obstétricale domine avec plus de 50% de l'ensemble des actes chirurgicaux

1.2.7. Présentation de la pharmacie de l'hôpital

1.2.7.1. Situation

La pharmacie centrale de l'hôpital, d'accès facile est située à une centaine de mètre de l'entrée principal de l'hôpital. Elle se trouve dans une enceinte spacieuse.

Le service de la pharmacie comprend :

ï Les locaux administratifs constitués par :

- le bureau du pharmacien en chef ;
- le bureau des pharmaciens adjoints ;
- le secrétariat;
- le bureau du transit.

ï Les entrepôts de stockage constitués par :

- l'entrepôt principal où est rangé la plus grande partie du stock de médicaments (paracétamol injectable, métronidazole injectable,...), dispositifs médicaux (perfuseurs, seringues, sondes, ...) ; une autre partie du stock constituée d'objets de pansements, de consommables de stérilisation est rangé dans le grenier (local de stockage situé à l'étage au dessus de l'entrepôt principal de stockage);
- Le local de stockage des produits inflammables : alcool, acétone ;
- Le local de stockage de solutés de perfusion (sérum salé 0.9 %, glucosé 5%, Ringer lactate,...) ;
- Le local de stockage de matières premières destinées à la réalisation de préparations galéniques et de produits d'hygiène (désinfectants).
- Local fils de sutures + stupéfiants

1.2.7.3. Le personnel

Le service est dirigé par un pharmacien chef qui est chargé de superviser l'approvisionnement du service, l'utilisation rationnelle des différents produits. Il est appuyé par :

- Deux pharmaciens,
- Six préparateurs en pharmacie,

- Une secrétaire administrative,
- Un secrétaire comptable
- Deux agents du transit,
- Quatre aide-préparateurs,
- Trois aide-infirmiers,
- Un magasinier,
- Un agent hospitalier

1.2.7.4. Organisation et fonctionnement.

Le département de la pharmacie hospitalière de che-guevara est organisé en trois services comme suit.

Ø Service « Approvisionnement »

Le Service Approvisionnement a pour mission d'approvisionner la pharmacie en produits pharmaceutiques (médicaments, dispositifs médicaux stériles, objets de pansements et autres articles pharmaceutiques).

Il est sous la responsabilité du pharmacien chef du département. Il comprend un secrétariat et un bureau « transit ».

Ø Service « Dispensation »

Il est sous la responsabilité d'un pharmacien. Le service « Dispensation » comprend un préparatoire où sont réalisées certaines préparations galéniques et des entrepôts de stockage des produits pharmaceutiques. Les modalités de dispensation appliquées sont la **dispensation** nominative au profit des malades externes et la distribution globale de produits pharmaceutiques aux unités de soins.

La distribution globale tri hebdomadaire de produits médico-pharmaceutiques est effectuée sur la base de bons de commandes validées par les médecins chefs des unités de soins ou par leurs délégués dûment mandatés à cet effet. Les cahiers de commande sont déposés à la pharmacie 3 fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi) après la visite, par un infirmier ou un garçon de salle. Le surveillant de la pharmacie étudie les demandes et selon le stock disponible, décide de la quantité à délivrer.

Ø Service de Stérilisation

Le service de stérilisation a en charge la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables du bloc opératoire et des unités des soins. Il est sous la responsabilité d'un pharmacien secondé par deux préparateurs en pharmacie.

1.3. Identification des problèmes et priorisation

1.3.1. Identification des problèmes

Pour identifier les problèmes à l'Hôpital Principal de Mostaganem nous avons utilisé la méthode de résolution des problèmes en faisant une analyse situationnelle qui nous a conduit entre autres à consulter les plans d'action de la structure et ses rapports d'activités. L'entretien par la suite avec les différents acteurs de l'hôpital nous a permis d'identifier les problèmes suivants par l'approche du consensus:

- Mauvaise expression des besoins de médicaments dans les unités de soins;
- Rupture de stock de médicaments à la pharmacie hospitalière ;
- Mauvaise gestion des stocks de médicaments dans les services de soins.

1.3.2. Hiérarchisation des problèmes identifiés

Pour hiérarchiser les problèmes nous avons utilisé les critères de Santé Publique, à savoir :

Ø La perception : désigne comment le problème est perçu par le personnel de la structure, l'adhésion du personnel à la résolution du problème ;

Ø L'importance du problème : il s'agit de voir si c'est un problème qui entrave l'atteinte des objectifs de l'établissement ; il désigne également le degré de priorité pour la hiérarchie, son impact éventuel sur les différents processus de la structure et les avantages que pourra avoir une éventuelle résolution du problème ;

Ø La solvabilité : désigne l'existence de solutions possibles, la volonté de la hiérarchie à mettre les moyens nécessaires à disposition pour résoudre le problème ;

Ø L'ampleur : désigne la fréquence, l'incidence, la prévalence, l'étendu du problème, si le problème touche plusieurs secteurs et son impact sur le fonctionnement de la structure, la récurrence du

problème.

Pour chacun des critères cités ci-dessus, une échelle à trois niveaux a été retenue :

ï Faible = 1 ï Moyen = 2 ï Elevé = 3

Le tableau suivant (N°III) résume la pondération.

Tableau III : Priorisation des problèmes retenus à che-guevara en janvier 2016

Problème	Ampleur	Gravité	Solvabilité	Perception	SCORE
Mauvaise expression des besoins de médicaments dans les unités de soins	3	2	3	3	11
Rupture de stock de médicaments à la pharmacie hospitalière	1	2	3	1	7
Mauvaise gestion des stocks de médicaments dans les services de soins	2	3	1	1	7

Source : nous-mêmes

1.3.3. Formulation du problème

Il y a problème lorsque, la situation est non satisfaisante pour une ou plusieurs personnes ; la situation est conflictuelle ; la situation n'est plus adaptée au contexte, il existe un trop grand décalage entre la réalité et ce qui est souhaité ou souhaitable ; lorsqu'il y a un écart entre la situation vécue et la situation souhaitée. [47].

La problématique ici se résume donc à un écart entre les besoins en médicaments, tels qu'ils sont définis par les prescripteurs et les dispensateurs de soins, et les besoins effectivement couverts grâce à la disponibilité assurée par le système d'approvisionnement. Cette problématique est la conséquence d'une non maîtrise du circuit du médicament ; d'où la formulation de notre thème : « **contribution à l'amélioration du circuit du médicament à l'Hôpital Principal de Mostaganem** ».

1.3.4. Pertinence du problème prioritaire

Le choix de ce thème se fonde sur l'observation d'un certain nombre de points critiques repérés tout au long du circuit du médicament :

- constats d'erreurs commises lors de la retranscription des ordonnances ;
- absence d'analyse pharmaceutique des prescriptions ;
- absence de système d'information (fiche de liaison) permettant de prévenir les praticiens d'une non dispensation des médicaments, d'une rupture de stocks et d'en exposer les raisons ;
- fiche d'enregistrement de l'administration des médicaments non renseignée systématiquement dans toutes les unités d'hospitalisation ;
- défaut de traçabilité ne permettant donc pas aux médecins et pharmaciens de s'assurer de l'administration effective des médicaments ;
- remontée anecdotique d'un certains nombre d'incidents (erreurs de doses, erreurs de patients, administration de médicaments non prescrits);
- multiplication des supports de prescription, dont certains ont été jugés comme inadaptés ;
- difficultés d'approvisionnement des médicaments (en urgence notamment) ;
- difficulté de gestion des dotations des médicaments.

Les enjeux pour l'hôpital d'un circuit de médicament maîtrisé et conforme aux normes sont les suivants :

- Sécurisation du circuit du médicament : mettre en place une chaîne de responsabilités et de processus complexes entre les professionnels concernés;
- Gestion des risques iatrogènes à l'hôpital;
- Amélioration du dossier patient;
- Préparation à l'informatisation du circuit du médicament.

1.3.5. Ampleur du problème

Les données épidémiologiques sur les pathologies iatrogéniques montrent une incidence de 5 à 10% des patients en court séjour dont 60% sont liés aux médicaments ; ces iatrogénies médicamenteuses sont responsables de 5 à 14% de décès aux USA (8^{ème} cause de mortalité aux USA), en France on cite un chiffre de 24000 morts en 1998.[19, 20, 21]

Toutes les études publiées montrent que les dysfonctionnements du circuit de médicament sont responsables (en dehors de l'iatrogénie) d'une augmentation des budgets d'environ 15%. Le nombre de décès dus à des erreurs de prescription dans les hôpitaux publics britanniques a augmenté de 500%, passant ainsi de 200 en 1990 à 1100 en 2000. Le coût estimé de ces erreurs est de 500 millions de livres par an, selon le rapport officiel qui fait état de ces chiffres. [19, 20, 21]. En Afrique la non maîtrise du circuit du médicament et l'absence d'études sur ses conséquences ne permettent pas d'avoir des statistiques y afférents.

1.3.6. Manifestation du problème

- ï Absence d'informations cliniques (allergie);
- ï Absence de recherche d'information auprès du prescripteur;
- ï Défaut de communication entre prescripteur et infirmier.

1.3.7. Conséquence du problème

Les conséquences d'un circuit des médicaments mal maîtrisé et non conforme peuvent être graves, on peut citer :

- Pour l'hôpital
 - Une absence de performance;
 - Un manque aux objectifs fixés en matière de qualité des soins;
 - Des ruptures fréquentes de médicaments ;
 - Une baisse de la fréquentation de l'hôpital ;
 - Mortalité élevée.
- Pour les malades
 - Un allongement de la durée moyenne de séjour des malades à l'hôpital entraînant une élévation du coût de leur prise en charge;
 - L'inobservance thérapeutique ;
 - Une mortalité et une morbidité accrue.

Chapitre 2 : Cadre théorique

2.1. Problématique

2.1.1. Contexte et justification

Les établissements hospitaliers de nos jours ont de nombreux défis à relever dans le domaine de la qualité des soins qui est désormais incontournable. La mission de service public qui est la leur impose à ces établissements des prestations de soins pertinentes, une bonne qualité des produits pharmaceutiques aux moindres coûts et ceci sans aucun risque pour le patient. La réforme hospitalière initiée en Algérie met à point nommé un accent particulier sur la qualité des soins. C'est dans cette logique que l'Hôpital Principal de Mostaganem (che-guevara) s'est engagé dans une démarche qualité et a entamé actuellement une démarche de certification. La certification est capitale pour tous les hôpitaux qu'ils soient publics, militaires, confessionnels ou privés, elle est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques [8].

Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement. Elle a pour objectif d'inciter et d'aider les établissements à développer une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients, puis de s'assurer de l'existence et de l'efficacité de cette politique : elle intervient à intervalles réguliers, pour en apprécier les résultats.

La procédure de certification porte notamment: [8]

- sur les bonnes pratiques cliniques ;
- les références médicales et professionnelles ;
- l'organisation interne des établissements et des services ;
- l'hygiène hospitalière ;
- la satisfaction des patients ;
- la qualité de l'accueil administratif ;
- et la qualité de l'alimentation...

En vue d'améliorer la performance de l'Hôpital Principal de Mostaganem en matière de qualité de soins à travers son organisation interne ce travail se propose de « contribuer à l'amélioration du circuit du médicament dans cette structure ».

Les différentes étapes du circuit du médicament à l'hôpital sont:[10]

- la prescription ;
- l'approvisionnement ;
- la dispensation ;
- l'administration du médicament au patient ;
- La gestion des dotations dans les secteurs d'activités cliniques ;
- La surveillance thérapeutique.

La formalisation de ce circuit participe à la démarche qualité ; lorsque ce circuit n'est pas maîtrisé, il augmente le risque lié à l'utilisation des médicaments et celui lié à la non-observance des traitements par les patients.

2.1.2. Intérêt de l'étude

L'inscription à la démarche qualité de che-Guevara, qui entame actuellement un processus de certification, donne tout son intérêt à cette étude. Elle contribuera notamment à remplir un des critères important de cette certification : « démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ». Comme conséquence, il résultera une meilleure gestion afin d'éviter les ruptures de médicaments dommageables pour les patients.

2.1.3. But de l'étude

Contribuer à l'amélioration du circuit du médicament à che-Guevara afin d'assurer que seuls les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés aux bons patients, au bon moment, avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient, en minimisant les coûts cachés consécutifs à la non qualité

2.1.4. Objectifs de l'étude

2.1.4.1. Objectif général

Réduire les conséquences négatives pour les patients des erreurs de prescription, de préparation, de dispensation, d'administration des médicaments.

2.1.4.2. Objectifs spécifiques

- Décrire le circuit actuel du médicament à l'Hôpital de che-Guevara ;
- Analyser ce circuit en termes de sécurité;
- Faire des propositions d'amélioration du circuit

2.2. Cadre conceptuel

2.2.1. Définitions des concepts

2.2.1.1. Médicament

On entend par médicament toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques.^{9(*)}

2.2.1.2. Iatrogénie

«La iatrogénie est définie comme l'ensemble des effets non souhaités et indésirables liés à une intervention médicale (au sens large) soit au cours des actes diagnostiques, soit au cours des actes thérapeutiques qui ne préjuge en rien d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence »^{10(*)}.

Le concept complémentaire d'événement évitable permet de préciser le degré de maîtrise du système de santé dans la prévention des effets iatrogènes en identifiant les événements qui ne seraient pas survenus si les soins avaient été conformes aux standards de pratiques comme par exemple la maîtrise du circuit du médicament selon les référentiels.

2.2.2. Démarche qualité : accréditation et certification à l'hôpital

2.2.2.1. Accréditation

L'accréditation des établissements de santé se distingue des mécanismes de certification. Il s'agit d'un système d'évaluation externe spécifique des établissements de santé mis en œuvre

au plan international, utilisant un référentiel *ad hoc* et effectué par des pairs. Elle évalue non seulement le système de management de la qualité mais également des aspects spécifiés de l'organisation des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.[1, 2, 3].

2.2.2.2. Certification

La certification (ISO 9001) est capitale pour tous les hôpitaux qu'ils soient publics, militaire, confessionnel ou privé, elle est une procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels indépendante de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

Elle vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement. Elle a pour objectif d'inciter et d'aider les établissements à développer une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients, puis de s'assurer de l'existence et de l'efficacité de cette politique : elle intervient à intervalles réguliers, pour en apprécier les résultats.

La procédure de certification est basée sur les critères suivants :

- Politique et organisation d'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ;

- Fonction «gestion des risques» ;
- Gestion des évènements indésirables ;
- Maîtrise du risque infectieux ;
- Système de gestion des plaintes et réclamations ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Prise en charge et droits des patients en fin de vie ;
- Gestion du dossier du patient ;
- Accès du patient à son dossier ;
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge ;
- Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés ;
- Organisation du bloc opératoire.

2.2.3. Circuit du médicament

Le circuit du médicament en établissement de santé est un processus composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents :

- prescription qui est un acte médical ;
- dispensation qui est un acte pharmaceutique;
- administration qui est un acte infirmier ou médical.

Des processus de soutien complètent la réalisation de ces trois étapes :

- gestion des dotations dans les secteurs d'activité clinique;
- surveillance thérapeutique;
- éducation du patient.

En outre, ce circuit est interfacé avec le système d'information hospitalier et la logistique.

Chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles,

notamment au niveau des interfaces, qui peuvent générer des risques pour le patient. En résumé le circuit du médicament comporte un certain nombre de séquences, gestes et opérations faisant intervenir plusieurs catégories socioprofessionnelles:

- pharmaceutique ;
- médicale ;
- soignante ;
- administrative ;
- organisationnelle ;
- informatique.

La maîtrise de ce circuit a pour objet de s'assurer que les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés:

- aux bons patients ;
- au bon moment ;
- avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient ;
- en minimisant les coûts cachés consécutifs à la non qualité. [10, 13, 27]

Les étapes du circuit du médicament^{11(*)} se présentent comme suit :

2.2.3.1. La prescription

La prescription est assurée par un professionnel habilité.

Ø Les prés requis

Ce sont :

- la recherche des antécédents et de l'histoire du patient, la précision du terrain

(allergies, antécédents d'effets indésirables médicamenteux, insuffisance rénale, etc.) et des traitements antérieurs ;

- la réalisation de l'examen clinique et si nécessaire, d'explorations complémentaires ;
- la concertation en réunion pluridisciplinaire dans des cas complexes

(par exemple, dans le cas d'un traitement anticancéreux) ;

- l'information adaptée du patient (ou de la personne de confiance) sur le rapport

bénéfice-risque du traitement proposé et la traçabilité de l'information dans le

dossier ;

- la détermination de la fréquence de réactualisation des différents types de

prescriptions au sein du secteur d'activité clinique.

Ø Le choix du médicament

Il est fait en fonction du rapport bénéfice-risque pour le patient. Les éléments suivants

contribuent à la qualité de ce choix :

- l'utilisation d'outils d'aide à la décision : recommandations de bonne pratique,

protocoles thérapeutiques, données pharmaco économiques (par exemple, le choix

de la voie d'administration la moins onéreuse, à efficacité égale) ;

- le respect du Résumé des caractéristiques du produit (RCP) établi dans le cadre de

l'Autorisation de mise sur le marché (AMM) des spécialités pharmaceutiques ;

- l'utilisation du livret thérapeutique de l'établissement (ou document équivalent) et

des listes de préparations officinales ou hospitalières réalisables à la pharmacie.

Ø La formulation de la prescription

Elle comporte :

- le nom et prénom du patient ;

- son sexe et sa date de naissance ;

- si nécessaire, son poids et sa surface corporelle ;
- le cas échéant, la mention d'une grossesse ou d'un allaitement ;
- la qualité, le nom et la signature du prescripteur ; les prescriptions des médecins en

formation sont validées selon une procédure interne au secteur d'activité ;

- l'identification de l'unité des soins ;
- la date et l'heure de la prescription, qu'il s'agisse d'une prescription initiale, d'une réactualisation, d'une substitution ou d'un arrêt de traitement ;
- la dénomination commune du médicament, son dosage et sa forme pharmaceutique ;
- la voie d'administration ;
- la dose par prise et par 24 heures ;
- le rythme ou les horaires de l'administration ;
- pour les injectables, les modalités de dilution, la vitesse et la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli ;
- la durée de traitement, lorsque celle-ci est connue à l'avance ou fixée par la

réglementation.

Certains de ces items peuvent faire l'objet de procédures internes au secteur d'activité. [10, 13, 27]

Ø Le support de la prescription

Les prescriptions effectuées pendant le séjour du patient et à sa sortie sont des éléments du dossier du patient, donc soumises aux règles de confidentialité. Les ordonnances font l'objet d'un archivage. Il existe deux types de supports pour la prescription ; manuscrite et informatisée.

Ø La prescription manuscrite

La prescription est rédigée lisiblement sur un support unique pour toutes les prescriptions et tous les prescripteurs. Ce support doit permettre d'enregistrer l'administration.

Ø La prescription informatisée

Les avantages de l'informatisation de la prescription sont :

- une prescription en temps réel ;
- une intégration de la prescription au dossier informatique du patient permettant

une meilleure traçabilité des informations ;

- le partage d'informations relatives à la prescription et la sécurisation de leur

transmission entre les prescripteurs, les pharmaciens et les infirmières ;

- l'aide à la prescription grâce à l'accès possible depuis tout poste connecté sur le

réseau de l'établissement de santé à des protocoles locaux validés par la

commission *ad hoc* et à des banques de connaissances à jour.

2.2.3.2. La dispensation

Seul le pharmacien est habilité à dispenser les médicaments. Toutefois, les internes en

pharmacie, les étudiants de cinquième année hospitalo-universitaire et les préparateurs

en pharmacie peuvent, en partie, assurer la dispensation sous la responsabilité du pharmacien.

Ø L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance

L'analyse pharmaceutique est effectuée en fonction des moyens humains disponibles à

la pharmacie et des priorités identifiées en matière d'analyse. Sur le plan réglementaire, elle vise à vérifier que rien n'interdit la délivrance

des médicaments prescrits (habilitation du prescripteur, identifiants du patient, du service, etc.).

Sur le plan pharmaco thérapeutique, elle requiert l'accès aux données utiles du dossier

du patient. L'analyse consiste à :

- vérifier la posologie, le mode d'administration et les incompatibilités éventuelles ;

- rechercher et évaluer les redondances de prescription, les interactions

médicamenteuses, etc.

L'analyse concerne aussi les préparations magistrales ou hospitalières en termes de

pertinence scientifique et de faisabilité réglementaire et technique.

La traçabilité de l'analyse de l'ordonnance est assurée et sa validation est effectuée

compte tenu des éléments raisonnablement disponibles. En cas d'anomalie dans la

prescription, le pharmacien émet un avis thérapeutique au prescripteur et une trace de

cet échange est conservée.

Ø Les préparations magistrales et hospitalières, ainsi que la préparation des doses à

administrer sont réalisées selon les recommandations de bonne pratique. Les

reconstitutions de médicaments à risque tels que les traitements cytotoxiques sont

effectuées dans une unité de reconstitution centralisée, sous la responsabilité d'un

pharmacien, lorsque l'activité du service clinique le permet et le justifie.

Ø La délivrance

C'est la mise à disposition des secteurs d'activité clinique, des

médicaments prescrits

dans un délai adapté à leur utilisation.

Les modalités de délivrance

Ce sont, par ordre de sécurité décroissante :

- la délivrance nominative : à partir des ordonnances, les médicaments sont préparés

pour chaque patient, selon une périodicité variable (journalière, hebdomadaire, etc.),

si possible prise par prise ;

- la délivrance globalisée : à partir d'un ensemble d'ordonnances, la somme des

médicaments nécessaires est calculée et les médicaments sont délivrés globalement ;

- la délivrance globale : les médicaments sont délivrés sur la base d'une commande,

sans transmission de l'ordonnance par le secteur d'activité.

Des modalités particulières de délivrance sont organisées :

- pour certains médicaments : stupéfiants ou spécialités soumises à tout ou partie de

la réglementation des stupéfiants, médicaments dérivés du sang, cytotoxiques,

autres médicaments à statut particulier, etc. ;

- pour des situations spécifiques telles que les urgences.

La traçabilité de la délivrance

La délivrance des médicaments est enregistrée et la traçabilité est assurée selon la

réglementation (par exemple, la traçabilité des lots pour les médicaments dérivés du

sang ou contenant des produits biologiques).

Ø L'information et les conseils de bon usage du médicament

Ils doivent être délivrés aux professionnels des secteurs d'activité clinique et aux patients par

le personnel de la pharmacie et sous la responsabilité du pharmacien. Ils font l'objet d'une

traçabilité.

Ø Le transport des médicaments

Le responsable du transport des médicaments de la pharmacie aux secteurs d'activité

clinique est identifié. Les conditions de transport garantissent :

La sécurité, à titre d'exemples :

- containers identifiés, fermant à clef ou à l'aide d'un système équivalent ;
- transport rapide pour les besoins urgents et les produits à faible stabilité ;
- respect de la chaîne du froid pour les médicaments qui le nécessitent ;
- organisation de la réception (lieu, professionnels en charge, etc.).

L'hygiène : médicaments délivrés dans le conditionnement approprié, quelques précautions doivent être prises :

- pour les médicaments et les gélules livrés en vrac dans les bocaux, la pharmacie devra conditionner les médicaments dans de petits sachets unitaires portant le nom générique et de spécialité, le dosage et le code barre du médicament ceci pour éviter la contamination par manipulation au niveau des unités de soins; pour ce faire l'acquisition d'une « conditionneuse unitaire » serait d'une grande utilité ;
- si un chariot est utilisé pour transporter le « container de médicament », il ne devra plus être utilisé pour autre usage, pour faire les soins par exemple. [10, 13, 27]

2.2.3.3. L'administration

L'acte d'administration est réalisé le plus souvent par l'infirmière ou plus rarement par le

médecin.

Ø Les prés requis

- Les infirmiers participent, autant que possible, aux réunions de service au cours

desquelles sont discutés les projets thérapeutiques des patients ;

- les infirmiers disposent d'une liste validée des médicaments pouvant faire

l'objet de modalités d'administration particulière (usage pédiatrique, sonde

entérale, etc.) ;

- les infirmiers n'assurent pas l'administration de médicaments prescrits verbalement, sauf en cas d'urgence vitale.

Ø La mise en œuvre

Préalablement à l'administration, il est nécessaire de :

- prendre connaissance de la prescription sans la retranscrire ; en cas de doute ou

de prescription incomplète, il convient d'en référer au médecin ;

- vérifier la concordance entre la prescription et le médicament préparé ;

- vérifier la date de péremption des médicaments et leur aspect ;

- effectuer les reconstitutions des médicaments extemporanément dans des

conditions d'hygiène et selon le Résumé des caractéristiques du produit (RCP) ;

- vérifier l'absence de contre-indications de certaines pratiques telles que le

broyage de comprimés, l'ouverture de gélules, la mise en solution ou en

suspension dans un liquide.

Il est recommandé de respecter la prescription lorsqu'elle précise que le médicament

ne doit être administré qu'en présence du médecin ou sous surveillance cardiaque

(par exemple, chlorure de potassium en intraveineuse, perfusé à plus de 13

mmol/heure).

Il n'est pas recommandé de déconditionner les formes orales sèches avant la

présentation au patient, c'est-à-dire ne pas retirer le médicament du blister ou

découper le blister en cas de présentation non unitaire.

Ces tâches peuvent faire l'objet de procédures pluri professionnelles validées par la

commission *ad hoc*.

Au moment de l'administration, il est nécessaire de :

- vérifier l'identité du patient ;
- le questionner sur une éventuelle allergie au médicament ;
- apprécier le niveau d'autonomie du patient pour gérer l'administration de son

traitement : si le patient est autonome pour une auto administration, s'assurer de

la compréhension des modalités d'administration du traitement ; si le patient est

dépendant, l'assister dans la prise de ses médicaments ;

- respecter les vitesses d'injection intraveineuse ;
- respecter les règles d'hygiène et de sécurité pour le patient et pour soi-même.

Ces tâches peuvent faire l'objet de procédures internes.

Ø L'enregistrement des conditions d'exécution

Il convient d'enregistrer en temps réel toute administration de médicaments en

utilisant les logiciels informatiques ou à défaut sur un support de prescription prévu à cet effet. Les retranscriptions sont à proscrire, ainsi que la présence dans la chambre des patients, de documents décrivant les conditions d'exécution de l'administration de médicaments (fiche de température, fiche thématique, etc.).

L'enregistrement concerne :

- tous les médicaments administrés y compris ceux ayant fait l'objet d'une prescription conditionnelle, dans le cadre de l'urgence ou de protocole thérapeutique préétabli. Les items enregistrés sont : la dénomination commune du médicament, la dose, les modalités de reconstitution et de dilution, la date et l'heure d'administration, les sites d'injection, le numéro de lot pour certains médicaments ;

- la mention de tout incident lors de l'administration de tous les médicaments

non administrés ; dans ce cas, l'enregistrement comporte la cause de la non administration.

L'enregistrement des données respecte les spécifications relatives à l'administration de

médicaments soumis à une réglementation particulière (médicaments dérivés du sang,

stupéfiants, etc.). [10, 13, 27]

2.2.3.4. La gestion des dotations dans les secteurs d'activités cliniques

La gestion des dotations est établie selon des modalités déterminées par les

professionnels de la pharmacie et des secteurs d'activité clinique. Elle concerne :

- la constitution de la liste qualitative et quantitative des médicaments nécessaires

et en particulier la dotation minimale pour besoins urgents ;

- la réception et le rangement des médicaments (y compris, les médicaments

personnels) dans des locaux ou armoires fermés ; les substances et préparations classées comme stupéfiants sont détenues dans des

locaux ou

armoires fermés à clef et ne contenant rien d'autre ;

- le retour des médicaments non utilisés à la pharmacie et les retraits de lots ;

- la fréquence de vérification des armoires à pharmacie, notamment des dates de

péremption et des stocks minimaux et maximaux. [10, 13, 27]

2.2.3.5. La surveillance thérapeutique du patient

La surveillance thérapeutique du patient permet d'évaluer le bénéfice rendu et de repérer

la survenue éventuelle de tout effet indésirable, y compris mineur. Ce dernier fait l'objet

d'un enregistrement dans le dossier du patient, d'une déclaration selon les procédures en

vigueur dans l'établissement et d'une analyse en vue d'une action corrective et d'une

réévaluation.

La déclaration à la cellule de pharmacovigilance est obligatoire pour :

- les effets indésirables graves : décès, mise en jeu du pronostic vital, provoquant

une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation, entraînant une invalidité

ou une incapacité importantes ou durables, ou se manifestant par une anomalie

ou une malformation congénitale ;

- les effets indésirables inattendus;

- les réactions nocives et non voulues résultant d'un mésusage.

Une information sur le traitement est délivrée au patient sous forme adaptée et, le cas

échéant, une éducation thérapeutique du patient et/ou de son

entourage est mise en

œuvre, *a fortiori* dans les cas de pathologies chroniques. Le patient est informé de la

survenue d'un effet indésirable médicamenteux le concernant et de son éventuelle

déclaration aux autorités sanitaires. [10, 13, 27]

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ETUDE

Chapitre 3 : Méthodologie

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive. L'approche qualitative et quantitative a été utilisée pour comprendre et décrire le circuit existant.

3.2. Population de l'étude

La population de cette étude est composée des services de la Pharmacie hospitalière et du service de Médecine des pavillons essentiellement dans leur organisation fonctionnelle aux différentes étapes du circuit du médicament à l'hôpital.

3.3. Méthodes d'échantillonnage

Afin de suivre au mieux le circuit du médicament, nous avons utilisé un sondage par choix raisonné où les unités statistiques sont choisies suivant des critères prédéfinis ; ce qui nous a permis de choisir des unités de soins représentatives de l'hôpital pour le problème à traiter ; nous avons ainsi choisi en plus de la pharmacie hospitalière, deux services de médecine : le pavillon B et le pavillon P; ce choix a été motivé par la variété des affections qui y sont traitées

3.4. Méthode de collecte des données

3.4.1. Démarche méthodologique

La démarche générale de l'étude a été celle de la résolution des problèmes ; la résolution de problèmes permet de dépasser les obstacles qui peuvent empêcher la réalisation des activités ; c'est un processus rationnel qui permet d'analyser le problème, d'en déterminer les causes, de proposer des solutions, de mettre en œuvre les solutions et de les évaluer.

Les étapes du processus sont les suivantes :

- ü L'analyse situationnelle;
- ü L'identification des problèmes et leur priorisation;
- ü La formulation du problème prioritaire;
- ü L'analyse du problème prioritaire;
- ü La détermination des causes et des conséquences du problème prioritaire ;
- ü La priorisation des causes retenues;
- ü L'identification des solutions possibles et leur priorisation;
- ü L'analyse de l'environnement en vue de l'application de la solution appropriée retenue;
- ü Le choix d'une solution appropriée à l'environnement de la structure ;
- ü Le plan de mise en œuvre;
- ü La mise en œuvre;
- ü L'évaluation de la mise en œuvre.

Du point de vue méthodologique, nous avons procédé comme suit :

3.4.1.1. L'analyse situationnelle

Cette étape a consisté à une revue de la littérature et à la consultation des plans d'action et des rapports d'activités de l'hôpital

Le chapitre 1 de ce document résume cette analyse situationnelle.

3.4.1.2. Identification des problèmes et choix du problème prioritaire

Dans un premier temps à l'issu des rencontres participatives avec les acteurs de l'hôpital et au vu de l'analyse des rapports d'activités et des plans, les problèmes de che-Guevara ont été identifiés puis dans un second temps ces problèmes identifiés ont été priorisés en vu de choisir le problème prioritaire.

3.4.1.4. Elaboration des outils de collecte des données

Cette étape a aboutit à l'élaboration des outils de collecte suivants: (Cf annexe)

- Ø Guide d'entretien pour les responsables des services de soins identifiés et de la pharmacie (chef service, major, surveillant ...)
- Ø Questionnaires à l'endroit des autres professionnels des services de soins identifiés et de la pharmacie ;
- Ø Check-list pour l'observation directe.

3.4.1.5. Test des outils de collecte

Les différents outils de collectes élaborés ont été testés sur des échantillons différents de ceux objet de l'étude (service non ciblé par l'étude), puis ils ont été réadaptés.

3.4.2. Collectes des données

Elle s'est faite de trois manières :

- Remplissage des questionnaires par l'enquêteur ou directement par les enquêtés ;
- Entretien avec les acteurs identifiés (guide d'entretien) ;
- Observation directe avec check-list ;
- Consultation des différents supports de gestion du circuit.

3.5. Analyse et interprétation des résultats

Le traitement des données a été fait à l'aide des logiciels EPI Info et Excel (Windows).

Les **étapes suivantes** ont permis de compléter notre étude :

- Ø Analyse et détermination des causes du problème prioritaire ;
- Ø La priorisation des causes retenues ;
- Ø Analyse des options possibles de solutions et choix de la solution ;
- Ø Proposition d'un plan de mise en oeuvre de la solution retenue;
- Ø Plan d'évaluation de la mise en oeuvre.

3.6. Les limites de l'étude

Ce travail n'a pas pris en compte l'aspect informationnel du circuit (qualité des ordonnances, satisfaction des patients, etc.), il ne s'est intéressé qu'à l'aspect physique du circuit ; ce qui n'a pas nécessité un questionnaire pour les patients.

L'étude étant faite au niveau de deux services (étude de cas), la généralisation de ses résultats à tous les services de soins de l'hôpital est tributaire de leur similitude avec les cas étudiés [16,17] ; toutefois, en terme de processus, les points à améliorer sont pratiquement les mêmes dans tous les services de soins de l'hôpital et à ce titre il est possible de généraliser sans trop de risques, les résultats de cette étude qui concernent le processus de gestion.

Chapitre 4 : Présentation et analyse des résultats

4.1. Présentation des résultats

4.1.1. Le processus de gestion au niveau de l'hôpital

L'hôpital Principal de Mostaganem compte cinq (5) services dépendants :

- Le SAGF (Service Administratif et Gestion Financière) ; qui s'occupe de tout ce qui concerne l'eau, l'électricité et les salaires ;
- Le service de matériel et des travaux ; qui gère tout ce qui est matériels d'entretien, de bureautique, etc.;

- Le service de la restauration qui coordonne les activités d'hôtellerie de l'hôpital ;
- Le service de la bio maintenance qui assure la gestion préventive et curative de tout le matériel biomédicale ;
- Le service de la pharmacie hospitalière qui assure la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux.

Au début de chaque exercice budgétaire, chaque service dépensier se voit crédité du montant convenu au terme du processus d'élaboration du budget ; ils sont donc chargés au fur et à mesure de l'expression des besoins d'effectuer les engagements par l'émission des bons de commandes ; ces bons de commandes signés par le directeur de l'établissement sont envoyés aux fournisseurs ; à la livraison, le bon de livraison joint du bon de commande et de la fiche de réception permet au signataire délégué (le gestionnaire) d'effectuer la liquidation et le mandatement, l'ordre de paiement est obligatoirement signé par le Directeur

4.1.2. Les étapes de la dépense au niveau de la pharmacie

L'achat d'articles nécessite un engagement juridique et engendre une dépense. Dans les systèmes de finances publiques, on distingue pour toute dépense quatre étapes, réparties en deux phases :

è La phase administrative qui comprend :

- l'engagement de la dépense : la pharmacie après avoir vérifié qu'il reste des crédits sur la ligne budgétaire correspondante, passe la commande auprès du fournisseur ; cet acte aura une implication financière pour l'hôpital;
- la liquidation : la pharmacie indique à l'ordonnateur des dépenses (service financier) que le service prévu a été fait ou que la fourniture livrée est conforme à la commande, et arrête le montant de la dépense ;
- l'ordonnancement (ou mandatement) : l'ordonnateur (Médecin-chef) donne l'ordre au comptable de payer la prestation au fournisseur.

è La phase comptable

C'est la phase de paiement. Le comptable vérifie le bon déroulement de la phase administrative et paie la prestation au fournisseur.

4.1.2.1. Engagement de la dépense

è Cadencement budgétaire

La pharmacie dispose d'un budget préparé par le chef de service puis soumis à l'approbation du conseil d'administration de l'établissement. Le pharmacien est soumis à un impératif de gestion budgétaire imposé par le Directeur de l'établissement qui exige un engagement maximal mensuel ne dépassant pas le douzième du budget annuel alloué disponible ; cela facilite le règlement rapide des factures d'autant plus que la trésorerie est souvent basse.

Les achats sont donc réalisés selon une programmation mensuelle et sont validés par le pharmacien chef, avant envoi du bon de commande.

è Engagement de la dépense

Il est matérialisé par un bon de commande signé par le pharmacien chef. Ce dernier est seul habilité à signer les bons de commande de produits pharmaceutiques par délégation du Directeur de l'hôpital.

Le bon de commande est établi sous un format dactylographié en un exemplaire original unique par la secrétaire. La commande est ensuite reprise dans un carnet à souche, ce qui permet ainsi d'obtenir deux duplicata (1 rose et 1 jaune).

Le bon de commande est envoyé dans un premier temps au fournisseur par fax, puis par la poste. Il porte un numéro d'identification unique (dans une série débutant le 1^{er} janvier et s'achevant à la fin de l'exercice budgétaire).

Il est daté et contient obligatoirement les informations suivantes :

- la raison sociale du fournisseur qui exécutera la commande ;
- le service dépensier en charge du dossier (pharmacie);
- l'année budgétaire concernée ;
- les références d'imputation budgétaire (code budgétaire) ;
- la désignation précise des articles commandés ;
- les quantités, les prix unitaires et montants hors taxe;
- le montant de la TVA si elle doit être payée (puisque les produits pharmaceutiques sont en principe exonérés de taxes);

- le prix total TTC éventuellement ;
- le mode d'expédition de la commande ;
- la raison sociale du transitaire.

L'émission du bon de commande s'accompagne de la saisie d'un bon informatique d'engagement financier à partir de l'application budgétaire. Cela permet une gestion en temps réel de la comptabilité budgétaire.

Le bon de commande informatique émis possède une numérotation automatique interne à l'hôpital (chronologie de 1 en 1).

Le suivi des commandes est effectué par le chef du secrétariat selon la procédure suivante:

- pour les fournisseurs étrangers qui expédient leurs colis par voie aérienne, une première relance est réalisée par fax 1 mois après envoi de la commande;
- pour les fournisseurs étrangers qui expédient leurs colis par voie maritime, la première relance par fax intervient 1,5 à 2 mois après commande ;
- pour les fournisseurs locaux une relance est réalisée par téléphone 1 mois après commande.

Les commandes auprès des fournisseurs retenus à l'issue de l'appel d'offres sont en général étalées graduellement dans l'année ou passées en une seule fois en fonction des capacités de stockage de la pharmacie, des délais de livraison, des coûts des articles.

è Réception de la commande

La réception de la commande est assurée par une commission dont les membres sont nommés par le directeur de l'hôpital. Cette structure vérifie la réception effective de la commande, la date de péremption, la conformité de la livraison à la facture et au bon de commande. Lorsque la livraison est conforme, la commission établit une fiche de réception.

Le dossier de commande ainsi que les produits réceptionnés sont confiés aux différents agents chargés de leur gestion pour un dernier contrôle.

Ils mettent ensuite à jour les fiches de stocks avant de retourner le dossier au secrétaire comptable de la pharmacie. Les "entrées" sont enregistrées sur la fiche de suivi de stock et les produits rangés dans le magasin.

4.1.2.2 Certification et liquidation de la facture

Le fournisseur adresse la facture (en trois exemplaires) au Médecin chef de l'hôpital en général avant réception de la marchandise. Après enregistrement et visa, elle est transmise au service financier qui à son tour l'adresse à la pharmacie.

Lorsque la marchandise livrée ou la prestation (dans le cas du transport) sont jugées conformes (à la facture et au bon de commande), le pharmacien procède à la certification de la facture (en trois exemplaires) en y apposant son visa.

A la facture (3 exemplaires) certifiée doivent être joints les documents suivants : un exemplaire du bon de commande, la fiche de réception et un bordereau de livraison visés. Ces documents sont transmis au service financier : c'est la liquidation.

4.1.2.3. Ordonnancement ou Mandatement

Elle s'effectue en plusieurs étapes :

- vérification des coordonnées administratives et bancaires du fournisseur et l'imputation budgétaire (code budgétaire) ;
- contrôle des montants arrêtés en chiffres et en lettres et toutes les pièces justificatives;
- visa des factures.

Lorsque tous les éléments de contrôle sont conformes, la facture est mise en condition de paiement.

4.1.2.4. Paiement de la facture

Le paiement des factures est assuré par l'agent comptable particulier de l'hôpital (ACP) au vu des états de mandatement préparés par le service financier. Théoriquement, le paiement intervient 90 à 120 jours après réception de la marchandise. En pratique, il est souvent effectué au delà des délais requis à cause des difficultés de trésorerie très fréquentes de l'HPD.

4.1.3. Description du circuit du médicament

Au niveau de la pharmacie

4.1.3.1. La sélection

Le processus d'approvisionnement concerne les médicaments figurant dans le Livret thérapeutique de l'hôpital.

4.1.3.2. La détermination des quantités

La méthode de quantification diffère selon qu'il s'agit d'estimer des besoins annuels (dans le cadre d'un appel d'offres) ou des besoins ponctuels.

Ø Quantification des besoins annuels

Pour la quantification des besoins annuels pour un produit donné, on utilise les données de consommation des deux dernières années (A2 ; A1) et celles de l'année en cours (A) fournies par l'informatique. On estime que les consommations passées sont le reflet des besoins futurs. Ces données permettent de calculer la consommation moyenne mensuelle théorique qui servira alors de base d'estimation.

Lorsque les données de consommation ne sont pas fiables (rupture de stocks pendant une longue période, « mouvements de stocks » enregistrés avec du retard sur l'application informatique), les valeurs chiffrées sont corrigées en tenant compte du profil courant de consommation du produit concerné.

Consommation moyenne mensuelle (CMM) = [(A2) + (A1) + A]/nombre total de mois de la période concernée ;

Quantité à commander = [CMM x 15] [stock existant le jour de la commande + quantité déjà en commande s'il y a lieu].

Les trois mois de consommation évaluée en sus des besoins annuels (12 mois) constituent le stock de sécurité nécessaire pour pallier à d'éventuels retards dans la notification des marchés, à certaines défaillances du fournisseur, aux délais de livraison longs ou à d'autres impondérables.

Ø Commandes ponctuelles

La consommation moyenne mensuelle est déterminée uniquement à partir des fiches de stocks lorsqu'elles sont bien tenues.

- La quantité à commander est déterminée grâce à des méthodes de calcul simples :

La consommation moyenne mensuelle est ici calculée sur deux ou trois mois à partir des- « sorties » enregistrées sur les fiches de stocks : il suffit de les additionner et de diviser le total par le nombre de mois que compte la période concernée;

- la seconde méthode consiste à totaliser le nombre « d'entrées » du produit sur une période donnée, puis à soustraire du total obtenu le stock existant à la fin de la période concernée et enfin à diviser par le nombre de mois.

Quelque soit le mode de calcul utilisé, on multiplie le nombre obtenu par le nombre de mois de stock à pourvoir.

4.1.3.3. L'acquisition

En fonction de la *nature*, du *nombre* et de la *quantité* des produits que l'on souhaite acquérir, on choisit, dans le code des marchés publics en vigueur, la procédure d'achat requise. Trois procédures d'achat sont utilisées par la pharmacie de l'Hôpital selon les préconisations du Code des Marchés Publics :

- les achats sur simple facture ;
- les achats selon une procédure de mise en concurrence ;
- les achats avec passation de marchés.

Ø Achats sur simple facture (sans passation de marché)

Il consiste, pour un article donné, à procéder à une commande ponctuelle chez un fournisseur ; ce fournisseur est choisi à l'issue d'une demande de cotation, c'est-à-dire que trois fournisseurs au moins sont consultés et c'est le moins cher qui est retenu). La pharmacie a recours à ce type d'approvisionnement lorsque le montant total de la commande est inférieur

- pour de petites commandes (effectuées entre deux grosses commandes, pour pallier à une mauvaise quantification des besoins et éviter une rupture de l'approvisionnement) ;
- en cas de défaillance d'un fournisseur avec lequel on avait engagé une procédure de marché ;
- en cas d'urgence (achat chez un grossiste répartiteur local).

Ø Achats selon une procédure de mise en concurrence restreinte

Lorsque le montant des fournitures est égal ou supérieur à 3 millions de dinars mais inférieur au seuil fixé par le code des marchés publics (15 millions de da), il est fait recours à la procédure de mise en concurrence. La pharmacie de l'hôpital adresse des demandes de renseignements et de prix à différents fournisseurs (au moins cinq). Le fournisseur le moins disant est retenu.

Ø Achats avec passation de marché

Lorsque le seuil (15 millions) des marchés publics est susceptible d'être atteint, la procédure de passation d'un marché est systématiquement engagée.

ï Marché sur appel d'offres restreint

L'appel d'offres est le mode de passation de marché par lequel l'autorité contractante choisit son cocontractant après un appel public à la concurrence.

La procédure d'appel d'offres comporte cinq étapes :

- publicité obligatoire organisée par la cellule des marchés de l'hôpital (publication dans le quotidien national) ;
- les fournisseurs intéressés par l'appel d'offres se manifestent et une pré sélection est effectuée par la pharmacie après renseignements sur les garanties techniques et financières des candidats, les délais d'exécution des prestations ;
- envoi du cahier des clauses administratives particulières (CCAP préparé par la cellule des marchés) et du cahier des clauses techniques particulières (CCTP préparé par la pharmacie) aux fournisseurs pré sélectionnés ; ce sont des dispositions contractuelles écrites et relatives au marché ;
- examen des offres sur le plan technique (qualité des produits, sérieux du laboratoire, informations relatives au produit) et financier est fait par une Commission des Marchés de l'Hôpital Principal de Mostaganem. Cette commission est composée :
 - d'un Président : le Gestionnaire de l'hôpital, ou son adjoint ;
 - d'un membre siégeant à titre de Directeur financier : le chef du service financier de che-guevara ou son adjoint ;
 - d'un membre siégeant à titre de responsable des services techniques : le Pharmacien chef ou son adjoint ;
 - d'un membre siégeant à titre de responsable des approvisionnements et marchés : le chef de service de la cellule des marchés ou son adjoint ; d'un rapporteur.

La commission analyse les offres sur le plan administratif et financier après avoir pris connaissance des propositions de la commission technique; à l'issue de ce travail, un rapport de présentation est rédigé, qui justifie le choix des fournisseurs retenus.

Le dossier d'appel d'offres est ensuite transmis à la Direction de Contrôle des Marchés Publics (DCMP). La DCMP est rattachée au ministère de l'économie et des finances. Elle valide ou non les choix de la commission d'appel d'offres. En cas de validation, le projet de marché est retourné à l'hôpital pour la notification du marché. Le marché est finalement signé par les deux parties cocontractantes à savoir l'hôpital représenté par son Directeur et le fournisseur retenu à l'issue du processus d'appel d'offres. La cellule des marchés avise immédiatement les autres candidats du rejet de leurs offres.

Problèmes liés à la passation des marchés

La procédure d'appels d'offres est lourde à mettre en oeuvre et entraîne une lenteur dans la livraison des produits, elle pourrait être à l'origine de fréquentes ruptures de stocks. En plus des pénalités que l'hôpital serait contraint à payer du fait du non respect des délais de paiement.

4.1.3.4. La gestion des stocks

Les médicaments sont stockés dans un grand hall à deux niveaux :

- le premier niveau sert de magasin central ; ce magasin dispose des étagères à 4 niveaux, leurs hauteurs sont telles que les deux derniers niveaux sont difficiles à exploiter par faute de dispositifs appropriés pour y accéder ;
- le deuxième niveau est pratiquement inaccessible par faute de moyens adoptés d'élévateurs de charges ;
- La pharmacie dispose d'une seule salle climatisée pour le stockage des produits sensibles à la chaleur tel que les gants ;
- Les solutés massifs sont stockés dans une salle dédiée située hors de l'immeuble de la pharmacie.

4.1.3.5. La dispensation

A che-Guevara deux modes de dispensation des produits de santé sont utilisés par le Service de la Pharmacie: la dispensation globalisée et la dispensation individuelle, nominative.

Ø La distribution globale

La délivrance de médicaments est réalisée selon un calendrier trihebdomadaire sur la base de cahiers de commande adressés par le service demandeur.

Ø La dispensation nominative globalisée de médicaments aux

unités de soins

La dispensation nominative globalisée est effectuée dans le cadre de la distribution globale trihebdomadaire de produits médio-pharmaceutiques ou en urgence au besoin. Elle est effectuée sur la base de bons de commandes validées par les médecins chefs des unités de soins ou par leurs délégataires dûment mandatés à cet effet. Les produits concernés sont certains

antibiotiques (l'antibiogramme est parfois exigé), des anticoagulants (enoxaparine), des anti-ulcéreux (oméprazole).

Les demandes adressées à la pharmacie sont minutieusement vérifiées par le surveillant (dont c'est une de ses activités essentielles) ; toute demande non habituelle retient son attention. Il étudie les demandes et selon le stock disponible, décide de la quantité à délivrer.

Ensuite, les préparateurs et les magasiniers exécutent les demandes en tenant compte des éventuelles modifications opérées sur les quantités demandées et replacent les caisses des services dans les casiers qui leur sont attribués.

Les représentants des différents services viennent récupérer leurs produits et s'assurent avant de partir que le contenu correspond bien à la demande exprimée ou modifiée.

Ø La dispensation nominative et individuelle

· La dispensation au profil des personnels de l'hôpital et de leurs familles

La dispensation est effectuée au profit des personnels de l'hôpital ou de leurs familles. Elle est faite sur présentation d'une prescription faite par le médecin du personnel.

Ce médecin est tenu de prescrire des produits figurant dans le Livret thérapeutique de l'hôpital. En cas de prescription hors Livret ou d'absence d'équivalents, l'ordonnance est transmise au médecin chef de l'hôpital (directeur de l'hôpital) qui décide de l'achat ou non du médicament en question.

· Rétrocession au profit de malades externes

La pharmacie de l'hôpital est une PUI (pharmacie à usage intérieur). Ses activités sont limitées à l'usage particulier des malades hospitalisés dans l'établissement. Cependant, elle a mis en place un système de rétrocession à titre exceptionnel concernant uniquement les médicaments anticancéreux. Elle est faite sur la base de la présentation d'une ordonnance signée par un médecin habilité. Le

paiement est effectué par l'acheteur à la caisse centrale de l'hôpital après présentation d'une facture émise par la pharmacie. La délivrance du médicament est réalisée par un pharmacien.

Le prix de rétrocession est validé par la Directeur de l'hôpital sur proposition du pharmacien chef. Il tient compte des frais inhérents à l'achat du médicament (prix du produit + frais d'importation) par la pharmacie. Le prix de vente est égal au prix d'achat majoré de 30 %.

· La dispensation des Antirétroviraux (AR V) et des Antituberculeux

Depuis 2008, la pharmacie de che-guevara est chargée de la dispensation gratuite des ARV aux malades suivis par le service des maladies infectieuses de l'hôpital. Cette dispensation est assurée par un pharmacien assisté d'un préparateur en pharmacie. Les commandes d'ARV sont trimestrielles. Des locaux sont spécialement aménagés pour la dispensation des anticancéreux et des ARV afin de garantir la confidentialité.

Les antituberculeux sont aussi dispensés gratuitement aux malades suivis à l'hôpital.

Au niveau des unités de soins

4.1.3.6. La prescription

Dans les deux services, on note les étapes suivantes:

Ø Etape 1 - A l'admission du patient, la rédaction de l'histoire médicamenteuse

L'histoire médicamenteuse correspond au récapitulatif des médicaments qui constituent le

traitement d'un patient avant son arrivée à l'hôpital. Le médecin de l'Hôpital rencontre le patient et rédige l'ordonnance d'entrée dans le dossier médical. À cette étape, le médecin détermine les médicaments qui seront prescrits et dispensés par l'hôpital.

Ø Etape 2 - La prescription de médicaments et la transcription de l'ordonnance

Le prescripteur (médecin) rédige une ordonnance complète dans le support approprié (fiche de traitement), aucune ordonnance verbale n'est acceptée, les traitements qui se poursuivent et qui ne requièrent aucune modification durant tout le séjour ne sont pas re-prescrits. Ceci n'est pas valable pour certaines antibiothérapie où des prescriptions

limitées et circonstanciées sont exigées.

Ø Etapes 3 - Le relevé, la retranscription et la transmission de l'ordonnance

Le (ou la) surveillant(e) du service ou la personne autorisée (IDE), après les visites médicales se charge de retranscrire sur un papier (planning des soins) toutes les prescriptions faites résumant ainsi de manière horodatée les traitements prévus par lits, ce document servira de base à l'équipe soignante (infirmiers) pour la préparation et l'administration des soins aux patients.

4.1.3.7. La détermination des besoins au niveau du service

Pour les deux services, la détermination des besoins du service en médicaments ne se base

sur aucune information fiable relative à la consommation ou à la prescription. Les fiches de stock étant inexistantes, le surveillant responsable de la pharmacie du service se fie à son expérience et ses propres observations durant la semaine pour apporter quelques modifications à la commande antérieure soit par introduction d'un médicament à consommation saisonnière soit en modifiant les quantités lorsqu'il constate une augmentation de la demande du personnel pour un produit particulier ou s'il dispose déjà d'un stock suffisant. Les données de la prescription sont disponibles dans les fiches de traitement mais ne sont pas exploitées. Pour les produits onéreux, ce sont les médecins qui déterminent les besoins d'un patient nommé et identifié par son numéro d'entrée, besoins que le surveillant retranscrit sur un bon et fait signer par le médecin. Ainsi, hormis les produits onéreux, il est très difficile de savoir jusqu'à quel degré la commande du service, reflète les besoins réels.

La commande se fait en remplissant le cahier de commande hebdomadaire, la quantité demandée par produit est précisée devant la case portant le nom de ce produit. La commande se fait de façon tri-hebdomadaire (lundi, mercredi et vendredi) pour la distribution globalisée ; pour la distribution nominative, elle se fait chaque jour au besoin.

4.1.3.8. Réception, stockage et gestion des stocks

v Les responsables du stock du service

Ø B.

La surveillante du service est la responsable du stock et de sa gestion, elle est supplée en cas d'absence par un IDE. Elle travaille selon l'horaire normale, de 07h30' à 12h00 la matinée et de 14h à 17h30' l'après midi; Elle détient également la clé de l'armoire contenant les stupéfiants, pour les autres jours ou elle n'est pas là (week-end, jours fériés ...), elle met une partie de cette dotation à disposition du service de garde qui en est responsable.

Ø P :

Le surveillant du service est responsable du stock, il a les mêmes horaires que la surveillante de Boufflers et joue les mêmes rôles qu'elle.

v La réception

Les produits livrés par la pharmacie de l'hôpital sont contrôlés systématiquement à la réception, lorsqu'une différence est constatée, la pharmacie livre les quantités manquantes. Les produits livrés sont accompagnés par le cahier de commande signé par le surveillant de la pharmacie. Mais lorsqu'il s'agit d'une dispensation nominative, les produits livrés par la pharmacie, sont accompagnés du bon de commande contre signé par le surveillant de la pharmacie

v Le stockage.

Le stockage se fait dans des armoires métalliques placées dans le bureau du surveillant dans les deux services. Les médicaments thermosensibles sont stockés dans un réfrigérateur. Les conditions de stockage sont acceptables, il n'y a pas de détérioration des produits, la rotation des produits en fonction de la date de péremption est respectée. L'accès au stock détenu dans les armoires est libre pour les IDE chargés des soins qui ont d'ailleurs chacun une clé du bureau du surveillant.

v La délivrance des produits au personnel soignant

Les infirmiers ont accès aux armoires pour les médicaments usuels, par contre pour certains médicaments, ils reçoivent lorsqu'ils sont de service une dotation de la part du surveillant et qu'ils gardent dans une armoire qui leur est dédiée.

Pour les stupéfiants en injectables, le surveillant charge le produit dans la seringue pour les infirmiers et garde les flacons vides dans son armoire ; ces flacons vides lui permettront de justifier l'utilisation du médicament au niveau de la pharmacie avant toute nouvelle dotation.

Pour les équipes de nuit et les week-ends le surveillant prépare leur

dotation qu'il dépose dans une armoire réservée à cet effet.

4.1.3.9. L'administration des médicaments aux patients

v Le relevé et la retranscription de l'ordonnance pour suivi de l'administration

On procède quotidiennement à plusieurs retranscriptions sur deux supports différents à

Peltier tandis qu'on procède à une retranscription unique de l'ordonnance initiale sur

un support à B.

v Préparation des médicaments dans l'unité de soins

Elle est faite en utilisant le planning des soins remplis qui précise pour chaque salle (lit) les soins à faire par patient. Ce planning est un document essentiel pour la sécurité des soins ; elle ne doit pas comporter d'erreurs, c'est pour cela qu'une procédure devrait organiser sa confection.

L'aide infirmière chargée de l'administration des comprimés au pavillon (b) passe beaucoup de temps à la confection des semainiers (qui sont d'ailleurs très insuffisants). Cette confection est aussi à l'origine de stress pour les infirmières car il peut y avoir des modifications de présentation ou de nom commercial suite à des événements liés à l'approvisionnement (rupture de stocks, changement de fournisseur...).

v L'administration des médicaments

L'infirmière utilise un chariot et/ou plateau sur lequel sont disposés les semainiers et/ou les préparations et la feuille résumant les prescriptions du jour. Elle déplace le chariot de chambre en chambre et administre les médicaments aux patients en inscrivant les doses administrées sur le support prévu à cet effet.

Le recours aux chariots facilite le travail de l'infirmière pour la distribution nominative. Toutefois, nos observations montrent que ce type d'équipements est souvent laissé à la porte des chambres des patients avec surveillance partielle. L'accès relativement facile au contenu de ces chariots est préoccupant ; c'est pour cela qu'une procédure devrait organiser également cette étape.

En conclusion, le circuit du médicament à l'Hôpital Principal de

Mostaganem peut se résumer à travers les schémas suivants. (Figure 4 et 5) :

Prescription
médicale
Patient
Armoire à pharmacie
de service

Commande à la
pharmacie **avec cahier de commande**

Administration

Préparation des doses à
administrer

Livraison des
médicaments de
l'armoire

Distribution des
médicaments commandés

Source : nous-mêmes

**Figure 4 : Schéma du circuit du médicament à l'hôpital che-guevara
(distribution globale)**

Prescription médicale

Patient

Commande à la
pharmacie **avec bons signé par le médecin**

Armoire à pharmacie de service

Administration

Préparation des doses à
administrer

Livraison des
médicaments de
l'armoire

Source : nous-mêmes

Figure 5 : Schéma du circuit du médicament à che-guevara (distribution nominative globalisée)

4.2. Analyse des résultats : points forts (PF) et points à améliorer (PA) du circuit du médicament à Che-Guevara

4.2.1. Au niveau de la pharmacie

PF :

- Disponibilité du budget médicament ;
- Sélection faite sur la base du livret thérapeutique de l'hôpital ;
- Processus d'acquisition normé ;
- Stocks bien gérés avec existence de fiche de stocks renseignés à chaque mouvement ;
- Existence d'un logiciel ;
- Planning semestriel des inventaires ;
- Mode de dispensation maîtrisé ;

- Existence de casiers identifiés, sécurisés et accessibles pour chaque service .

PA :

- Fréquentes ruptures de médicaments ;
- Lourdeurs des dispositions du code de marchés publics (contraintes des appels d'offre) entraînant un retard dans les approvisionnements avec comme conséquence les fréquentes ruptures de stocks ;
- Locaux (magasins) et matériels (étagères) non adaptés pour recevoir un maximum de stock ;
- Logiciel non renseigné immédiatement après la dispensation (se fait une semaine après) ;

4.2.2. Au niveau des unités de soins

4.2.2.1. La prescription

PF :

- Existence de protocoles thérapeutiques ;
- Utilisation des protocoles thérapeutiques ;
- Existence de support unique manuscrit pour toutes les prescriptions et tous les prescripteurs (fiche de traitement) ;
- Pas d'ordonnance verbale.

PA :

- Ordonnances sur les fiches de traitement non signés par le médecin, seuls les bons établis pour les produits non disponibles en service et à prendre en pharmacie sont signés par le médecin ;
- Retranscription des ordonnances de la fiche de traitement sur un carton (planning des soins) par des IDE ou des aides infirmiers ;
- Absence de procédure et de supports adaptés pour normaliser cette étape de retranscription qui peut être source d'erreurs.

4.2.2.2. La détermination des besoins au niveau du service

PF :

- Existence de support avec des informations qualitatives sur les

médicaments à commander (cahier de commande).

PA :

- Absence de base de calcul pour la détermination des quantités à commander ;
- Absence de procédure organisant cette étape.

4.2.2.3. Réception, stockage et gestion des stocks

PF :

- Mode de réception et de transport des médicaments de la pharmacie vers le service maîtrisé et sécurisé ;
- Existence d'armoires adaptées pour le stockage des médicaments ;
- Existence d'armoires dédiés et fermés à clef pour les stupéfiants (gestion de la clé assurée par une seule personne) ;
- Existence de réfrigérateurs pour les médicaments thermosensibles.

PA :

- Absence de fiches de stock ;
- Absence de traçabilité des sorties de médicaments des armoires ;
- Absence de procédures organisant la gestion des médicaments dans les services ;
- Armoires de médicaments non sécurisé dans les salles de soins (pas de clé). L'accès au stock doit être strictement réglementé et difficile d'accès pour les personnes non autorisées, afin de prévenir les vols et toutes sortes d'abus et de rendre le responsable du stock redevable en cas de disparition d'une partie du stock.

4.2.2.4. L'administration des médicaments aux patients

PF :

- Existence de support permettant de tracer les soins effectués sur un patient : ce support horodaté permet de récapituler les soins par patient, ces soins ne sont plus marqués sur les fiches de température pour des raisons de confidentialité ; même si elle n'est pas signée et ne comporte pas le nom de l'infirmier ayant administré les soins, elle a le mérite d'être une ébauche de support pour l'assurance qualité.

PA :

- Absence d'étape de double vérification entre infirmières avant l'administration ;
- Absence de procédure organisant l'étape ; la distribution nominative journalière repose sur le principe que le circuit du médicament doit être géré en grande partie par l'équipe pharmaceutique qui possède davantage de compétences, mais dans ce contexte d'insuffisances de spécialistes en pharmacie, le réflexe consiste à mettre en place une procédure qui favorise une double vérification entre infirmières avant administration.

TROISIEME PARTIE

DETERMINATION DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION

IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS

PLAN DE MISE EN OEUVRE

Chapitre 5 : Détermination/ analyse des causes et leur priorisation

5.1. Présentation des outils

Cette partie présente les instruments de base qui nous ont permis de déterminer et d'analyser les causes ainsi que leur priorisation. Pour cela, nous avons eu recours à des outils de résolution de problèmes encore appelés outils de la qualité.[6, 8, 47]

Ceux-ci permettent de réaliser les actions correspondant aux différentes étapes de la méthode. Une bonne connaissance de leur apport et de leur utilisation est nécessaire pour mener à bien une démarche d'amélioration de la qualité.

Parmi ces nombreux outils, on peut citer entre autres :

q Vote pondéré : Technique de sélection finale du problème ou de la solution à mettre en oeuvre que le groupe souhaite résoudre en premier lieu. Il évite, plus que le vote simple, les résultats ex æquo. Il permet de sélectionner les idées les plus importantes, et de choisir la solution à mettre en oeuvre.

Il est utilisé après un vote simple qui aura réduit le nombre de problèmes ou de solutions identifiés. Il peut aussi être utilisé directement, lorsque le nombre de problèmes ou de solutions proposés reste inférieur à 20. Cet outil permet d'éliminer les idées secondaires et de se consacrer aux plus importantes. Il a la même fonction que l'écrit d'un concours, il sélectionne les meilleurs, mais ne décide pas des admis.

q Diagramme causes-effet : encore appelé Diagramme d'**ISHIKAWA**: c'est une Arborescence visualisant le problème d'un côté, et ses causes potentielles, de l'autre. Cet outil a été créé et diffusé par Kaoru Ishikawa, ingénieur japonais à l'origine des cercles de qualité.

C'est un outil graphique qui sert à comprendre les causes d'un défaut de qualité ; il sert à analyser le rapport existant entre un problème et toutes les causes possibles.

Ce diagramme se présente sous la forme d'arêtes de poisson classant les catégories de causes inventoriées selon la loi des 5 M. Ce sont :

- Main-d'oeuvre : les professionnels de toute catégorie, en y incluant la hiérarchie ;
- Matériel : l'équipement, les machines, le petit matériel, les locaux ;
- Matière : tout ce qui est consommable ou l'élément qui est à transformer par le processus ;

- Méthode : correspond à la façon de faire, orale ou écrite (procédures, instructions) ;
- Milieu : environnement physique et humain, conditions de travail, aspect relationnel.

Il est utilisé pour classer et visualiser clairement l'ensemble des causes potentielles d'un problème donné, et ultérieurement comme support de traçabilité au quotidien des facteurs réels de dysfonctionnements.

q Diagramme de PARETO (diagramme 80/20) : Histogramme classant les causes d'un problème en ordre décroissant, afin de mettre en évidence les causes principales. Il s'appuie sur la loi empirique du 80/20 : environ 20 % de causes expliquent souvent jusqu'à 80 % du problème.

Issu des analyses de l'économiste Vilfredo **PARETO** (1848 - 1923) qui a conçu cette loi empirique des 80/20 pour représenter l'importance relative de différents faits, cet outil a été vulgarisé dans le domaine de la qualité par **Juran**. [47]

Son Objectif est de représenter l'importance relative des différentes causes d'un problème. Ce diagramme aide le groupe de travail à avoir une même vision des priorités. Il est utilisé pour classer et visualiser selon des critères définis l'ensemble des causes potentielles d'un problème donné.

En somme, ces méthodes doivent devenir comme de réflexes face à tout problème posé. Ils permettent en effet d'en catégoriser les tenants et aboutissants et de faciliter la recherche de solution : si la formule consacrée « un problème posé est déjà à moitié résolu » est exacte, le fait de réaliser une analyse claire, précise et rigoureuse débouche implicitement sur la définition des solutions envisageables.

5.2. Détermination et analyse des causes

Il faut entendre par causes, les facteurs susceptibles d'influer sur le problème. En effet, l'analyse des résultats de la description du circuit du médicament à l'HP de Mostaganem a permis d'obtenir les causes plausibles du dysfonctionnement de ce circuit. Cette étape consiste à classer et à analyser ces causes inventoriées à l'aide du diagramme de causes-effet associé à la méthode des 5M. Ce qui nous facilitera l'élaboration du plan de mise en oeuvre de la solution choisie.

Ainsi, la classification des causes du dysfonctionnement du circuit du médicament à l'Hôpital de Mostaganem selon la loi des 5M donne ce qui suit :

5.2.1. Causes liées à la main d'œuvre

§ Non participation des pharmaciens dans les réunions de mise en place des thérapeutiques pour les patients ;

§ Manque de rigueur dans la gestion des stocks au niveau des unités de soins ;

§ Absence de prise de conscience des infirmières sur l'importance d'un circuit de médicament maîtrisé et sécurisé ;

§ Manque de formation sur la maîtrise du circuit du médicament ;

§ Insuffisance de personnel.

5.2.2. Causes liées au matériel

§ Insuffisance d'armoires avec clef sécurisé ;

§ Absence/insuffisance de supports aux différentes étapes du circuit du médicament ;

§ Absence de semainiers ;

§ Absence de chariots adaptés pour les soins ;

§ Inadaptation des locaux de stockage de la pharmacie hospitalière ;

§ Insuffisance de monte charge adaptée pour le magasin central de la pharmacie ;

§ Vétusté des infrastructures et du matériel.

5.2.3. Causes liées aux méthodes

§ Absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament ;

§ Absence de supervision des activités de gestion des médicaments dans les unités par la pharmacie ;

§ Contraintes liées à la réglementation et au code des marchés.

5.2.4. Causes liées au milieu

§ Locaux non adaptés ;

§ Surcharge de travail ;

§ Manque d'entretien des locaux.

5.2.5. Causes liées à la matière

§ Rupture des stocks de médicaments ;

§ Insuffisance des supports ;

§ Insuffisance de temps.

Cette classification nous permet de construire le diagramme de cause à effet, suivant :

Absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament

Contraintes liées à la réglementation et au code des marchés

Non participation des pharmaciens dans les réunions de mise en place des thérapeutiques pour les patients

Insuffisance de personnel

Manque de rigueur dans la gestion des stocks au niveau des unités de soins

-

Absence de supervision des activités de gestion des médicaments dans les unités par la pharmacie

Manque de formation sur la maîtrise du circuit du médicament

Absence de prise de conscience des infirmières sur l'importance d'un circuit de médicament maîtrisé et sécurisé

Manque d'entretien des locaux

Insuffisance d'armoires avec clef sécurisé

n

Surcharge de travail

Insuffisance de temps

Absence de chariots adaptés pour les soins

Absence de semainiers

Insuffisance des supports

Vétusté des infrastructures et du matériel

Inadaptation des locaux de stockage de la pharmacie hospitalière

Insuffisance de monte charge adaptée pour le magasin central de la pharmacie

Locaux non adaptés

Rupture des stocks de médicaments

Absence/insuffisance de supports aux différentes étapes du circuit du médicament

s

-

METHODE MAIN D'ŒUVRE MATERIEL MATIERE MILIEU DYSFONCTIONNEMENT CIRCUIT DU MEDICAMENT

Figure 6 : Diagramme d'ISHIKAWA

Source : diagramme construit à partir des données collectées

5.3. Hiérarchisation des causes

Le groupe de travail était constitué des majors des deux unités de soins, de la pharmacie et de nous-mêmes (total = 4 personnes).

Après l'identification des causes à partir des résultats, une synthèse a été faite avant leur priorisation par le groupe nominal. Les principales retenues sont :

Ø Rupture des stocks de médicaments ;

Ø Absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament ;

Ø Manque de rigueur dans la gestion des stocks au niveau des unités de soins ;

Ø Vétusté des infrastructures et du matériel ;

Ø Absence de supervision des activités de gestion des médicaments

dans les unités par la pharmacie ;

Ø Contraintes liées à la réglementation et au code des marchés ;

Ø Manque de formation sur la maîtrise du circuit du médicament.

La priorisation des causes du problème s'est faite par le biais d'un vote pondéré qui permet de choisir le problème principal à analyser parmi une présélection de plusieurs sujets retenus et du diagramme de Pareto qui met en évidence les causes principales du problème par ordre décroissant justifiant que 20% des causes expliquent souvent jusqu'à 80% du problème. Les critères suivants ont été utilisés, chacun d'eux ayant été pondéré de 0 à 5 selon son importance :

§ la pertinence de la cause ;

§ le lien de la cause avec le problème ;

§ la possibilité d'agir sur la cause ;

§ l'impact que l'action sur la cause aura sur le problème ;

Le tableau suivant présente la synthèse du vote des six (04) membres du groupe.

Tableau IV: Priorisation des causes du problème à l' Hôpital de Mostaganem en janvier 2017

Causes	Critères	Pertinence de la cause	Lien de la cause avec le problème	Possibilité d'agir sur la cause	Impact que l'action sur la cause aura sur le problème	Score = somme des points	Rang
Rupture des stocks de médicaments		15	18	7	16	56	6 ^{ème}
Absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament		25	25	25	25	100	1^{ère}
Manque de rigueur dans la gestion des stocks au niveau des unités de soins		21	23	16	17	77	3 ^{ème}
Vétusté des infrastructures et du matériel		17	19	10	14	60	5 ^{ème}

Absence de supervision des activités de gestion des médicaments dans les unités par la pharmacie	22	24	17	18	81	2 ^{ème}
Contraintes liées à la réglementation et au code des marchés	14	17	10	11	52	7 ^{ème}
Manque de formation sur la maîtrise du circuit du médicament	20	21	15	16	72	4 ^{ème}

Source : nous-mêmes

Tableau V: Hiérarchisation des causes du problème à l' Hôpital de Mostaganem en janvier 2017 avec le diagramme de PARETO

Natures des causes	Repartition des points	Fréquence des points du vote pondéré	Fréquence cumulée
Absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament	100	(100/498=0,20*100=20) 20	20
Absence de supervision des activités de gestion des médicaments dans les unités par la pharmacie	81	(81/498=0,16*100=16) 16	36
Manque de rigueur dans la gestion des stocks au niveau des unités de soins	77	(77/498=0,16*100=16) 16	52
Manque de formation sur la maîtrise du circuit du médicament	72	(72/498=0,15*100=15) 15	67
Vétusté des infrastructures et du matériel	60	(60/498=0,12*100=12) 12	79
Rupture des stocks de médicaments	56	(56/498=0,11*100=11) 11	90
Contraintes liées à la réglementation et au code des marchés	52	(52/498=0,10*100=10) 10	100
Total	498	100	

Source : nous-mêmes

Il ressort de ce tableau de priorisation des causes que, « **l'absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament** » est retenue, comme la cause principale des dysfonctionnements du circuit du médicament à l'Hôpital de Mostaganem '. Pour mettre en évidence la cause retenue avec la loi de PARETO, nous avons tracé le diagramme de PARETO.

Source : nous-mêmes

Figure 7 : Diagramme de PARETO

Il ressort que 20% des causes du dysfonctionnement du circuit du médicament à l'Hôpital de Mostaganem sont du à « l'absence de procédures écrites à chaque étape du circuit du médicament », selon la loi de PARETO, ces 20% des causes explique 80% du problème, par conséquent en trouvant une solution aux 20% des causes on résout 80% des dysfonctionnements observés dans le circuit du médicament à l'HPD.

Chapitre 6 : Identification des solutions possibles et priorisation

Cette étape a consisté à :

- Inventorier les solutions possibles ;
- Analyser l'environnement en vue de l'application de la solution appropriée retenue ;
- Prioriser les solutions ;
- Choisir la solution la plus appropriée pour l'environnement en vue de la mise en oeuvre.

6.1. Identification des solutions possibles

En résumé, les solutions majeures proposées par le groupe de travail sont les suivantes :

Ø *Mise en place de procédures et d'outils nécessaires pour la gestion de chaque étape du circuit du médicament à l'hôpital ;*

Des procédures claires et la disponibilité des différents supports devront assurer une bonne traçabilité des opérations à chaque niveau, garantissant ainsi la possibilité à tout instant de mesurer les écarts en vue d'une amélioration continue du circuit de la prescription à l'administration en passant par la dispensation.

Ø Former les surveillants des unités de soins à la gestion des dotations de médicaments et assurer leur supervision périodique ;

Le renforcement des compétences des gestionnaires de stocks de médicaments au niveau des unités de soins leur permettra entre autres de faire une expression quantitative des besoins basés sur les consommations réelles, ce qui évitera le gaspillage et les péremptions.

Ø Equiper la pharmacie et les services de soins de matériels nécessaires pour une bonne gestion du circuit du médicament ;

La révision des conditions de stockage de la pharmacie et son équipement en matériel de manutention lui permettront d'améliorer ses capacités de stockage et de dispensation; en outre la dotation des services de soins en matériels suffisant pour soins (chariot, semainiers, armoires, etc.) contribuera à améliorer l'administration des médicaments.

Ø Faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé pour une intervention en faveur d'un allègement du code des marchés pour les hôpitaux.

Un allègement des dispositions du code des marchés publics pour les hôpitaux, contribuera à améliorer la disponibilité des médicaments par la réduction des ruptures de stocks.

6.2. Priorisation des solutions et choix de la solution

Après l'identification des solutions possibles pouvant remédier aux dysfonctionnements observés dans le circuit du médicament, le groupe de travail a par la suite choisi la solution préconisée comme prioritaire à l'aide du diagramme multicritère. Il peut être défini comme une matrice se présentant sous la forme d'un tableau à deux entrées permettant d'analyser plusieurs sujets en fonction de critères prédéterminés, pour réaliser un choix. Les critères représentent les attributs subjectifs ou objectifs qui caractérisent les éléments de choix.[47]

Ce diagramme est utilisé soit pour effectuer le choix d'un problème prioritaire, parmi les dysfonctionnements retenus par un vote pondéré ;

soit pour décider de la meilleure solution, parmi celles proposées par le groupe de travail.

Tableau VI : Critères de choix de la solution à l'Hôpital de Mostaganem en janvier 2017

Le coût		L'acceptabilité	
Solution à coût faible :	4	Solution très acceptable :	4
Solution à coût acceptable :	3	Solution acceptable :	3
Solution à coût cher :	2	Solution assez acceptable :	2
Solution à coût très cher :	1	Solution moins acceptable :	1
La faisabilité		L'impact	
Solution très facile à réaliser :	4	Solution avec beaucoup d'impact :	4
Solution est réalisable :	3	Solution bénéfique :	3
Solution est possible :	2	Solution avec peu d'impact :	2
Solution est difficile :	1	Solution sans impact :	1
Le délai d'exécution			
Réalisation très rapide :	4		
Réalisation rapide :	3		
Réalisation moins rapide :	2		
Réalisation dépassée :	1		

Source : [47]

Pour bien appréhender la meilleure solution, chaque membre du groupe de travail doit coter chacune des solutions à partir des critères ci-dessous. Pour cela, un tableau de priorisation est élaboré dont un exemplaire a été donné à chaque participant pour l'évaluation.

Il faut noter que chaque critère est coté de 1 à 4 pour chacune des solutions identifiées. Ce sont :

Tableau VII: Récapitulatif du choix de la solution prioritaire par le Diagramme multicritère à l'Hôpital de Mostaganem en janvier 2017

Critères	Faisabilité	Coût	Délais de réalisation	Acceptabilité	Impact	total	Rang
Solutions proposées							
<i>Mise en place de procédures et d'outils</i>	4+3+4+4=15	4+4+4+4=16	4+4+2+1=11	4+4+4+4=16	4+4+4+4=16	74	1^{ère}

<i>nécessaires pour la gestion de chaque étape du circuit du médicament à l'hôpital</i>							
<i>Former les surveillants des unités de soins à la gestion des dotations de médicaments et assurer leur supervision périodique</i>	4+3+3+3=13	3+3+3+4=13	3+3+2+1=9	4+3+4+3=14	4+3+4+3=14	63	2 ^{ème}
<i>Equiper la pharmacie et les services de soins de matériels nécessaires pour une bonne gestion du circuit du médicament</i>	3+4+3+2=12	4+3+4+3=14	2+2+1+1=6	3+3+4+2=12	3+3+3+3=12	56	3 ^{ème}
<i>Faire un plaidoyer auprès du ministère de la santé pour une intervention en faveur d'un allègement du code des marchés pour les hôpitaux</i>	2+3+2+2=9	3+3+3+3=12	1+2+1+1=5	2+3+3+2=10	2+3+2+3=10	46	4 ^{ème}

Source : nous-mêmes

Au terme de cet exercice ; la solution « **Mise en place de procédures et d'outils nécessaires pour la gestion de chaque étape du circuit du médicament à l'hôpital** » est apparue prioritaire. Elle va consister schématiquement à élaborer , mettre en oeuvre et évaluer les procédures et les outils nécessaires à une bonne maîtrise du circuit du médicament à l'hôpital afin de s'assurer que les bons médicaments sont prescrits, dispensés et administrés aux bons patients, au bon moment, avec un rapport bénéfice/ risque optimum pour le patient.

Chapitre 7 : Plan de mise en œuvre de la solution retenue

Dans ce chapitre, après avoir justifié le plan et présenté ses objectifs, nous allons présenter tour à tour :

- son cadre logique ;
- son plan opérationnel ;
- le chronogramme des activités.

Pour sa réalisation, nous avons utilisé la technique de structuration de l'information sur la base des questions suivantes qui doivent être abordées systématiquement l'une après l'autre :

Quoi ? : Que voulons-nous faire ?

Qui ? : Qui est concerné dans la mise en oeuvre de la solution préconisée ?

Qui va faire quoi dans ce projet ?

Où ? : Dans quel(s) secteur(s) l'action va-t-elle être réalisée ?

Quand ? : À quel moment l'action devra-t-elle être mise en application ? Sur quelle durée ou à quelle fréquence ?

Comment? : Comment allons-nous procéder, en termes d'étapes, de modalités de réalisation, de moyens associés ?

7.1. Justification du choix de la solution

Le choix de la « **Mise en place de procédures et d'outils nécessaires pour la gestion de chaque étape du circuit du médicament à l'hôpital** » est justifié par plusieurs raisons.

D'abord, le score élevé de sa faisabilité technique est un facteur très important pour sa mise en oeuvre en comparaison avec celui des autres solutions non moins importantes. Le choix a également été guidé par le fait que le coût nécessaire à sa réalisation est relativement faible et son délai de réalisation court.

Par ailleurs, cette solution cadre parfaitement avec la politique et les objectifs qualité de l'hôpital ; elle se situe à l'étape « Conception du Système de Management de la Qualité » de la démarche de certification ISO 9001 dans laquelle l'Hôpital de Mostaganem est inscrit notamment dans son volet « rédaction de la documentation : procédures, modes opératoire, manuel qualité ». [30]

En effet, la mise en place des procédures et leurs respects permettra d'assurer une meilleure traçabilité des médicaments au sein de l'établissement, ce qui réduira en conséquence les erreurs médicamenteuses du fait justement que les agents seront d'avantages responsables des actes qu'ils posent ; d'emblée cette activité va permettre une meilleure maîtrise de la documentation et des risques iatrogènes par une amélioration continue des offres de services en vu de la satisfaction des clients.

Cependant, vu l'écart de points entre les solutions classées en 2^{ème} et 3^{ème} positions, il serait intéressant, dès que ce sera faisable techniquement et financièrement, de les mettre aussi en oeuvre pour assurer le processus support de la solution retenue.

7.2. Les objectifs du projet

7.2.1. Objectif général

Assurer la maîtrise documentaire, en élaborant des protocoles écrits du circuit du médicament à l'Hôpital Principal de Mostaganem d'ici décembre 2016.

7.2.2. Objectifs spécifiques

1. Elaborer une procédure et les supports associés pour la dispensation des médicaments à la pharmacie d'ici à décembre 2016;
2. Elaborer une procédure et les supports associés pour les commandes de médicaments (calcul des quantités à commander) d'ici

à décembre 2016 ;

3. Elaborer une procédure et les supports associés pour la réception (transport inclut) et le stockage des médicaments d'ici à décembre 2016 ;

4. Elaborer une procédure et les supports associés pour la gestion des médicaments dans les services d'ici à décembre 20126 ;

5. Elaborer une procédure et les supports associés pour la délivrance des médicaments aux personnels soignants dans les services d'ici à décembre 2016 ;

6. Elaborer une procédure et les supports associés pour l'administration des médicaments dans les services d'ici à décembre 2016 ;

7. Former 2 personnes à la pharmacie et 4 personnes par service dans les deux services à l'utilisation de ces procédures d'ici à décembre 2016.

7.3. Cadre logique

C'est une Matrice qui résume d'une manière logique le plan général d'un projet en exposant les éléments clés compris dans les différents niveaux de sa planification.[47]

Il permet d'identifier et formuler logiquement les éléments clés d'un projet suite à l'identification des problèmes et besoins.

Il expose de façon claire et synthétique le plan général du projet en un seul cadre

Il permet d'identifier les facteurs clés qui conditionnent la réussite du projet

Il fournit une base pour assurer le suivi et l'évaluation du projet

Il fournit un résumé et un document de référence pour informer les personnes, qui travaillent sur le projet, les bailleurs, les bénéficiaires, autres acteurs.

C'est un tableau constitué de quatre colonnes et quatre lignes (cinq pour certaines institutions) et possède deux structures logiques : la logique verticale et la logique horizontale.

7.3.1. Logique verticale

Elle comprend quatre (ou cinq) lignes qui décrivent les éléments suivants :

- l'objectif global ou sectoriel du projet, c'est le but auquel le projet cherche à contribuer sans l'atteindre à lui seul dans un laps de temps du projet. Il donne sens au projet et répond à la question « pourquoi fait-on ce projet ? » ;
- l'objectif spécifique ou objectif du projet, décrit ce que le projet vise à atteindre ;
- les résultats ou produits obtenus à travers les activités, décrivent ce que le projet doit produire pour atteindre l'objectif spécifique ;
- les activités, ce que le projet doit mettre en œuvre pour produire les résultats.

7.3.2. La logique horizontale

Elle comprend quatre colonnes qui décrivent les éléments suivants :

- l'hierarchie des objectifs (H.O) ou logique d'intervention (L.I) ;
- les indicateurs objectivement vérifiables (I.O.V) ; Comment pouvons nous savoir si l'objectif/résultat planifié a été atteint? Comment vérifier le succès ;
- les moyens de vérification (M.V) ou sources et moyens de vérification (S.M.V) ; Comment devrait être collectée l'information? Qui devrait fournir/collecter l'information? A quelle fréquence devrait-elle être fournie?;
- les conditions critiques (C.C) ou Hypothèses ou Suppositions : sont les facteurs externes sur lesquels le projet n'a pas de prise et qui sont susceptibles d'entraver la mise en oeuvre du projet et sa viabilité à long terme.

Tableau VIII: Cadre logique pour la mise en œuvre de la solution retenue à l'Hôpital de Mostaganem en janvier 2016

Titre du projet : Elaboration de procédures et supports associés du circuit du médicament		Durée d'exécution : 1 an	
Site du projet : Hôpital Principal de mostaganem che-guevara		cibles: Les prestataires de soins et le personnel de la pharmacie hospitalière	
Hiérarchisation des objectifs (HO) ou logique	Indicateurs	Sources de vérification	Conditions critiques (CC)

d'intervention (LI)	Objectivement Vérifiables (IOV)	(SV)	ou hypothèses ou suppositions
OG : Assurer la maîtrise documentaire du circuit du médicament à l'Hôpital Principal de mostaganem d'ici décembre 2016	Taux des enregistrements	Enquête de terrain ou d'évaluation ; Registres d'activités des services	Engagement de la direction Stabilité politique et soutien du programme de qualité
OS1 : Elaborer une procédure et les supports associés pour la dispensation des médicaments à la pharmacie d'ici à décembre 2016.	Disponibilité de la procédure et des supports validés pour la dispensation des médicaments	Rapport d'activités, Manuel des procédures	Disponibilité des participants, de la cellule qualité; Disponibilité des ressources financières
OS2 : Elaborer une procédure et les supports associés pour les commandes de médicaments (calcul des quantités à commander) d'ici à décembre 2016	Disponibilité de la procédure et des supports validés pour la commande des médicaments.	Rapport d'activités, Manuel des procédures	Disponibilité des participants, de la cellule qualité; Disponibilité des ressources financières
OS3 : Elaborer une procédure et les supports associés pour la réception (transport inclut) et le stockage des médicaments d'ici à décembre 2016	Disponibilité de la procédure et des supports validés pour la réception et le stockage des médicaments.	Rapport d'activités, Manuel des procédures	Disponibilité des participants, de la cellule qualité; Disponibilité des ressources financières
OS4 : Elaborer une procédure et les supports associés pour la gestion des médicaments dans les services d'ici à décembre 2016	Disponibilité de la procédure et des supports validés pour la gestion des médicaments.	Rapport d'activités, Manuel des procédures	Disponibilité des participants, de la cellule qualité; Disponibilité des ressources financières
OS5 : Elaborer une procédure et les supports associés pour la délivrance des médicaments aux personnels soignants dans les services d'ici à décembre 2016.	Disponibilité de la procédure et des supports validés pour la délivrance des médicaments.	Rapport d'activités, Manuel des procédures	Disponibilité des participants, de la cellule qualité; Disponibilité des ressources financières
OS6 : Elaborer une procédure et les supports associés pour l'administration des médicaments dans les	Disponibilité de la procédure et des supports validés pour l'administration des médicaments.	Rapport d'activités, Manuel des procédures	Disponibilité des participants, de la cellule qualité; Disponibilité des

services d'ici à décembre 2016			ressources financières
OS7 : Former 2 personnes à la pharmacie et 4 personnes par service dans les deux services à l'utilisation de ces procédures d'ici à décembre 2016	Nbre de participants formés ; Nbre d'ateliers de formations animées,	Rapport d'activités, Cahiers de modules	Disponibilité des participants, Disponibilité des ressources financières
<p><u>Résultats attendus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - la procédure de dispensation et les supports associés sont rédigés et disponibles -la procédure des commandes et les supports associés sont rédigés et disponibles; - la procédure de réception et de stockage et les supports associés sont rédigés et disponibles; - la procédure de gestion dans les services et les supports associés sont rédigés et disponibles - la procédure de délivrance des médicaments aux personnels et les supports associés sont rédigés et disponibles; - la procédure d'administration des médicaments et les supports associés sont rédigés et disponibles; - le personnel des services et de la pharmacie sont formés sur l'utilisation des procédures écrites 	<ul style="list-style-type: none"> -Pourcentage des agents formés sur l'utilisation des procédures ; -Nbr de manuels disponibles par procédures -Nbr de supports disponibles par procédures 	Données statistiques, rapport de d'évaluation.	<p>Motivation et conditions de travail satisfaisantes et sans risques.</p> <p>Engagement de la direction</p>
<p><u>Activités :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Identifier un comité de rédaction pour chaque procédure et supports 	Taux de réalisation par étape	<p>Compte rendu des étapes</p> <p>Budget de l'Hôpital de mostaganem</p>	<p>Adhésion du personnel</p> <p>Disponibilité du personnel</p>

-Choisir un animateur par comité			
-Faire une revue documentaire			
-Elaborer un programme de rédaction			
-Elaborer les procédures et les supports			
-Tester les procédures et les supports			
-Valider les procédures et les supports			
-Identifier le personnel cible à former,			
-Elaborer un programme de formation,			
-Choisir l'animateur			
-Organiser les ateliers de formation,			
-Suivre et superviser l'utilisation des procédures et des supports			

Source : nous-mêmes

7.4. Plan opérationnel

Un plan opérationnel ou plan de développement, s'appuie sur la stratégie définie préalablement, et constitue en quelque sorte sa mise en application.

Cette partie doit présenter les opérations requises pour la mise en oeuvre du projet.

Tableau IX: Plan opérationnel de la solution retenue à l'HPD en juin 2011

Stratégie globale : Elaboration de procédure et de supports

Objectif général : Assurer la maîtrise documentaire du circuit du médicament à l'Hôpital Principal de mostaganem d'ici décembre 2016.

OS1, OS2, OS3, OS4, OS5 et OS6 : Elaborer les procédures et les supports associés pour la dispensation, les commandes, la réception/stockage, la gestion, la délivrance, l'administration des médicaments d'ici à décembre 2012..

Activités	Cibles	Supports / SV	Période d'exécution	Ressources humaines	Ressources matérielles	Ressources financières	Structures Responsables
1.1 Identifier un comité de rédaction pour chaque procédure et supports	Les PS	Feuilles d'identification	Janv 2016	Direction Service qualité Les resp. des services	Matériel didactique	Budget de l'Hopitale de mostagnem	Hopital de mostagnem
1.2. Choisir un animateur par comité.	Les PS	Feuilles d'identification	Janv 2016	idem	Matériel didactique	Idem	Idem
1.3. Faire une revue documentaire.	Les PS	Les modules de formation	Fev 2016	idem	Matériel didactique	Idem	Idem
1.4. Elaborer un programme de rédaction.	Les PS	Le Programme	Mars 2016	Le comité Consultant	idem	Idem	Idem
1.5. Elaborer les procédures et les supports	Les PS	Procédure/ supports Manuel de procédure	Avril 2016	Le comité	Matériel didactique, Moyens logistiques	Budget Hopitale de mostagnem	idem
1.6. Valider les procédures et les supports.	Idem	Rapport de validation	Mai 2016	Service qualité Direction.	idem	Idem	l'Hôpital de Mostaganem

OS7 : Former 2 personnes à la pharmacie et 4 personnes par service dans les deux services (Boufflers et Peltier) à l'utilisation de ces procédures d'ici à décembre 2016

2.1. Identifier le	Les PS, Agents	Liste des participants	Juin 2016	Direction	Matériel didactique	Budget l'Hôpital de Mostagnem	l'Hôpital de Mostaganem
--------------------	-------------------	------------------------	-----------	-----------	---------------------	-------------------------------	-------------------------

personnel cible à former.	de la pharmacie						
2.2. Elaborer un programme de formation.	Les PS	Calendrier	Juin 2016	Comité Consultants Formateurs	Matériel didactique, Moyens didactiques	Budget l'Hôpital de Mostaganem	l'Hôpital de Mostaganem
2.3. Choisir l'animateur .	Les PS	Liste d'identification	Juin 2016	Direction comité Les animateurs.	Matériel didactique, Moyens logistiques.	Budget l'Hôpital de Mostaganem	l'Hôpital de Mostaganem
2.4. Organiser les ateliers de formation	Les PS	Module de formation Liste de présence	Juillet 2016	les formateurs le personnel d'appui Les animateurs.	Matériel didactique, moyens logistiques.	l'Hôpital de Mostaganem	l'Hôpital de Mostaganem
2.5. Suivre et superviser l'utilisation des procédures et des supports.	Les PS	Rapport d'activités	Sept 2016	Chefs services Service qualité	idem	Budget l'Hôpital de Mostaganem	l'Hôpital de Mostaganem

Source : nous-mêmes

7.6. Chronogramme des activités

C'est un tableau permettant de disposer d'un important cadre de référence pouvant être utilisé par tous les membres du personnel. Il informe d'une manière concise sur ce que l'équipe de gestion fera et quand elle le fera. Il permet également d'examiner aisément l'ordre d'exécution des activités tel que planifié.

Tableau 11 : Chronogramme



Tableau XI : Chronogramme des activités / Diagramme de GANTT

Activités	MOIS DE L'ANNEE												Responsables
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
OS1, OS2, OS3, OS4, OS5 et OS6 : Elaborer les procédures et les supports associés pour la dispensation, les commandes, la réception/stockage, la gestion, la délivrance, l'administration des médicaments d'ici à décembre 2012...													
1.1 Identifier un comité de rédaction pour chaque procédure et supports													Direction Hopitale de mostaganem, surveillant du service
1.2. Choisir un animateur par comité.													Direction, surveillant du service
1.3. Faire une revue documentaire.													comité , service qualité
1.4. Elaborer un programme de rédaction.													Direction comité
1.5. Elaborer les procédures et les supports													Comité
1.6. Valider les procédures et les supports.													Idem
OS7 : Former 2 personnes à la pharmacie et 4 personnes par service dans les deux services à l'utilisation de ces procédures d'ici à décembre 2016													
2.1. Identifier le personnel cible à former.													Direction du , surveillant du service
2.2. Elaborer un programme de formation.													Formateurs
2.3. Choisir l'animateur.													Direction
2.4. Organiser les ateliers de formation													Formateurs
2.5. Suivre et superviser l'utilisation des procédures et des supports.													Chefs services, service qualité

Source : nous-mêmes

7.7. Suivi et Evaluation du plan

Le suivi permettra aux dirigeants de voir si le plan de mise en oeuvre se déroule comme prévu : identification des progrès, des écarts, des difficultés dans la mise en oeuvre afin de les analyser et d'apporter des réajustements nécessaires.

L'évaluation quant à elle, permettra de mesurer l'impact du plan sur les performances de l'hôpital en matière de soins de qualité.

La durée courte de notre stage ne pouvant pas nous permettre de suivre le plan proposé nous-mêmes, nous avons cependant défini quelques indicateurs pour le suivi et l'évaluation :

Ø Proportion des procédures rédigées, validés et disponibles ;

Ø proportion de participants formés ;

Ø proportion de supervisions réalisées ;

Ø Proportion d'agents formés qui respectent les procédures.

Libellé de l'indicateur	Mode de calcul		Cible	Source de vérification	Fréquence ou période de collecte des données	Responsable
	Numérateur	Dénominateur				
Proportion des procédures rédigées, validés et disponible	Nombre de procédures /supports rédigées	Nombre de procédures /supports prévu pour être rédigées	85%	Liste des procédures de l'établissement, Manuel de procédures	Fin juin 2016	Responsable qualité
Proportion de participants formés	Nombre de participants formés	Nombre de participants prévus pour être formés	85%	- Liste de présence des participants -Plan de mise en oeuvre	Fin déc. 2016	Responsable qualité
Proportion de supervisions réalisées	Nombre de supervisions réalisées	Nombre de supervisions prévues	95%	-Rapport de supervisions -Plan de mise en oeuvre	Semestrielle	Chefs services
Proportion d'agents formés qui respectent les procédures	Nbr d'agents qui respectent les procédures	Nbr d'agents formés aux procédures	95%	Rapports d'enquêtes	Semestrielle	Responsable qualité

Tableau XII: Plan de suivi et évaluation du projet de mise en oeuvre de la solution retenue à l'hopitale en juin 2011

Source : nous-mêmes

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

Ø A l'endroit du ministère de la santé :

Faire un plaidoyer auprès de qui de droit pour un allègement des dispositions du code des marchés publics pour les hôpitaux.

Ø A l'endroit des responsables de l'Hopitale de mostaganem

Nous proposons ici quelques axes d'amélioration qui pourront servir de termes de référence pour la rédaction des procédures et supports associés :

Prescription

- Disposer d'une liste des prescripteurs et d'un registre des signatures à jour (affaires médicales) ;
- Améliorer le support de prescription des antibiotiques en imposant un antibiogramme pour certains antibiotiques de réserve ;
- Améliorer la gestion des médicaments personnels aux patients ; rédiger une procédure de gestion des médicaments personnels des patients dans les services de soins ; l'application de cette procédure relèvera de la responsabilité des cadres de santé ;
- Mettre en place un support unique de prescription afin d'éviter toute retranscription source d'erreur y compris les services informatisés (procédure dégradée en cas de panne informatique) ;
- Mettre en place un logiciel de prescription afin d'améliorer la formulation de la prescription (champs obligatoires) et autoriser une meilleure accessibilité aux historiques de prescription ;
- Mettre à la disposition de tous les prescripteurs le livret pharmaceutique à travers le système d'information documentaire (service informatique) ;
- Adopter un libellé unique par molécule commun à tous les professionnels et systèmes informatiques (livret thérapeutique, prescription informatisées...) ;
- Mettre à la disposition de tous les prescripteurs le Vidal en ligne (service informatique) ;

- Installer la base de données interfacée au logiciel de prescription (service informatique) ;
- Utiliser le réseau informatique intranet afin de mettre à la disposition des prescripteurs l'ensemble de la documentation pharmaceutique (service informatique) ;
- Doter tous les médecins d'ordonnances sécurisées permettant la prescription de stupéfiants (affaires médicales) ;
- Rédiger des protocoles thérapeutiques afin d'harmoniser les pratiques de prescription.

Dispensation

- Systématiser à la pharmacie l'envoi aux prescripteurs et aux IDE des fiches de liaison de demande de produits non stockés et s'assurer de leur présence effective dans le dossier patient ;
- Mettre en place un support unique de prescription contenant les informations nécessaires à la validation réglementaire des prescriptions par les préparateurs, notamment le nom et la signature des prescripteurs ;
- Sécuriser le transport des médicaments entre les services et la pharmacie ;
- Installer progressivement un logiciel dans tous les services de soins afin que la pharmacie puisse analyser, valider les prescriptions et communiquer avec les prescripteurs en temps réel.

Administration

- Concevoir en groupe de travail pluridisciplinaire un support unique d'administration permettant l'identification de l'IDE (supports de prescription-administration) ;
- Mettre en place un système de recueil de déclaration de non-conformité secondaire à un dysfonctionnement dans le circuit des produits de santé. Elaborer un support unique de signalement d'incident lors de l'administration des médicaments à insérer dans le dossier patient. Ce document doit rappeler aussi les consignes de signalement des événements indésirables médicamenteux (pharmacovigilance) ;
- Optimiser le plan de soin infirmier en installant un logiciel (service informatique) ;
- Améliorer l'organisation des soins en appliquant le principe d'activités

indivisibles (l'infirmier qui prépare le médicament est celui qui le contrôle, l'administre et en trace l'administration sans interruption pour un patient donné) (cadres de services) ;

- Intégrer la dimension soignante dans l'ensemble des réflexions et des travaux relatifs au circuit du médicament en associant les IDE en amont : organisation du travail, aménagements des locaux, choix de matériel (chariots, armoires...) ;
- Sensibiliser et responsabiliser chaque professionnel aux risques du circuit médicament et à son interaction avec les autres partenaires de la chaîne du médicament.

Armoires, vigilances, urgences

- Optimiser la gestion des armoires en poursuivant cinq objectifs :
 - l'élimination des médicaments périmés ;
 - la réduction des stocks immobilisés ;
 - la diminution des approvisionnements en urgence, ceux-ci étant très consommateurs de temps pour les unités de soins comme pour le personnel de la pharmacie ;
 - le rapprochement des acteurs par des contacts plus réguliers entre les soignants et le personnel de la pharmacie ;
 - la réduction des risques d'erreur par un meilleur rangement des médicaments ;
- Réaliser des audits réguliers sur la qualité de stockage des produits pharmaceutiques dans les armoires de services (préparateurs référents). Elaborer une grille d'audit d'armoire de service à l'attention des préparateurs pour faire un état des lieux des pratiques en matière de gestion des stocks tant pour les aspects qualitatifs que quantitatifs ;
- Appliquer la procédure de contrôle de l'armoire fait par l'IDE du service avec la mise en place d'une fiche de contrôle et de traçabilité vérifiée régulièrement par un préparateur de la pharmacie (responsabilisation d'une IDE référent médicament en binôme avec l'aide d'un préparateur). Intégrer lors de ce contrôle la vérification du bon stockage des médicaments thermosensibles (température, péremption). Réaliser un audit sur l'entretien et le contrôle de suivi de température et contrôle de frigo (entretien régulier). Mettre en place au niveau de la pharmacie un classeur de suivi des contrôles des armoires et un planning prévisionnel pour l'ensemble des services (comme celui des chariots d'urgences) ;

- Mettre en place une charte de stockage des médicaments et dispositifs médicaux dans les unités de soins (conseils et informations diverses) ;
- Rédiger un manuel d'assurance-qualité à la pharmacie intégrant les vigilances sanitaires ;
- Organiser un système d'alerte des retraits de lot ;
- Réaliser régulièrement un audit sur l'utilisation du planning de soins fait sur des retranscriptions des fiches de traitement afin de contrôler son accessibilité, sa sécurité, sa tenue et son contenu qualitatif ;
- Réaliser un questionnaire à l'attention des nouveaux personnels médicaux ou soignants arrivants dans l'établissement (avant prise de gardes) pour s'assurer de la bonne diffusion et connaissance de la procédure d'accès aux médicaments en urgence (livret d'accueil) ;
- Prendre en compte tous les critères qualité dans le cadre d'investissement de nouveaux chariots de distribution : semainiers en nombre suffisants par rapport au nombre de lits, chariot à une face, possibilité de rangement dans de grands tiroirs pour de nombreuses formes buvables.

Ø A l'endroit du personnel

- Respecter scrupuleusement les procédures dans la réalisation de toutes les activités ;
- Renseigner systématiquement les documents qualité après la réalisation de tout acte.

CONCLUSION

Ce travail a porté sur la problématique de la *qualité des soins*, spécifiquement sur la *maitrise du circuit du médicament* ; il a eu pour objectif de *réduire les erreurs de prescription, de préparation, de dispensation et d'administration des médicaments*. Au terme d'une démarche méthodologique axée sur la résolution des problèmes, le problème majeur identifié a été le *dysfonctionnement du circuit du médicament à l'Hopital de mostaganem CHE-GUEVARA*; ce problème a eu pour cause principale a *l'Hopital de mostaganem CHE-GUEVARA l'absence de protocoles écrits à chaque étape du circuit du médicament à* . Afin de résoudre ce problème, la solution retenue à été de *mettre en place des procédures et des outils nécessaires pour la gestion de chaque étape du circuit du médicament à l'hôpital*

Cette étude trouve tout son intérêt dans le fait qu'un circuit de médicament bien maîtrisé implique une meilleure gestion des médicaments qui permettra d'éviter les ruptures de médicaments dommageables pour les patients.

Ce travail a eu le mérite de décrire le circuit du médicament à l'Hôpital Principal de Mostaganem tel qu'il se présente actuellement, aussi bien au niveau de la pharmacie qu'au niveau des services de soins. L'analyse de ce processus a permis d'identifier assez de points forts notamment en matière d'organisation et de conformité aux normes, toute fois un certain nombre d'éléments peuvent être améliorés notamment une formalisation des activités, ce ci en vu d'assurer une meilleure maîtrise des risques médicamenteux afin d'offrir des soins de qualité orientés vers la satisfaction des clients.

Pour améliorer la gestion des médicaments au niveau des unités de soins, il est nécessaire de standardiser les procédés de gestion par la mise en place des procédures et supports associés à toutes les étapes du circuit.

Il apparaît essentiel d'afficher au plus haut niveau, la sécurisation du circuit du médicament comme une priorité du projet médical et du projet de soins et de développer une culture commune de prévention des risques chez les soignants.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2002). *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes Généraux*. Paris: ANAES.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2003). *Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration*. Paris: ANAES.
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2004). *Revue de mortalité-morbidité. Évaluation des pratiques professionnelles en établissement de santé*. Saint-Denis: ANAES.
4. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.

(1996). *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques*. Paris: ANDEM.

5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (Septembre 2004). *Manuel d'accréditation des établissements de santé: deuxième procédure d'accréditation*. Saint Denis: ANAES.

6. Calop J, B. H. (juin 1997.). *Guide pour l'application de la démarche assurance de qualité visant à la prévention de l'iatro-pathologie et des « mésaventures » médicamenteuses à l'hôpital*. Pharmacie Centrale du CHU de Grenoble.

7. Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier. (2002). *Politique de sécurité des systèmes d'information des établissements de santé*. Paris: GMSIH.

8. HAS (Haute Autorité de Santé). Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. (Novembre 2008). *Manuel de certification des établissements de santé V2010*. Saint-Denis-La-Plaine: HAS.

9. International Organization for Standardization. ISO/CEI 17799:2000. (2000). *Technologies de l'information: Code de pratique pour la gestion de sécurité d'information*. Genève: ISO.

10. Jérôme Dumoulin, M. K. (2001). *Guide d'analyse économique du circuit du médicament*. GENEVE: OMS Genève.

11. KILLEE, N. (1972). *Technique de gestion des stocks*. Paris: Bordas.

12. Ministère de la Santé et de la Protection sociale (France). . (2004). *Guide de pratiques professionnelles sur la prise en charge du patient hospitalisé : le circuit du médicament*. Paris: Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

13. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère Délégué à la Santé (France). (2001.). *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé. Approche par l'analyse de la valeur : quels projets pour quels objectifs ?* Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

14. OMS. (juin 2002). *Perspectives de l'organisation mondiale de la santé sur les médicaments*. Genève.

15. S.F.P.C. (1997). *Référentiel de la pharmacie hospitalière, sous l'égide de la société française de pharmacie clinique*.

16. Schmitt, E. (1999). *Le risque médicamenteux nosocomial, circuit hospitalier du médicament et qualité des soins*. 1ère éd. Paris: Masson.

17. Woronoff-Lemsi MC, G. J. (2003). *Le médicament à l'hôpital*. Paris: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

REVUES ET PERIODIQUES

18. American Society of Health-System Pharmacists. (1995). ASHP Guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm* , 52:2711-7.

19. Dekhtawala KN, P. M. (1996). Pharmacy education and practice in France. *Am J Health-Syst Pharm* , 53 : 1600-2.

20. Hepler Cd, S. L. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* , 47: 533-43.

21. Kohn LT, C. J. (2000.). Errors in health Care : a leading cause of death and injury, To err is human : building a safer health system. *National Academy Press Washington Dc, USA* , p. 26-48.

MEMOIRES ET THESES

22. CISSE, N. (1992). *Consommation des médicaments dans les services de Neurologie et Neurochirurgie du CHU Fann..* Dakar: UCAD, Thèse Pharma N° 80.

23. KANE, O. (1991). *Consommation des médicaments dans le service de Médecine Interne de l'HALD*. Dakar: UCAD, Thèse Pharma N° 49.

24. RAMATOU, I. (1994). Problématique de la gestion des médicaments au niveau des hôpitaux du service de la Psychiatrie au CHU de Fann. Dakar: UCAD, These Pharma, n°53.

RAPPORTS ET ETUDES

25. American Society of Health-System Pharmacists. (1995). ASHP Guidelines: minimum standard for pharmacies in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm* , 52:2711-7.

26. CABINET DIEYE A. (janvier 1990). *Rapport d'audit sur la PNA*. Dakar.

27. Dekhtawala KN, P. M. (1996). Pharmacy education and practice in France. *Am J Health-Syst Pharm* , 53 : 1600-2.

28. HAS/DACEPP/ service de l'accréditation. (2005). *Organisation du circuit du médicament en établissement de santé*. - Collection - « Fiche thématique ».

29. Hopital Principal de Dakar. (2010). *Rapports d'activités 2010*. Dakar: DIH, HPD.

30. Hopital Principal de Dakar. (2001). *Projet d'Etablissement 2002-2006*. Dakar: HPD.

31. Jane Briggs, M. G. (Juin 2002). *Evaluation de la Gestion des Médicaments pour les Maladies de l'Enfant au Sénégal*. Arlington, VA 22203 USA: Rational Pharmaceutical Management Plus Project, Management Sciences for Health.

32. Kohn LT, C. J. (2000.). *Errors in health Care : a leading cause of death and injury, To err is human : building a safer health system*. National Academy Press Washington Dc, USA , p. 26-48.

33. Mamadou, S. (2011). *Planches pour préparation du concours d'Assistanat militaire en pharmacie hospitalière*

34. Ministère de la santé et de la prévention (Sénégal). (juin 1989). *Déclaration de la politique nationale de santé*. Dakar: MSP.

35. Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction de la Pharmacie et des Laboratoires. (Août 2009). *Cartographie et évaluation approfondie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et autres produits de santé au Sénégal*. Dakar: OMS, MSP.

36. Ministère de la santé/ Direction des établissements de soins . (janvier 1990). *Réforme hospitalière au Sénégal*. Dakar: Ministère de la santé.

37. OMS. (1993. WHO/DAP/93.1). *Comment étudier l'utilisation des médicaments dans les services de santé : Quelques indicateurs de l'utilisation des médicaments*. Série recherche de DAP N°7. Genève: Document non publié.

38. Quick, J. (1984). *Bien gérer les médicaments : La sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé*

primaires. Genève, Suisse: Adapté et traduit par : Institut universitaire d'études de développement.

39. Région Afrique, Département Du Développement Humain, Serie Documents De Travail - No.55. ((c) Juin2006). *Rapport Analytique*

Santé et Pauvreté, Sénégal. Banque Mondiale, Région Afrique, Département du développement humain.

40. République du Sénégal, Ministère de la Santé et de la Prévention. (Janvier 2009). *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018.* Sénégal: Ministère de la santé et de la Prévention.

SITES INTERNET

41. (ISO), O. I. (s.d.). *Evaluation de la qualité des soins.* Consulté le 06 Juillet, 2011, sur www.iso.org/iso/fr/home.htm.

42. AFSSAPS. (s.d.). *Securité sanitaire des médicaments à l'hôpital.* Consulté le 06 Juillet, 2011, sur www.afssaps.fr.

43. HAS. (s.d.). *Organisation circuit du médicament.* Consulté le 06 Juillet, 2011, sur www.has-sante.fr.

44. *Les normes de l'AFNOR et le circuit du médicament.* (s.d.). Consulté le 06 Juillet, 2011, sur www.afaq.org.

45. Réseau pour l'amélioration de la qualité, la Gestion des risques et l'Évaluation de la santé (AQUARES 49). (s.d.). *Outil d'évaluation du circuit du médicament.* Consulté le 06 Juillet, 2011, sur www.aquares49.fr.

CODEX DE COURS

46. SECK, I. (2010-2011). *Organisation de la Logistique des médicaments.* CODEX du cours: CESAG, ISMS, GSS.

47. THIAM, M. (2010-2011). *Méthode de résolution des problèmes.* CODEX du cours: CESAG, ISMS, GSS.

48. WADE, B. (2010-2011). *Qualité et amélioration des soins.* CODEX du cours: CESAG, ISMS, GSS.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire à l'endroit des responsables de la pharmacie

Enquêteur : *MOSSIYAMBA Sewede* / Stagiaire en gestion
hospitalière/Cel : 77 764 25 23

Objet : Circuit du médicament à l'hôpital

Identification de l'enquête :

Service :

QUESTIONNAIRE

I- Disponibilité

1- Selon vous, les médicaments sont-ils disponibles à la pharmacie de l'hôpital à tout moment ?

Oui ___\ Non ___\

2- Si non combien de temps peut durer une rupture de stock d'un médicament

- Heures ___\

- Jours ___\

- Semaines ___\

- 3- Combien de médicaments peuvent être en rupture au cours du mois en moyenne ?

___\ ___\

II- Approvisionnement

4- Selon vous est-ce que les commandes sont bien planifiées par la pharmacie ?

Oui ___\ Non ___\

5- Selon vous les fournisseurs de la pharmacie ont-ils la capacité requise pour répondre à toutes les demandes en médicaments ?

Oui ___\ Non ___\

III- Stockage

6- Les locaux de la pharmacie sont-ils adaptés pour prendre le maximum de stock de produit ?

Oui ___\ Non ___\

7- Selon vous est-ce que les stocks de médicaments sont bien gérés ?

Oui ___\ Non ___\

8- Existe-il des fiches de stock au magasin de la pharmacie ?

Oui ___\ Non ___\

9- Si oui, ces fiches sont-ils remplis après chaque mouvement ?

Oui ___\ Non ___\

10- Le logiciel est-il automatiquement renseigné après chaque mouvement ?

Oui ___\ Non ___\

11- Fait-on un inventaire périodique à la pharmacie ?

Oui ___\ Non ___\

12- Si oui quelle est la périodicité ?

- Mensuel ___\

- Trimestriel ___\

- Annuel ___\

- Ponctuel sans périodicité ___\

IV- Gestion

13- Selon vous est ce que la pharmacie est bien organisée et contrôlée pour assurer la disponibilité de tous les médicaments ?

Oui ___\ Non ___\

14- Si non la défaillance se trouve à quel niveau ?

V- Dispensation

15- Qui assure la dispensation ?

Pharmacien ___\ Préparateur ___\ Autres_____

16- Existe-t-il une étape d'analyse et de validation pharmaceutique de l'ordonnance ?

Oui ___\ Non ___\

17- Si oui elle faite par qui ?

Pharmacien ___\ Préparateur ___\ Autres_____

18- Quel document utilise-t-il pour le faire ?

Ordonnance ___\ Dossier pharmacologique informatisé ___\
Autres_____

19- Quel mode de délivrance utilise-t-on ?

Nominale (individuelle)___\ globale (par service)___\

Globalisée nominale (plusieurs ordonnances rassemblées) ___\

VI- Conseils

Vous arrive-t-il de délivrer des conseils du bon usage du médicament aux professionnels et aux patients au moment de la délivrance ?

Oui ___\ Non___\

20- Si oui ces informations/conseils sont-ils notés dans un ? document
oui ___\ Non___\

21- Avez-vous quelque chose à ajouter qui n'a pas été abordé par le présent questionnaire sur l'organisation et le fonctionnement de la pharmacie de l'hôpital ?

Merci de votre collaboration !!

Annexe 2 : Guide d'entretien avec les responsables de la pharmacie

GUIDE D'ENTRETIEN

Avec le chef de service de la pharmacie hospitalière

- 1- Selon vous, la problématique de rupture de stocks des médicaments se situe à quel niveau ?
- 2- Quels sont les problèmes que vous rencontrés avec les services pour la gestion de leurs stocks de médicaments ?
- 3- Avez-vous des propositions pour améliorer le circuit du médicament dans votre hôpital ?
- 4- Avez-vous quelque chose à ajouter sur l'organisation et le fonctionnement de la pharmacie et qui n'a pas été abordé au cours de cet entretien ?

Merci de votre collaboration

Annexe 3 : Fiche d'enquête à l'endroit des professionnels de soins (IDE)

FICHE D'ENQUETTE

Enquêteur : *MOSSIYAMBA Sewede* / Stagiaire en gestion hospitalière/Cel : 77 764 25 23

Objet : Circuit du médicament à l'hôpital

Identification de l'enquêté :

Service :

QUESTIONNAIRE

VII- Disponibilité

22- Selon vous, les médicaments sont-ils disponibles à la pharmacie de l'hôpital à tout moment ?

Oui ___\ Non ___\

23- Si non combien de temps peut durer une rupture de stock d'un médicament

- Heures ___\

- Jours ___\

- Semaines ___\

- 24- Combien de médicaments peuvent être en rupture au cours du mois en moyenne ?

__\ __\ \

VIII- Approvisionnement

25- Selon vous est-ce que les listes de commandes pour le stock local sont bien planifiées par votre service ?

Oui __\ \ Non __\ \

26- Qui est chargé du transport des médicaments de la pharmacie au service ?

IDE __\ \ Major __\ \ Préposé __\ \ Autres _____

IX- Stockage

27- Les armoires ou le lieu dédié pour le stockage de vos médicaments est-il adapté ?

Oui __\ \ Non __\ \

28- Selon vous est-ce que les stocks de médicaments sont bien gérés dans votre service ?

Oui __\ \ Non __\ \

29- Existe-il des fiches de stock ou de sortie des médicaments dans votre stock local de service ?

Oui __\ \ Non __\ \

30- Si oui, ces fiches sont-ils remplis après chaque mouvement ?

Oui __\ \ Non __\ \

31- Le logiciel est-il automatiquement renseigné après chaque mouvement ?

Oui __\ \ Non __\ \

32- Peut-t-on savoir à quel malade est administré un médicament précis sorti du stock ?

Oui __\ \ Non __\ \

33- A quel périodicité faite-vous la situation du stock ?

- Quotidien ___\

- Autres_____

X- Administration des médicaments aux patients

34- Assistez-vous à des réunions ou des projets thérapeutiques des patients sont discutés ?

Oui ___\ Non ___\ Parfois ___\

35- Disposez-vous d'une liste validée des médicaments pouvant faire l'objet de modalités d'administration particulière (usage pédiatrique, sonde enterale etc.) ?

Oui ___\ Non ___\

36- Assurer-vous l'administration de médicaments prescrits verbalement en dehors des cas d'urgence vitale ?

Oui ___\ Non ___\

37- Retranscrivez-vous les ordonnances sur d'autres supports ?

Oui ___\ Non ___\

38- Si oui, sur quel support ?

Fiche de température ___\ dossier patient ___\ Autres _____

39- Enregistrez-vous les conditions d'exécution de l'administration des médicaments aux patients ?

Oui ___\ Non ___\

40- Une substitution de médicament réalisé par vous est-il mentionné dans le dossier médical ?

Oui ___\ Non ___\

XI- Gestion des dotations

41- Existe-t-il des armoires dédiées spécialement pour les substances classées comme stupéfiants ?

Oui ___\ Non ___\

42- Vous est-t-il arrivé de retourner des médicaments non utilisés à la pharmacie ?

Oui___\ Non___\

43- Vous est-t-il arrivé de retirer des lots de médicaments reçus de la pharmacie pour non-conformité ?

Oui___\ Non___\

44- A quelle fréquence vérifiez-vous les médicaments dans les armoires ?

Chaque jour ___\ Chaque semaine ___\ Autre___\

45- Avez-vous quelque chose à ajouter qui n'a pas été abordé par le présent questionnaire sur l'organisation de l'administration des médicaments aux patients ?

Merci de votre collaboration

Annexe 4 : Guide d'entretien avec les surveillants de service

GUIDE D'ENTRETIEN

Avec le chef de service de l'unité de soins

- 1- Comment se fait la constitution de la liste qualitative et quantitative des médicaments que vous prenez à la pharmacie ?
- 2- Quelles sont les difficultés que vous avez concernant le système actuel d'approvisionnement et de gestion de votre stock local en médicaments ?
- 3- Pouvez-vous m'expliquer le circuit de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à l'archivage de l'information thérapeutique dans le dossier médical ?
- 4- Faites-nous des propositions pour l'amélioration du circuit du médicament dans l'hôpital en général et dans votre service en particulier.
- 5- Avez-vous quelque chose à ajouter qui n'a pas été abordé au cours de cet entretien ?

Merci de votre collaboration

Annexe 5 : Questionnaire à l'endroit des prescripteurs (médecins)

FICHE D'ENQUETE

Enquêteur : MOSSIYAMBA Sewede / Stagiaire en gestion hospitalière/Cel : 77 764 25 23

Objet : Circuit du médicament à l'hôpital

Identification de l'enquête :

Service :

QUESTIONNAIRE

Prescription

46- Existe-t-il des protocoles thérapeutiques?

Oui ___\ Non ___\

47- Si oui utiliser-vous systématiquement ce protocole

Oui___\ Non___\

48- Existe-t-il de support unique pour toutes les prescriptions et tous les prescripteurs ?

Oui ___\ Non___\

49- Si oui de quel type de support s'agit-t-il?

Manuscrit ___\ Informatisé ___\

50- Ou trouvez-vous l'histoire médicamenteuse du patient ?

Interrogatoire ___\ dossier médical___\

Fichier informatique___\

51- Tenez-vous compte de la disponibilité des médicaments dans l'hôpital avant de rédiger votre prescription ?

Oui___\ Non___\

52- Vous est-t-il arrivé de déclarer au centre de pharmacovigilance des effets indésirables d'un médicament chez un patient ?

Oui___\ Non___\

Merci de votre collaboration

Annexe 6 : Check-list pour l'observation

CHECK-LIST

Description	OUI	NON	commentaire
Ordonnances			
Datée			
Horodatée			
Signée			
Lisible			
Indique le nom de la spécialité			
Indique la forme galénique			
Indique la voie d'administration			
Indique la dose par prise			
Indique le rythme et l'horaire d'administration			
Indique la durée du traitement			
Indique pour les injectables la durée de la perfusion			
Dispensation			
Existence de procédures			
Traçabilité de la substitution			
Délivrance/Transport			
Containers			
Identification container par service			
Containers fermés à clé			
Respect de la chaîne de froid			
Personne mandatée pour réception			
Administration			
Vérification concordance prescription/medicament			
Vérification date de preemption			
Respect des conditions d'hygiène			

