

Circuit de distribution des produits pharmaceutiques (PP) :

identifier les risques pour mieux former

Capelle F. *1 ; Passemard R. 1 ; Deschamps R. 1 ; Gourieux B. 1

1 Pharmacie Stérilisation, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg



N°138

CONTEXTE

Chaque étape du circuit du médicament peut être une source d'erreur et générer des risques graves.

↳ Création d'un **système de signalement et de gestion des incidents logistiques** pour ↘ risques liés à la distribution des PP.

La distribution des PP est organisée dans notre établissement sur une plateforme logistique depuis 2010.

Importance du facteur humain dans les incidents recensés (tâches routinières, répétitives, ↘ vigilances).

↳ Rechercher de nouvelles méthodes pour maintenir l'implication de l'équipe.

OBJECTIF Développer une analyse des risques afin d'améliorer la **sécurité du processus** de distribution des PP, de garantir la **qualité des soins aux patients** et de **répondre aux besoins des unités de soins**.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Analyse des risques *a posteriori* des incidents constatés en 2012 :



- ✦ Définir les échelles de cotation
- ✦ Analyser les causes des incidents ayant une criticité importante
- ✦ Définir un plan d'actions d'amélioration adapté, réaliste et priorisé

= Groupe de travail pluridisciplinaire (3 agents, 1 préparateur, 1 interne, 1 cadre de santé, 1 pharmacien) soutenu par l'ingénieur qualité.

RÉSULTATS

❖ Bilan des incidents déclarés en 2012 :

Sur les 1 356 398 lignes de médicaments et dispositifs médicaux distribués en 2012, **268 (0,02%) incidents** ont été déclarés.

→ 168 (63%) Erreur de distribution - 49 (18%) Problème logistique de livraison - 51 (19%) Autres

❖ Echelles de cotation des incidents et calcul de leurs criticités :

Criticité = **F**réquence d'apparition (4 niveaux) x **G**ravité des incidents (5 niveaux)
↳ 3 niveaux : **importante**, moyenne et faible

❖ Analyse des causes selon le diagramme d'Ishikawa des incidents ayant une criticité importante :

3 incidents :

- ✦ Erreur/confusion de PP
- ✦ Quantité livrée de PP différente de celle facturée
- ✦ Livraison de PP périmés/périmant dans les 3 mois



❖ Plan d'action d'amélioration :

Humain

Ex : Réaliser des ateliers participatifs de formation des **agents** sur les points critiques



Système d'information

Ex : Étendre la gestion informatique des péremptions de façon rationnelle

Organisation/Management

Ex : Renforcer l'enregistrement des litiges en réception

Équipement

Ex : Mettre à disposition des lecteurs permettant la capture d'information (data matrix) mobile pour la réception des palettes homogènes

↳ Une **formation théorique (7 modules de 30 à 55 min)** a déjà été réalisée pour les agents.

La mise en place d'ateliers participatifs permet de compléter cette formation, en plaçant les agents comme **acteurs**. Pour apprendre, un participant a besoin d'être mis en situation d'agir, de pratiquer, de s'entraîner, et parfois d'être dérouté, pour rompre avec les habitudes et en créer des nouvelles.

↳ 4 ateliers à destination des agents :

- « Identifier un produit pharmaceutique : étude de cas »
- « Méli-mélo sur les conditionnements des PP »
- « Déclarons un produit manquant : mise en situation »
- « Info-Intox : Quiz des Bonnes pratiques »

CONCLUSION

L'analyse de risques *a posteriori* permet de **partager entre différents acteurs un retour d'expérience, de hiérarchiser les risques et les actions à mettre en place**. Cette **démarche participative aide à l'implication de tous les acteurs** en les replaçant dans le circuit du médicament et de la prise en charge thérapeutique. Les formations du personnel pharmaceutique sont placées parmi les actions prioritaires de réduction des risques.