

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE

----- I N A S -----

**Septième cours de Maîtrise en
Administration Sanitaire et Santé Publique**

(2002 – 2004)

**Analyse de la gestion des médicaments
et des dispositifs médicaux au niveau d'une
structure d'accueil des urgences.**

Cas de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

**Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de
Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique.**

Option : Administration Sanitaire.

Elaboré par : Lahoucine BOUSSENGAR.

Juillet 2004.

Résumé.

Ce mémoire aborde la question de la gestion des médicaments et dispositifs médicaux au niveau des services des urgences médicales et chirurgicales de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.

La problématique a été définie comme étant, un écart entre les besoins en médicaments et dispositifs médicaux, 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 étude a pour objectifs, de décrire le processus de gestion des médicaments et dispositifs médicaux, tel qu'il se déroule actuellement au niveau des deux services, d'identifier les éléments qui ont une influence négative sur la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux.

Il s'agit d'une étude à la fois prospective et rétrospective. La stratégie suivie a consisté à mener une enquête auprès d'un échantillon composé de 162 patients, pour connaître leurs besoins en médicaments et dispositifs médicaux et de déterminer les besoins non couverts par le budget de l'hôpital. Et c'est à partir des besoins non couverts qu'ont été identifiés les produits non disponibles et les raisons de leur indisponibilité.

L'étude a été complétée par l'analyse des commandes et des livraisons de 2003 et par l'observation du circuit du médicament en plus des entretiens avec les responsables des pharmacies des services et de l'hôpital.

L'enquête a révélé que les besoins en dispositifs médicaux ont été couverts à 100%, alors que 70% seulement des médicaments prescrits ont été fournis en totalité aux patients. L'hôpital n'a pu fournir que l'équivalent de 54% en valeur des médicaments de la nomenclature.

Les besoins non couverts sont dus dans 21% des cas à la prescription hors nomenclature et dans 9% des cas à l'indisponibilité des médicaments de la nomenclature.

Ainsi, un médicament sur cinq prescrits, n'était pas disponible soit à cause d'une rupture de stock au niveau de tout l'hôpital soit à cause d'une dotation insuffisante qui a entraîné des ruptures de stock intermittentes au niveau des services des urgences. En conséquence, seuls 61% des patients ont reçu la totalité des médicaments prescrits.

L'analyse du processus de gestion a permis d'identifier les points à améliorer qui se rapportent principalement à l'organisation du circuit du médicament et au système d'information.

Des suggestions ont été faites dans ce sens afin d'améliorer la disponibilité des ces produits et de mieux répondre aux besoins des patients.

Mots clés :

Médicaments, Dispositifs médicaux, Gestion, Urgences, Disponibilité. Analyse.

Table des matières.

Introduction.....	1
Première partie : Méthodologie de recherche.	
1. Conceptualisation du problème.....	3
1.1. Le problème objet de l'étude.	
1.2. Les objectifs de l'étude.	
2. Revue de la littérature.....	4
3. Modèle conceptuel.	12
4. Questions de recherche... ..	13
5. stratégie de recherche.	
6. Planification opérationnelle.....	14
6.1. Sujet de l'étude	
6.2. Sélection des patients pour les besoins de l'enquête.....	15
6.3. Echantillon de médicaments et dispositifs médicaux.....	16
6.4. La définition des besoins.	
6.5. Données à recueillir et méthodes de collecte.....	17
6.6. Analyse des données.	
6.7. Le public cible.	
Deuxième partie : Présentation du site de l'étude.	
1. L'hôpital Ibn Sina de Rabat.....	20
2. Le service des urgences portes chirurgicales.....	21
2.1. Organisation et fonctionnement.	
2.2. Le personnel.....	22
2.3. Le circuit du malade aux urgences chirurgicales.....	23
3. Le service des urgences portes médicales.....	24
3.1. Organisation et fonctionnement.	
3.2. Le personnel.	
3.3. Le circuit du malade aux urgences médicales.....	25
4. La pharmacie de l'hôpital.....	26
4.1. Organisation et fonctionnement.	
4.2. Le personnel.....	27
4.3. Le circuit du médicament au sein de l'hôpital.....	28

Troisième partie : Les résultats de l'étude.

1. Le processus de gestion des médicaments et dispositifs médicaux.....	30
1.1. Le processus de gestion au niveau de l'hôpital.	
1.1.1. Organigramme et attributions:	
1.1.2. Le budget médicament et dispositifs médicaux.....	31
1.1.3. La sélection.....	33
1.1.4. L'acquisition.....	34
1.1.5. La gestion des stocks.....	35
1.1.6. La distribution.....	36
1.2. Le processus de gestion au niveau des services des urgences	
1.2.1. Analyse des commandes et livraisons 2003.....	41
1.2.1.1. Les médicaments utilisés.	
1.2.1.2. Les dispositifs médicaux utilisés.	
1.2.1.3. La détermination des besoins du service.....	42
1.2.1.4. Le taux de couverture des commandes par les livraisons.....	43
1.2.1.5. Le taux de couverture en fonction du mode de distribution..	44
1.2.2. Réception, stockage et gestion des stocks.....	46
1.2.3. La délivrance des produits au personnel soignant.....	47
2. L'administration des médicaments aux patients.	50
2.1. La couverture des besoins en médicaments	
2.2. La couverture des besoins en dispositifs médicaux.....	52
3. Les facteurs explicatifs de la couverture des besoins.....	54
3.1. La prescription.	
3.2. La disponibilité des médicaments de la nomenclature.....	56

Quatrième partie : Analyse et interprétation des résultats.

1. Les étapes de décision.....	59
1.1. La prescription.	
1.2. La sélection.....	60
2. Les étapes de mise en œuvre.....	61
2.1. L'acquisition.	
2.2. La distribution.	
2.3. Les commandes.....	62
2.4. La gestion des stocks.....	63
2.5. Délivrance des produits au personnel soignant.....	64
2.6. L'administration.....	65
3. Les facteurs influents.....	67
Suggestions.....	68
Discussions.....	75
Conclusion.....	78

Bibliographie.
Annexes.

Liste des tableaux.

Tableau N°1 : Répartition des patients prélevés par service et par unité de soins.....	15
Tableau N°2 : Données à recueillir et moyens de collecte.....	17
Tableau N°3 : Budget total médicaments et dispositifs médicaux par rapport au budget de fonctionnement.....	31
Tableau N°4 : Budget médicament par rapport au budget de fonctionnement.....	31
Tableau N°5 : Budget dispositifs médicaux par rapport au budget de fonctionnement.....	32
Tableau N°6 : Bilan de la distribution en 2003.....	38
Tableau N°7 : Répartition par forme pharmaceutique.....	41
Tableau N°8 : Classification des différents types de DM les utilisés en 2003.....	42
Tableau N°9: Comparaison des commandes avec les livraisons des médicaments en 2003.....	43
Tableau N°10: Comparaison des commandes avec les livraisons des DM en 2003.....	44
Tableau N°11: Comparaison des taux de couverture des commandes entre les produits onéreux et les autres.....	44
Tableau N°12: Répartition des patients selon la couverture des besoins.....	50
Tableau N°13: Répartition des médicaments selon le taux de couverture.....	51
Tableau N°14: Taux de couverture des besoins en valeur des médicaments de la nomenclature.....	51
Tableau N°15: Répartition de la consommation des DM par service.....	53
Tableau N°16: Répartition de la consommation des DM par type de patients.....	53
Tableau N°17: Nombre moyen de médicaments par service et patient.....	54
Tableau N°18: La fréquence de la prescription hors nomenclature.....	55
Tableau N°19: La proportion des patients touchés par la prescription HN.....	55

Liste des schémas.

Le modèle conceptuel.....	12
Le circuit du malade aux urgences chirurgicales.....	23
Le circuit du malade aux urgences médicales.....	25
Le circuit du médicament au sein de l'hôpital.....	28
Organigramme et attributions.....	30

Liste des sigles et abréviations.

BCH :	Bon de Commande Hebdomadaire.
BCP :	Bon pour Complément Pharmaceutique.
BF :	Budget de Fonctionnement.
CMM :	Consommation Mensuelle Moyenne.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
COMEDIM :	Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux.
DM :	Dispositifs Médicaux.
HN :	Hors Nomenclature.
OPDN :	Ordonnance pour Produits à Délivrance Nominative.
RUCH :	Réanimation des Urgences Chirurgicales.
SM:	Solutés Massifs.
UPC :	service des Urgences Portes Chirurgicales.
UPM :	service des Urgences Portes Médicales.

Remerciements.

Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude s'adressent à :

Notre directeur, le professeur FIKRI BENBRAHIM ;

Pour avoir toujours été à l'écoute de nos problèmes et nos inquiétudes, vous n'avez pas cessé de nous soutenir et c'est ce qui nous a facilité la tâche. Nous vous prions de trouver ici, les expressions de nos meilleurs sentiments.

Notre encadrant, le docteur Najia HAJJI ;

Pour votre disponibilité et vos conseils précieux qui nous ont guidé tout au long de la réalisation de ce travail.

Tout le corps enseignant de l'INAS ;

Pour tous les efforts qu'ils ont bien voulu déployer, afin de nous dispenser un enseignement de qualité.

Tout le personnel de l'INAS ;

Pour leur accueil et pour tous les services qu'ils nous ont rendu durant ces deux années de formation.

A Mr le directeur de l'hôpital Ibn Sina, aux chefs des services des urgences portes médicales et urgences portes chirurgicales et au coordinateur de la pharmacie de l'hôpital, qui ont bien voulu nous accorder toutes les facilités pour accomplir ce travail.

A tout le personnel de l'hôpital qui nous a aidé, de près ou de loin dans la réalisation de ce travail.

A tous les participants au septième cours de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique.

INTRODUCTION

Ce mémoire, aborde la question de la gestion des médicaments et dispositifs médicaux au niveau de l'hôpital Ibn Sina de Rabat et plus particulièrement, au niveau des services des urgences médicales et chirurgicales.

Les urgences constituent l'une des priorités des responsables de la santé au Maroc. En effet, les services d'accueil des urgences constituent une composante essentielle du système de soins, car ils représentent les niveaux de contact les plus sensibles du patient avec le système de soins. C'est à ce niveau, que le patient ressent de façon intense le niveau de la qualité des prestations qu'il reçoit en terme d'accueil, de rapidité et de qualité d'intervention.

Les médicaments et les dispositifs médicaux, constituent un élément essentiel pour prendre en charge convenablement les patients. Le budget alloué à l'achat de ces produits représente une part importante du budget du Ministère de la santé hors salaires : 450 millions de DHS par an dont les 2/3 pour les hôpitaux. La part du budget médicament représente en moyenne 25% du budget de l'hôpital au Maroc. La part des dispositifs et fluides médicaux est de 35%. Au total, 60% du budget de l'hôpital est allouée à l'achat de ces produits, mais reste tout de même insuffisante pour faire face aux besoins réels de la population.

Mais malgré l'insuffisance du budget pour couvrir l'ensemble des besoins, il y'a toujours des possibilités d'amélioration à travers la rationalisation de la gestion. La gestion des produits pharmaceutiques doit donc répondre à des impératifs stricts afin d'utiliser au mieux ces ressources rares.

Ce travail est structuré en quatre parties : nous présenterons d'abord la méthodologie de recherche, puis le site de l'étude ou nous passerons en revue, l'organisation et le fonctionnement des deux services des urgences et de la pharmacie de l'hôpital, les résultats de l'étude en troisième partie quant à la dernière partie, elle est consacrée à l'analyse et à l'interprétation des résultats. Nous

présenterons en dernier lieu les suggestions et la discussion des résultats de l'étude avant de conclure.



PREMIERE PARTIE

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Conceptualisation du problème.

1.1. La définition du problème.

Un service d'urgences a besoin de médicaments et dispositifs médicaux pour prendre en charge convenablement et sans délai, les cas urgents qui se présentent à lui. Ce double caractère, urgence et gravité des cas, s'il se heurte à l'indisponibilité de ces produits, les résultats peuvent être lourds de conséquences pour les patients, les familles, l'hôpital, le système et la société de manière globale. Malheureusement, force est de constater que souvent, ces produits ne sont pas disponibles surtout pour ceux qui en ont le plus besoin.

La problématique se résume donc à un écart entre les besoins en médicaments et dispositifs médicaux, 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.

1.2. Les objectifs de l'étude.

Cette étude vise à :

- Décrire le processus de gestion des médicaments et dispositifs médicaux, tel qu'il se déroule actuellement au niveau des services des urgences portes médicales et chirurgicales de l'hôpital Ibn Sina de Rabat.
- Identifier les éléments qui ont une influence négative sur la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux.

Il s'agit donc d'appréhender le déroulement des étapes-clés du circuit des médicaments au niveau de ces deux services:

- ⇒ Les commandes et les livraisons de la pharmacie de l'hôpital.
- ⇒ La gestion du stock au niveau de chaque service.
- ⇒ La délivrance des produits au personnel soignant.

⇒ L'administration des médicaments aux patients.

2. Revue de la littérature.

La littérature relative aux problèmes liés aux médicaments peut être classée en deux grandes catégories selon qu'elle concerne les pays développés ou les pays en voie de développement.

Les pays en voie de développement.

Le cycle d'approvisionnement :

Les fonctions que doit assurer tout système d'approvisionnement sont :

La sélection, l'acquisition, la distribution, et l'utilisation en plus de certains éléments structurels tels que :Le financement, les locaux, les équipements et les fournitures, le personnel, le système d'information et l'administration [1].

Tout système pharmaceutique comprend trois circuits inter-reliés : le circuit physique des médicaments, le circuit de financement pour rémunérer les fabricants et les distributeurs et le circuit des informations qui permet l'échange et l'utilisation de ces médicaments [2].

La sélection :

La sélection soigneuse d'une gamme limitée de médicaments essentiels et des directives cliniques, ont un impact positif sur la disponibilité et le bon usage des médicaments dans les systèmes de soins de santé[1;2]. Ces différents aspects sont encore plus importants dans les contextes de faibles ressources où la disponibilité des médicaments dans le secteur public est souvent irrégulière [3 -4].

L'acquisition :

Les objectifs de l'acquisition consistent à acquérir les médicaments strictement nécessaires et au moindre coût [2]. Les deux grandes méthodes de quantification des besoins sont fondées l'une sur la consommation passée, l'autre sur les besoins réels (morbidité) et des schémas thérapeutiques [5-6].

Le prix élevé de certains médicaments, ajouté à un faible financement public concernant l'achat de produits pharmaceutiques, limite considérablement la disponibilité en médicaments essentiels dans de nombreux pays[4].

Les méthodes et les stratégies d'achat, lorsqu'elles sont bien choisies, permettent de faire des économies d'échelle (regroupement des achats) d'assurer un approvisionnement régulier (système décentralisé) et d'acquérir les médicaments au meilleur prix du marché (appel à la concurrence) [1-2].

La distribution :

Les objectifs de la distribution sont de permettre aux malades qui en ont besoin d'avoir accès aux médicaments. Ceci suppose l'absence de rupture de stock, c'est-à-dire la disponibilité de médicaments normalement présents dans une pharmacie. [2]

Les ruptures de stock et les excès de stockage proviennent d'insuffisances de l'ensemble du système d'approvisionnement. Les livraisons sont souvent reçues indépendamment de l'état des stocks et des consommations. [7]

L'utilisation.

L'OMS ainsi que d'autres organisations internationales ont consacré beaucoup d'efforts et de ressources à l'instauration de systèmes de sélection, d'acquisition et de distribution de médicaments sûrs et efficaces sans guère se préoccuper de l'usage qui en était fait. En 1985, la conférence de Nairobi a mis au premier plan la question de l'usage des médicaments.

L'usage rationnel des médicaments c'est : « Prescrire le produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée et pendant un laps de temps approprié. » (OMS, 1985).

La prescription.

Le processus de prescription est très mal connu, car il est très complexe et peu étudié. La prescription est, en quelque sorte, l'élément inconnu du circuit des médicaments. Elle est souvent présentée comme devant se dérouler selon les quatre étapes suivantes[9] :

- Diagnostic le plus précis possible;
- Identification de toutes les solutions possibles;
- Choix de la meilleure solution : Prescription;
- Exécution de cette décision.

Or toutes les recherches sur les décisions dans les entreprises et les organisations montrent que ce modèle idéal est rarement utilisé parce que les décisions se font presque toujours en situation d'information incomplète.

Ces limites à la décision rationnelle ont été interprétées par Simon [10] de la façon suivante : Les décisions suivent moins une rationalité substantielle de recherche d'un optimum qu'une rationalité procédurale de recherche d'une solution satisfaisante.

Les pays développés.

Les recherches et études dans les pays développés en rapport avec le médicament concernent entre autres: L'utilisation non rationnelle, l'augmentation des coûts pharmaceutiques dans les hôpitaux, l'optimisation et l'informatisation du circuit des médicaments, la qualité des prestations pharmaceutiques, l'iatrogénie médicamenteuse...

L'utilisation des médicaments.

Plusieurs études ont analysé l'utilisation irrationnelle des médicaments [11-12]. Les causes peuvent être des prescriptions inappropriées, l'inobservance des recommandations ou encore une demande explicite du patient. Toutes ces raisons montrent que la lutte contre l'utilisation irrationnelle des médicaments passe par la formation et l'information des prescripteurs, la communication et la relation entre médecin et patient.

Les études en sociologie médicale ont permis d'analyser les facteurs dits « Subjectifs » qui sous-tendent les pratiques d'utilisation (prescription et consommation) et qui façonnent la relation patient-médecin telle qu'elle se déploie lors de la consultation médicale.

Parmi les facteurs sociaux à l'origine du mésusage des médicaments : le profil socio-démographique des médecins, la connaissance des propriétés des médicaments et de leurs effets, les sources d'information et leur degré de neutralité scientifique, le contexte de la pratique notamment le volume de travail et enfin les attentes et pressions exercées par les patients[13]. .

Les médecins, agents de prescription mais aussi ordonnateurs de dépenses, sont souvent tiraillés entre la demande du patient et celle de la société. Le souci qualitatif vise à la prescription la plus pertinente possible, ce qui conduit aussi parfois à la limiter (antibiotiques, benzodiazépines, etc.).

La logique économique plaide souvent pour une moindre consommation. La logique sociologique renvoie à la demande collective de « pilules » miracles en toutes situations. Les patients attendent du médecin et du médicament la solution rapide à tous leurs maux. Le médicament est, aussi, ressenti comme une réponse possible aux problèmes affectifs, émotionnels, professionnels, sociaux ou environnementaux auxquels le patient est confronté. [14]

L'augmentation des dépenses pharmaceutiques.

La croissance des coûts des médicaments, représente un défi de taille pour les établissements qui doivent continuer d'offrir une pharmacothérapie optimale à un coût socialement acceptable.

Au Canada, le coût des médicaments correspond à 15 % du budget total de la santé et représente la composante de santé ayant le taux de croissance le plus élevé (12 % à 15 % pour les clientèles tant hospitalisées qu'ambulatoires).

Les coûts des médicaments au sein d'un établissement sont déterminés par :

- ⇒ Les facteurs externes tels que la clientèle (mission, indice de sévérité et comorbidité) et le marché (coût des médicaments);

⇒ Les facteurs internes tels que la pratique clinique des médecins et des pharmaciens et les mécanismes de revue d'utilisation des médicaments.

La gestion de la liste de médicaments d'un établissement, aussi appelée formulaire, doit refléter le jugement actuel des cliniciens sur la pharmacothérapie et peut avoir une influence indéniable sur la pratique clinique et les coûts des médicaments. [15].

En France, un rapport d'étude à la demande du ministère de la santé au sujet du médicament à l'hôpital [16] a fait ressortir plusieurs problèmes :

✓ Une difficile maîtrise de l'évolution des dépenses.

Si l'augmentation des dépenses de médicaments s'explique par des facteurs qui échappent largement aux établissements publics de santé, la problématique est encore renforcée par l'absence de moyens d'exercer une réelle maîtrise des prescriptions.

✓ Une augmentation difficilement contrôlable.

○ L'innovation

Très présentes à l'hôpital, coûteuses et incontournables, portant sur les classes les plus importantes, les innovations sont la principale cause de l'augmentation des dépenses de médicaments des hôpitaux. L'effet structure l'emporte sur l'effet quantité et sur l'effet prix : *«les médicaments sont remplacés de plus en plus rapidement par des produits nouveaux et plus chers »*

○ Le poids des nouveaux profils pathologiques et des politiques de santé publique.

Facteur lui aussi difficilement contrôlable, l'apparition de nouveaux profils pathologiques engendre également une dépense accrue des établissements de santé en matière de médicaments. Ces profils sont liés au vieillissement de la

population, au développement de certaines pathologies (SIDA, maladies chroniques...) et à la forte médicalisation des problèmes psychologiques et sociaux.

- Un contrôle des prescriptions quasi inexistant.

S'il est impossible de maîtriser totalement les causes exogènes de l'augmentation des dépenses pharmaceutiques, il est bien souvent tout aussi difficile de limiter les dépenses liées à des causes endogènes (gaspillage, erreurs, redondance...), faute de réel contrôle des prescriptions et de suivi des consommations.

✓ Une pharmacie cantonnée à la délivrance des médicaments

La pharmacie, dispensatrice de traitements prescrits, est loin d'exercer pleinement son rôle de validation des prescriptions de médicaments.

Faute de moyens (informatiques, humains...) les pharmacies hospitalières ne sont bien souvent que des services logistiques, de simples fournisseurs de médicaments.

La prescription nominative formalisée sur support intégré au dossier patient n'est quasiment jamais transmise à la pharmacie.

✓ Un encadrement de la prescription des « juniors » peu développé

En l'absence de protocoles, l'encadrement des « juniors » est indispensable pour adapter et guider efficacement les attitudes thérapeutiques. Cependant dans nombre d'établissements, il n'y a pas de restriction à la prescription des « juniors » hormis sur certains produits très spécialisés.

L'absence d'informatisation rend difficile d'optimiser le dispositif d'ordonnances nominatives mises en place sur certaines classes, par exemple l'antibiothérapie.

✓ Un suivi des consommations inexistant

Le suivi et l'analyse de la consommation de médicaments par les hôpitaux sont limités par un système d'information encore peu développé dans les établissements.

✓ Un circuit du médicament souvent peu optimal.

Le circuit du médicament dans les Établissements constitue un enjeu important. La prise de conscience de l'enjeu que représente la qualité du circuit du médicament est très récente, et encore insuffisamment pris en compte par le corps médical.

✓ La prescription.

A la différence de l'ambulatoire, la prescription arrive rarement, dans sa globalité, à la pharmacie, pour une dispensation malade par malade.

En général, la prescription peut-être retrouvée dans le dossier de soins infirmiers, mais elle n'est pas dans un format qui permette son acheminement à la pharmacie.

Quand la prescription est disponible dans les services pharmaceutiques, elle est parcellaire et limitée, soit aux antibiotiques, soit aux médicaments dérivés du sang (en raison de la traçabilité imposée), soit aux médicaments coûteux, objet d'un suivi spécifique. La vision globale du traitement d'un malade est absente.

✓ Distribution et dispensation.

Dans la plupart des Établissements, la pharmacie distribue globalement des médicaments aux unités de soins et non pas à des malades.

Quelques Établissements ont mis en place une dispensation nominative, mais ils sont très rares.

Au Maroc :

Dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité des soins et services, le Ministère de la Santé s'est fixé comme objectif prioritaire d'assurer la

disponibilité et l'accessibilité du médicament par le développement d'une stratégie nationale pour l'acquisition des médicaments et dispositifs médicaux et pour la rationalisation de leur gestion locale.

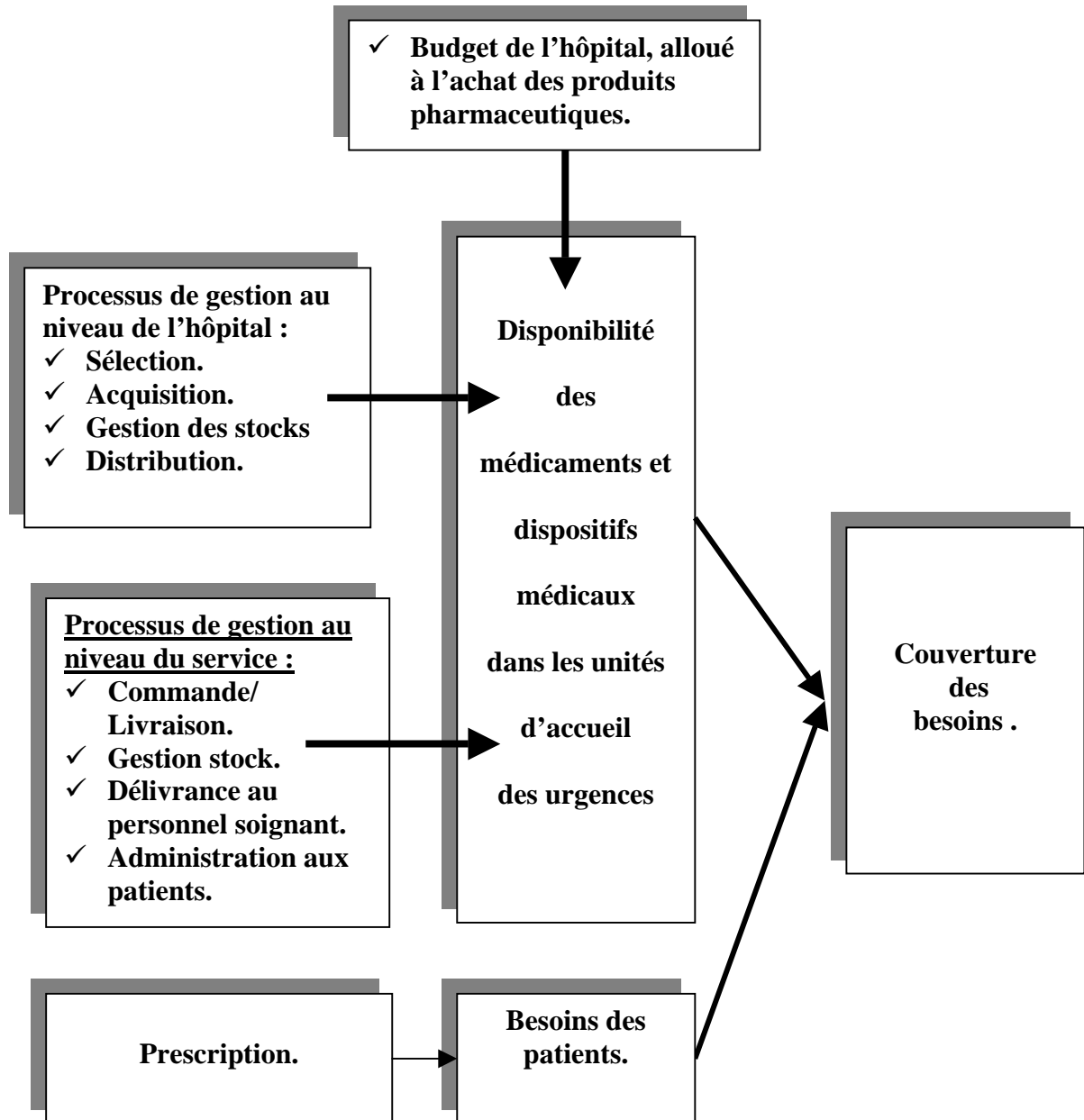
L'élaboration de la liste des médicaments essentiels, la sensibilisation du prescripteur et la formation des gestionnaires au niveau local constituent les axes prioritaires de cette stratégie.

Ainsi, un manuel de gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires de base [5] et un guide méthodologique pour la gestion de la pharmacie hospitalière [6] ont été publiés en 2002.

Ces deux documents font ressortir les principales sources de la gestion non rationnelle et proposent des techniques de gestion rationnelle. Ils rassemblent la plupart des informations pratiques et outils modernes de gestion indispensables aux responsables des pharmacies à tous les niveaux, pour leur permettre d'assumer pleinement leur responsabilité.

L'objectif est bien d'améliorer la gestion du cycle d'approvisionnement et des stocks des médicaments et dispositifs médicaux en vue de rendre ces derniers plus accessibles, plus disponibles en quantité et en qualité dans les hôpitaux et les formations sanitaires de base.

3. Modèle conceptuel.



D'après ce modèle, la couverture des besoins dépend des besoins et de la disponibilité assurée par le système d'approvisionnement.

La disponibilité des médicaments et DM au niveau des structures d'accueil d'urgences, dépend du budget et de tout le processus de gestion depuis la sélection jusqu'à l'administration.

Cette étude va s'intéresser plus particulièrement à la gestion au niveau du service. La gestion au niveau de l'hôpital fera l'objet d'une étude descriptive et servira éventuellement à expliquer certains problèmes constatés au niveau des services des urgences.

Vu les difficultés d'étudier la prescription en tant que processus (mentionnées dans la revue de la littérature) l'étude va se limiter à l'analyse des ordonnances.

4. Questions de recherche.

- i. Quelle est le budget alloué à l'achat des produits pharmaceutiques et la part consommée par les unités d'accueil des urgences?
- ii. Quels sont les besoins couverts par le budget de l'hôpital au niveau des urgences?
- iii. Quelle disponibilité pour quel produit est assurée pour les patients qui fréquentent les services des urgences ?
- iv. Dans quelle mesure, le processus de gestion au niveau des unités d'accueil des urgences et éventuellement au niveau de l'hôpital, pourrait améliorer la disponibilité des produits pharmaceutiques ?

5. Stratégie de recherche.

Il s'agit d'une étude exploratoire à la fois prospective et rétrospective.

Le volet prospectif a consisté à accompagner un échantillon de patients admis dans les services des urgences portes médicales et chirurgicales, à relever les médicaments qui leur ont été prescrits, ce qui leur a été fourni par le service et ce qu'ils ont acheté ou devraient acheter. De même pour les DM, nous avons relevé les DM réclamés par les dispensateurs de soins et ceux qui leur ont été fournis au moment de la dispensation des soins. Ceci a permis de déterminer par la suite les taux de couverture des besoins.

Durant la même période et chaque fois qu'un médicament ou DM, n'a pas été fourni ou bien fourni mais en quantité insuffisante, nous avons vérifié s'il était disponible en stock ou non, aussi bien au niveau du service qu'au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

Le volet rétrospectif a consisté à étudier les produits commandés et livrés aux deux services en 2003 et l'évolution du budget alloué à l'achat des produits pharmaceutiques par rapport au budget de fonctionnement durant les 3 dernières années. Ceci pour déterminer le volume des ressources et la part attribuée aux services des urgences.

Enfin nous avons complété notre investigation par l'observation et les entretiens avec les responsables des pharmacies de l'hôpital et des deux services, pour décrire le processus de gestion tel qu'il se déroule actuellement.

6. Planification opérationnelle.

6.1. Le sujet de l'étude :

Les médicaments et les dispositifs médicaux utilisés au niveau des unités d'accueil des urgences.

Définition du médicament :

Art 15 : «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. »¹

Définition des dispositifs médicaux :

En l'absence de législation spécifique au Maroc, c'est la circulaire ministérielle N° 7 du 19/02/97 relative à l'enregistrement des DM qui définit les dispositifs médicaux comme étant :

« Tout instrument, équipement, appareil ou produit, destiné à être utilisé chez l'Homme à des fins :

1- de diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie;

2- de diagnostic, contrôle, traitement, atténuation ou compensation d'une blessure ou d'un handicap.

3- d'étude de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique;

4- de maîtrise de la conception et dont l'emploi est susceptible de présenter des dangers pour le patient ou l'utilisateur.

L'action des DM ne doit pas être obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques. »

6.2. Sélection des patients pour les besoins de l'enquête.

Taille : 10% des patients admis dans chaque service.

Durée de l'enquête : 14 jours.

➤ Critères d'inclusion : Tous les patients admis dans l'un des deux services durant la période de l'enquête pouvaient faire partie de l'échantillon.

➤ Critères d'exclusion : les patients hospitalisés avant le début de l'enquête et ceux dont le séjour s'est prolongé au-delà de son terme.

Tableau N°1 : Répartition des patients prélevés par service et par unité de soins.

	UPM	UPC	Totaux.
Salle de soins.	58	33	91
Salle d'observation.	26	24	50
Salle de déchocage.	6	5	11
Salle de plâtre.	-	10	10
Totaux.	90	72	162

¹ Dahir portant loi N° 1-76-432 du 15 février 1977.

6.3. Echantillon de médicaments et DM.

L'échantillon de médicaments et de DM est constitué par ceux prescrits et utilisés pour les besoins des patients sélectionnés, soit 38 médicaments et 22 dispositifs médicaux.

6.4. La définition des besoins

○ Les besoins en médicaments

Les besoins en médicaments sont définis dans cette étude comme, tous les médicaments prescrits à un patient sans porter de jugement sur la rationalité ou non de la prescription.

Ainsi, un médicament hors nomenclature prescrit est considéré comme un besoin. De même pour les patients externes, un médicament prescrit dans une ordonnance externe est considéré comme un besoin bien que l'hôpital ne soit pas sensé fournir ce médicament.

Enfin pour les patients hospitalisés, le besoin pour chaque médicament est la prescription pour une durée de 24 heures. Pour un patient dont la durée de séjour est supérieure à 24 heures les besoins ont été déterminés par la somme des besoins de chaque jour.

○ Les besoins en DM

Les besoins en DM sont parfois difficiles à déterminer. Dans cette étude, nous avons estimé que tout article réclamé par un dispensateur de soins est considéré comme un besoin sans chercher à savoir, si l'article réclamé ou les quantités sont

adéquates ou non. De même tout article nécessaire mais non réclamé n'a pas été considéré comme un besoin.

6.5. Données à recueillir et méthodes de collecte.

Tableau N° 2 : Données à recueillir et moyens de collecte.

	INDICATEURS / données à recueillir	Moyens de collecte
Taux de couverture des besoins	Taux de couverture/produit = Quantité délivrée/ Quantité prescrite x100 Taux de couverture en valeur= Rapport des valeurs x 100. Taux de couverture / patient : Nombre de médicaments délivrés en totalité/ nombre de médicaments prescrits x100.	Enquête. Fiche patient (annexe 5)
Prescription.	Médicaments et quantités prescrites / patient. Nombre de médicaments / ordonnance. Valeur moyenne d'une ordonnance. Nombre de médicaments prescrits (hors nomenclature)	
Administration	Nombre de médicaments et quantités fournies / patient. Nombre de DM et quantités demandés. Nombre de DM et quantités fournies par l'hôpital.	Enquête. Fiche patient (annexe 5)
Disponibilité	Rupture de stock. Au niveau du service. Au niveau de la pharmacie de l'hôpital.	Fiches de stock ou Contrôle ponctuel du stock.
Gestion des stocks. Pharmacie du service.	Valeur des produits périmés au niveau du service Modalités de contrôle à la réception. Ordre de rangement. Enregistrement entrées /sorties	Fiches de stock. Observation (annexe 2) Entretien (annexe 3)
Délivrance au personnel soignant.	Fréquence. Critères de répartition entre le personnel ou entre les unités de soins.	Entretien. (annexe 3)
Approvisionnement du service.	Qui ? Fréquence. Critères pour l'élaboration des	Entretien. (annexe 3)

	commandes. Les types de commande.	
Distribution. Pharmacie de l'hôpital.	Analyse des commandes Critères de détermination des quantités à livrer. Calendrier de livraison. Horaires d'ouverture.	Entretien. (annexe 4)
Gestion stocks	Durée de rupture de stock Valeur des produits périmés au niveau de la pharmacie de l'hôpital Produits livrés aux urgences en 2003.	Etude documentaire. (annexe 1)
Budget.	Budget fonctionnement 3 ans. Budget médicament 3 ans. Budget DM 3 ans.	Données sur logiciel.
Personnel.	Effectif/Grade.	Etude documentaire. (annexe 1)
Locaux. Pharmacie du service.	Espace. Aération/éclairage Propreté. Accès réglementé. Sécurité.	Observation. (annexe 2)
Système d'information.	Supports d'information. Types d'information.	Observation. (annexe 2)
Patients.	Effectif.	Registre des admissions.

6.6. Analyse des données.

- Les données quantitatives :
 - Ces données ont été traitées sur Excel (Windows).
 - Calcul des moyennes et des taux.
 - Analyse des tendances.
- Les données qualitatives.
 - Analyse descriptive.
 - Classification des facteurs qui influencent la disponibilité :
 - ✓ Critères de décision.
 - ✓ La qualité et la circulation de l'information.
 - ✓ La qualité de la gestion des stocks.
 - ✓ L'organisation du circuit du médicament.

6.7. Le public cible.

Les gestionnaires et les responsables des hôpitaux constituent le public cible de cette étude en plus éventuellement des enseignants et des étudiants.



DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION DU SITE DE L'ETUDE.

1. L'hôpital Ibn Sina de Rabat.

L'hôpital Ibn Sina de Rabat a été inauguré en 1954 avec 674 lits, il en comprend actuellement 1150. La capacité litière fonctionnelle est de 1028 dont 48 lits de réanimation. Il s'étend sur 10 hectares et est constitué de 5 étages et de trois sous-sols. Il dispose de 27 salles d'opération, de 10 services d'explorations fonctionnelles, de radiologie (conventionnelle, numérisée et nucléaire) de laboratoires et de 25 services cliniques. Il comprend également plus de 7 services de soins intensifs : réanimation médico-chirurgicale, chirurgie cardio-vasculaire etc.

l'effectif total du personnel est estimé à 2364 dont 25% sont des médecins, 39% des infirmiers et 36% de personnel administratif, technique et de soutien.

L'hôpital Ibn Sina fait partie du CHU RABAT-SALE, qui est composé de 10 établissements hospitaliers avec une capacité litière de 3250. Il est situé dans la commune urbaine Agdal-Riad, entouré d'un axe routier, ferroviaire et industriel très dense, constituant un facteur permanent de risque d'accidents.

Le nombre total d'entrées dans l'établissement était de 20731 en 2003, dont 6581 admissions en urgences, soit 31,7% des admissions.

Afin de diminuer l'encombrement et le délai d'attente du au nombre important de patients vus aux urgences, l'hôpital a réorganisé le service des urgences autour de deux pôles: un service des urgences porte chirurgicales (U.P.C) et un service des urgences porte médicales (U.P.M) avec deux chefs de service.

2. Le service des UPC.

2.1. Organisation et fonctionnement.

Le Service des UPC dispose de trois unités fonctionnant de façon permanente 24 heures sur 24, jours fériés et week-ends.

L'unité bleue:

- * Une salle pour le triage qui reçoit en premier les patients.
- * Une salle de consultation où l'interne de garde assure l'examen des patients.
- * Une salle de soins réservée aux patients externes.
- * Une salle de plâtre adjacente à la salle de consultation traumatologique.

L'unité rouge pour les patients à hospitaliser :

- * Une salle de consultation des spécialistes.
- * Une salle de déchocage d'une capacité de trois postes. Cette salle est commune aux deux services d'urgences aussi bien le service des UPC que celui des UPM.
- * Une salle d'observation faite de plusieurs boxes au nombre de 10, et de deux salles individuelles.

Le bloc opératoire de l'unité interventionnelle:

- Une salle de réveil.
- Une salle opératoire pour les urgences neuro-traumatologiques.
- Une salle opératoire de la traumatologie septique.
- Une salle septique de vasculaire.

2.2.Le personnel.

Le personnel médical.

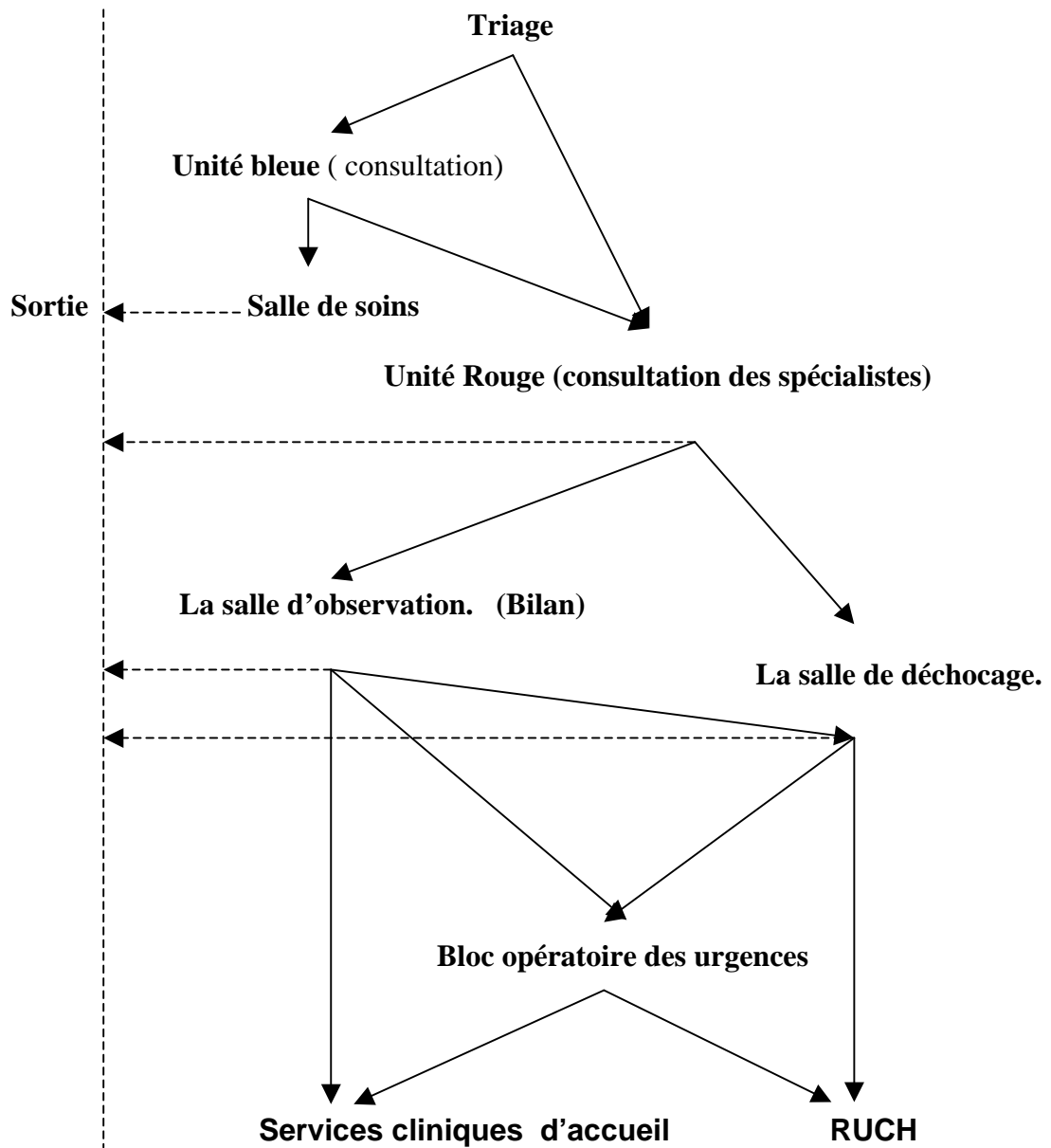
Réanimateurs.	3	Chirurgien thoracique.	1
Chirurgiens viscéralistes.	2	Chirurgien cardiaque.	1
Traumatologues.	3	Chirurgiens urologues	2
Neurochirurgiens.	2	Radiologues.	2
Chirurgiens vasculaires.	2	Fibroscopiste.	1

Le personnel infirmier.

Accueil	6	Unité interventionnelle	1
Salle de soins	5	Chefs d'équipes	4
Salle d'observation	6	Pharmacie	1
Salle de déchocage	7	Major	1
Salle de plâtre	4	Adjoint du major	1

Les agents de soutien : 35.

2.3. Le circuit du malade aux urgences chirurgicales.



3. Le service des UPM.

3.1. Organisation et fonctionnement.

Le Service des UPM fonctionne de façon permanente 24 heures sur 24, jours fériés et week-ends, il dispose de :

- * Un poste de triage.
- * Une salle de consultation où l'interne de garde assure l'examen des patients.
- * Une salle de soins réservée aux patients externes..
- * Une salle de déchocage qui est commune aux deux services d'urgences (UPC et UPM).
- * Deux salles d'observation avec 10 lits et une salle d'isolement de 2 lits.

3.2. Le personnel.

Le personnel médical.

Deux médecins généralistes assurent les consultations durant l'horaire administratif.

Deux internes assurant des gardes de 12 heures sous forme de roulement, au niveau de la salle de consultation. Ces gardes sont assurées 24 heures sur 24.

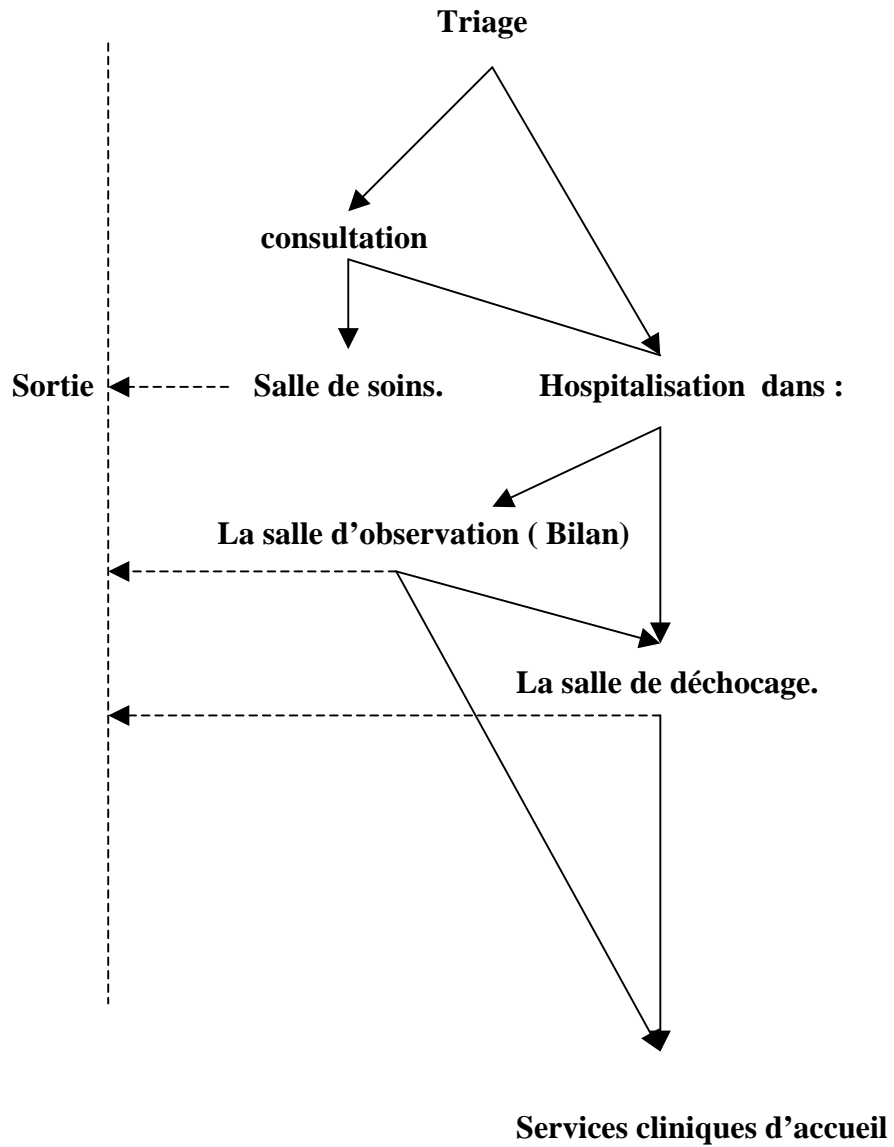
Le personnel infirmier.

12 infirmiers au sein du service qui assurent des gardes par roulement à raison de 12 heures par équipe.

Les agents de service : 13.

3.3.Le circuit du malade aux urgences médicales.

Schéma du circuit du malade au niveau de l'UPC.



4. La pharmacie de l'hôpital.

La pharmacie est ouverte de 8h00 à 14h30 durant les jours ouvrables. La pharmacie de garde prend le relais de 14h30 à 20h00 durant les jours ouvrables et de 8h00 à 20h00 les week-ends, jours fériés et les journées de grève.

En cas de nécessité, les services peuvent être approvisionnés la nuit entre 20h00 et 8h00 du matin soit par l'agent ou le pharmacien résidant qui assurent la garde.

4.1. Organisation et fonctionnement.

La pharmacie dispose de :

➤ 3 magasins où sont stockés tous les produits livrés par les fournisseurs :

- 1 magasin de stock des médicaments, films et produits de radiologie.
- 1 magasin de stock des solutés massifs et des produits chimiques
- 1 magasin de stock des dispositifs médicaux.

➤ La pharmacie de garde et 4 salles de distribution qui livrent les produits aux services:

- 1 salle pour la distribution des médicaments.
- 1 salle pour la distribution des solutés massifs.
- 1 salle pour la distribution des dispositifs médicaux
- 1 salle de préparation et de distribution des antiseptiques et des préparations pharmaceutiques.
-

Ces salles et la pharmacie de garde, sont approvisionnées par les magasins tous les lundis par une dotation hebdomadaire, mais peuvent demander des suppléments, si nécessaire, en cours de semaine.

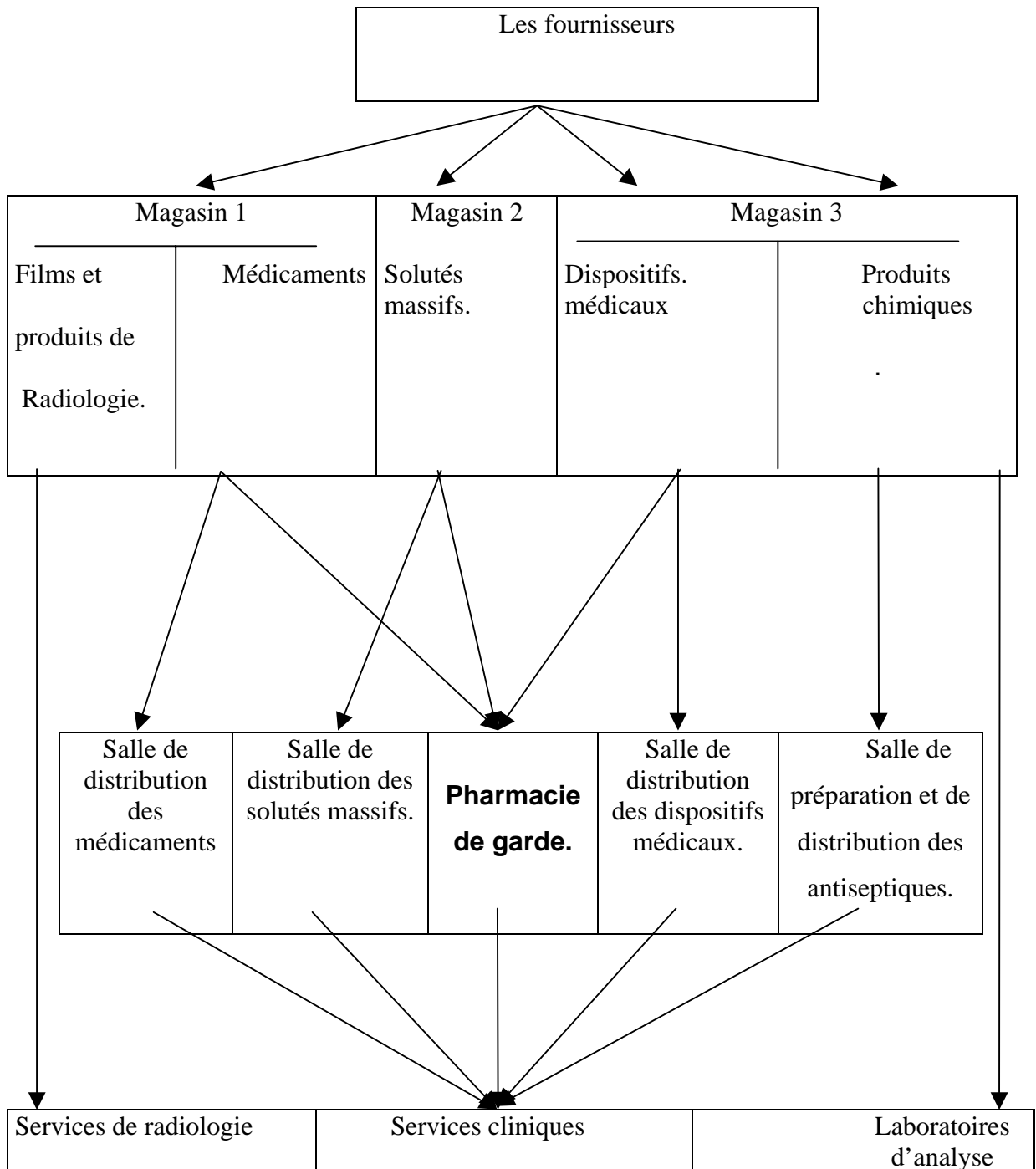
Les produits chimiques, les films et produits de radiologie sont distribués directement aux services utilisateurs par les magasins.

Le stock des stupéfiants est détenu par un pharmacien résidant.

4.2. Le personnel.

Pharmacien responsable	1	IDE	4
Pharmacien Résidants	8	Infirmière brevetée principale	1
Pharmacien Internes	2	Techniciens en informatique	7
Administrateurs économes	2	Secrétaire	1
Ingénieur d'état	1	Les agents de service	9

4.3. Le circuit du médicament au sein de l'hôpital.





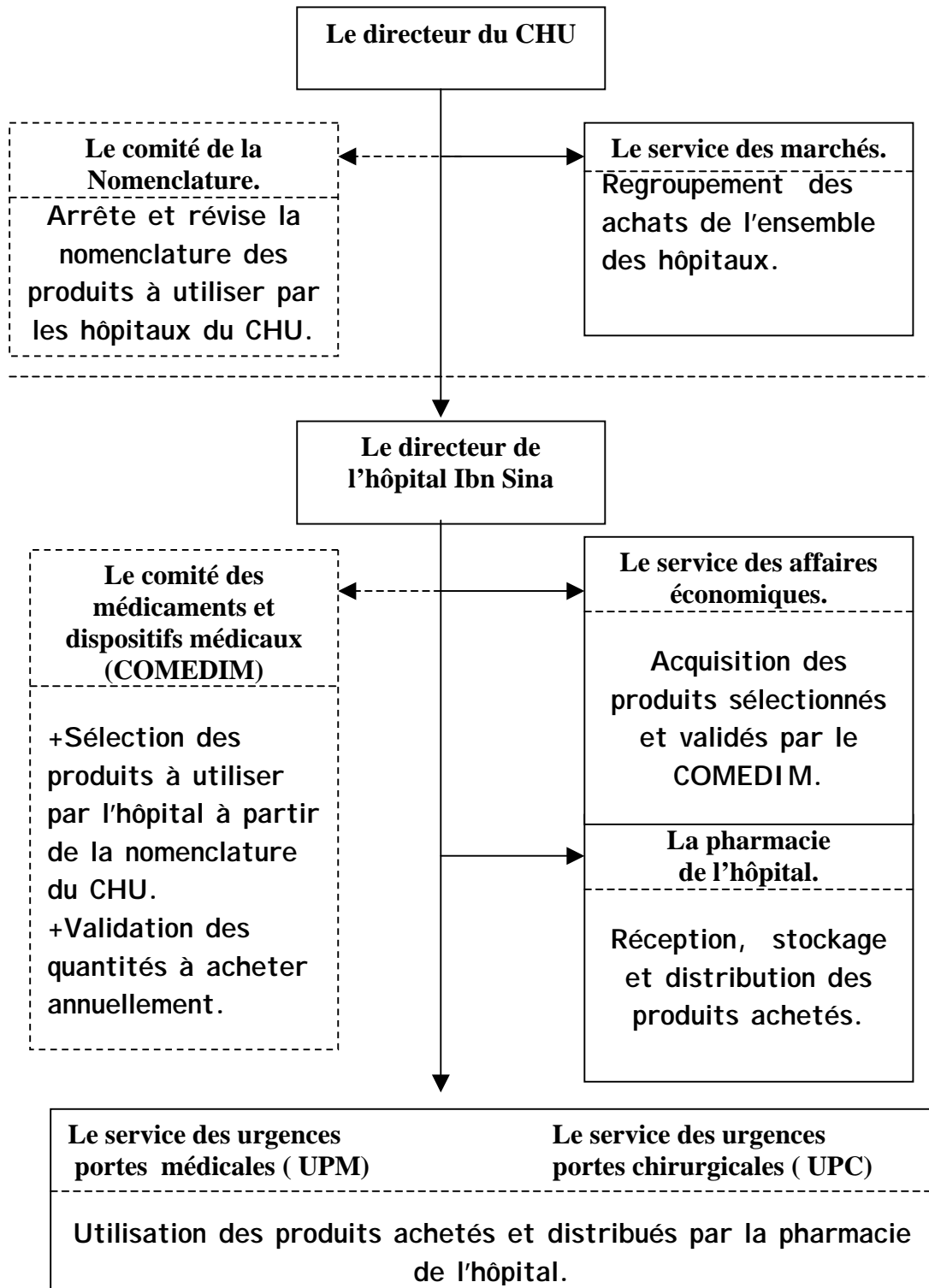
TROISIEME PARTIE

LES RESULTATS DE L'ETUDE.

1. La gestion des médicaments et dispositifs médicaux.

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

1.1.1. Organigramme et attributions:



1.1.2. Le budget médicament et dispositifs médicaux.

Tableau N°3 : **Budget total médicaments et dispositifs médicaux par rapport au budget de fonctionnement**

Année budgétaire	Budget fonctionnement	Médicaments + DM	% /BF
2001	100.000.000	24.000.000	24%
2002	125.000.000	34.000.000	27, 2%
2003	125.000.000	30.900.000	24, 7%
MOYENNES	116.700.000	29.600.000	25, 4%

Le budget total alloué à l'achat des médicaments et dispositifs médicaux est de 30 millions de DHS en moyenne durant les 3 dernières années. Il représente 25,4% du budget de fonctionnement hors salaire. Ceci montre l'importance du poste de la pharmacie dans les dépenses de l'hôpital.

Les tableaux suivants montrent la répartition du budget entre les médicaments et les dispositifs médicaux durant les années 2001,2002 et 2003.

Tableau N°4 Budget médicament par rapport au budget de fonctionnement.

Année budgétaire	Budget fonctionnement	Médicaments	% Médicament / BF
2001	100.000.000	12.000.000	12%
2002	125.000.000	13.500.000	11%
2003	125.000.000	14.000.000	11,5%
MOYENNES	116.700.000	13.170.000	11,3%

La part des médicaments représente 11,3% du budget de fonctionnement, cette part est inférieure à la moyenne nationale : la part du budget médicament représente en moyenne 25% du budget de l'hôpital au Maroc, ce qui montre que l'hôpital Ibn Sina, consent moins d'efforts pour l'achat de ses médicaments qu'un hôpital moyen.

Tableau N°5 : Budget dispositifs médicaux par rapport au budget de fonctionnement.

Année budgétaire	Budget fonctionnement	Dispositifs médicaux	% DM/BF
2001	100.000.000	12.000.000	12%
2002	125.000.000	20.500.000	16.4%
2003	125.000.000	16.900.000	13.5%
MOYENNES	116.700.000	16.470.000	14.1%

La part des DM est de 14,1% du budget de fonctionnement, cette part dépasse celle des médicaments (11,3%) et montre que les dispositifs médicaux consomment de plus en plus de ressources, d'où la nécessité d'accorder à la gestion de ces produits, le même intérêt que celui accordé aux médicaments.

Comparativement aux hôpitaux SEGMA, le budget de l'hôpital Ibn Sina alloué à l'achat des médicaments et des DM est 16 fois supérieur à celui d'un hôpital SEGMA moyen qui est estimé à 1 785 000 DHS ².

Les crédits alloués à ces hôpitaux au titre de l'année budgétaire 2004 varient de 420 000 DHS (CHP Ifrane) à 3 600 000 DHS (CHP Meknès El Menzeh)

² Source : DPRF-DF-Service du budget.

1.1.3. La sélection :

La sélection qualitative : se fait à deux niveaux :

✓ Au niveau du CHU, le comité de la nomenclature sélectionne les médicaments et dispositifs médicaux qui doivent être utilisés par les hôpitaux du CHU. Cette liste limitative (nomenclature) est révisée périodiquement sur l'initiative du président ou sur demande d'un ou plusieurs hôpitaux, pour y introduire de nouveaux produits apparus sur le marché ou des produits déjà commercialisés et non inclus dans la nomenclature.

Le comité de la nomenclature est composé par le président et vice-président des COMEDIM de chaque hôpital en plus des chefs des pharmacies.

Au niveau de chaque hôpital, le COMEDIM sélectionne, à partir de la nomenclature du CHU, les médicaments et les dispositifs médicaux qui correspondent le mieux à ses besoins et propose, s'il le juge nécessaire, d'introduire de nouveaux produits dans la nomenclature.

Le comité de l'hôpital Ibn Sina est composé par les chefs des services de réanimation, des urgences, d'urologie, de la pharmacie et du service des affaires économiques.

La détermination des quantités :

La pharmacie de l'hôpital établit à la fin de chaque année les statistiques de consommation. La gestion informatisée des stocks facilite cette opération.

La formule de calcul des prévisions annuels pour chaque produit est:

(CMM x 14 mois) - (stock de fin d'année) - (le reste à livrer)

CMM = consommation moyenne mensuelle.

Les prévisions sont ensuite multipliées par les prix unitaires pour calculer le montant global. Lorsque celui-ci dépasse le budget alloué, des réajustements sont opérés en diminuant les quantités des produits les plus chers en prix unitaire.

La liste définitive des produits avec les quantités à acheter est soumise par la suite à l'appréciation du COMEDIM pour validation.

1.1.4. L'acquisition.

Le CHU achetait ses produits auparavant par appels d'offres annuels. En 2003, il a opté pour un marché cadre d'une durée de 3 ans en fixant pour chaque produit une quantité minimale et une quantité maximale à acheter.

Le minimum et le maximum correspondent en moyenne, à la consommation annuelle antérieure $\pm 20\%$ mais ils peuvent varier de -10% à $+35\%$ en fonction des produits. Pour 2004, le minimum de 2003 sera reconduit automatiquement.

Les prix d'acquisition de chaque produit resteront les mêmes durant les trois années du marché.

Globalement, les fournisseurs livrent 20% du minimum du marché dans un délai d'un mois à partir de la date de signature du calendrier de livraison (le mois de janvier), 40% trois mois après et 40% quatre mois après cette date. En somme, la pharmacie reçoit le minimum des marchés conclus durant les quatre premiers mois de l'année. Ceci reste valable pour tous les produits fabriqués localement.

Pour les produits importés, la pharmacie accorde un délai de deux mois pour la première livraison et pour les solutés massifs, la pharmacie a opté pour une livraison mensuelle faute d'espace suffisant pour le stockage de ces produits.

Le supplément de 2003 a été commandé durant le dernier trimestre.

1.1.5. La gestion des stocks.

La pharmacie gère au total 304 médicaments, 255 dispositifs médicaux et 86 types de fils chirurgicaux soit 645 produits sans compter les films, les produits de radiologie, les produits chimiques et la verrerie de laboratoire.

La pharmacie de l'hôpital est bien organisée et gère bien son stock. Les médicaments, les solutés massifs, les dispositifs médicaux, les produits chimiques et autres sont stockés séparément dans des magasins distincts. Dans chaque magasin une seule personne est responsable du stock.

La distribution de ces produits aux services de l'hôpital, se fait aussi dans des salles de distribution séparées avec une seule personne responsable du stock de chaque salle.

Ces salles de distribution sont approvisionnées en début de semaine et chaque fois que c'est nécessaire durant les autres jours de la semaine.

Tous les mouvements des stocks sont enregistrés manuellement et en temps réel sur les fiches de stock détenus par le responsable de chaque magasin et de chaque salle de distribution.

En plus, la pharmacie a installé un logiciel de gestion. Des opératrices saisissent tous les mouvements des stocks depuis la livraison des fournisseurs jusqu'à la livraison aux services y compris les mouvements entre les magasins et salles de distribution.

Toute livraison à une salle de distribution ou à un service est sanctionnée par un bon de livraison, émis par le logiciel une seule et unique fois, en double exemplaire, dont un est remis au destinataire de la livraison, ce qui rend impossible d'avoir des copies.

A la fin de journée, le logiciel imprime l'inventaire des stocks existants dans chaque lieu de stockage. Le responsable de chaque stock doit vérifier et confirmer l'inventaire du logiciel. Toute différence déclenche automatiquement des vérifications pour trouver son origine.

Pour la pharmacie de garde, deux agents se relayent pour assurer la garde une semaine sur deux. Le stock détenu à ce niveau est standard. Chaque début de semaine, elle est approvisionnée mais peut commander des suppléments en cas de rupture de stock à son niveau.

Chaque lundi matin les deux agents se rencontrent pour la passation des consignes et font ensemble l'inventaire et le confrontent avec l'inventaire du logiciel. Toute différence doit être justifiée par l'agent ayant assuré la garde durant la semaine écoulée.

Il est à signaler que la pharmacie de garde ne dispose pas d'un poste informatique. Les bons de commande, exécutés chaque jour sont saisis le lendemain matin et ceux du week-end le lundi matin. Il s'ensuit que les livraisons effectuées par la pharmacie de garde ne sont pas sanctionnées par un bon de livraison. Le bon de commande qui comporte les quantités commandées et celles livrées, fait foi.

1.1.6. La distribution.

⇒ Les modes de distribution.

La pharmacie livre les produits aux services selon deux modes de distribution : La distribution globale et la distribution nominative.

✓ La distribution globale.

La distribution globale consiste à livrer aux services, les médicaments et dispositifs médicaux à l'avance, sur présentation d'un bon de commande. La livraison ici s'opère avant la prescription.

Les produits livrés sont ensuite stockés au niveau du service et délivrés au fur et à mesure au personnel soignant qui les administre suite à une prescription médicale.

Les bons de commande sont de deux types :

- Le "bon de commande hebdomadaire" (BCH) qui permet au service de commander les produits dont il a besoin pour une durée d'une semaine. La

pharmacie désigne pour chaque service le jour de la semaine où il sera livré. Le bon de commande dûment signé par le chef de service, doit parvenir à la pharmacie au moins 24 heures à l'avance pour permettre à la pharmacie de préparer à temps la livraison et éviter les attentes et les retards de livraison.

Ces bons de commande hebdomadaire ne sont pas honorés par la pharmacie de garde.

- Le "bon pour complément pharmaceutique" (BCP) permet au service de commander à n'importe quel moment les produits dont il a besoin et qui ne sont plus disponibles dans son stock.

La livraison se fait juste après le dépôt du bon de commande dûment signé par le chef de service.

✓ La distribution nominative.

Ce mode de distribution consiste à délivrer des médicaments ou des dispositifs médicaux à un patient et non au service, qui ne joue ici qu'un rôle d'intermédiaire entre la pharmacie et le patient, et ce sur présentation d'une "ordonnance des produits à délivrance nominative" (OPDN) qui porte le nom et le numéro d'entrée du patient, la désignation du produit, la posologie, les indications thérapeutiques, datée et signée par le chef de service.

Ce mode de distribution intervient après la prescription et est réservé aux produits dits onéreux :

Les médicaments onéreux sont ceux dont le prix d'une unité de prise (un comprimé, une ampoule injectable...) est égal ou supérieur à 50DHS.

Les DM onéreux sont ceux dont le prix unitaire est égal ou supérieur à 100DHS.

En principe ces produits onéreux ne sont pas détenus par les services, mais on tolère l'existence d'un stock tampon très réduit dans certains services, notamment les urgences pour les besoins des équipes de nuit. Mais toute consommation doit être justifiée par une ordonnance nominative.

Les carnets des BCH, BCP et OPDN, sont numérotés et établis en double exemplaire, ils sont distribués par la pharmacie et répertoriés sur un registre spécial.

Les carnets épuisés sont présentés au major de la pharmacie, qui s'assure de leur épuisement avant de leur fournir un nouveau carnet, ceci pour éviter que les services, utilisent deux carnets en même temps.

Les carnets épuisés sont ensuite conservés par les services.

⇒ **Les statistiques de distribution pour 2003 :**

TABLEAU N° 6 : Bilan de la distribution en 2003.

Les produits.	valeur du stock annuel en DHS	Le montant distribué en DHS.	Le stock fin d'année en DHS
Les médicaments	12 063 857	8 135 676	3 928 181
Les solutés massifs	5 434 415	4 465 704	968 711
Les dispositifs médicaux	10 170 941	7 021 250	3 149 691
Les fils chirurgicaux	6 424 421	4 235 276	2 189 145
Les préparations	56 535	56 535	-
Totaux.	34 150 169	23 914 441	10 235 728

La pharmacie a distribué en 2003, l'équivalent de 24 millions DHS en médicaments et dispositifs médicaux à l'ensemble des services de l'hôpital, ce qui correspond en moyenne à 65 500 DHS par jour.

Globalement la pharmacie a distribué 70% de son stock annuel en valeur, ce qui correspond au stock de roulement, le stock de sécurité représente quant à lui 30% du stock annuel en valeur.

Les critères de détermination des quantités à livrer aux services.

⇒ Les commandes hebdomadaires.

La réponse à cette question est toujours la même quelque soit la qualité de la personne interrogée : c'est le stock disponible.

Ce qui est sur c'est que, ni le montant des commandes, ni celui des livraisons n'est pris en compte. On raisonne exclusivement en quantité et de ce fait la quantité disponible dans le stock de la salle de distribution est très déterminante mais seulement lorsque le niveau du stock est bas. Quand ce n'est pas le cas, les critères deviennent flous.

Les produits et les quantités commandées ne sont pris en considération, que pour connaître les produits demandés. Quant aux quantités commandées, le personnel de la pharmacie affirme qu'elles sont exagérées et n'en tient pas compte.

En réalité, le personnel chargé de la distribution doit répartir la dotation hebdomadaire qu'il reçoit sur l'ensemble des services. Pour s'en sortir chacun donne une quantité standard à chaque service. Pour cela il consulte soit une liste préétablie (c'est le cas de la salle des solutés massifs) soit la livraison précédente. Habitué à la longue à cette façon de faire, le personnel a fini par mémoriser les quantités à livrer à chaque service.

Ainsi, la distribution hebdomadaire peut être assimilée à une dotation standard décidée par la pharmacie, indépendamment des quantités commandées par les services et exécutée, de manière routinière par le personnel chargé de la distribution.

⇒ Les compléments pharmaceutiques.

Les compléments pharmaceutiques obéissent à la même règle car, les services n'ont pas recours à ce type de commande suite à une rupture de stock ou à un besoin pressant mais beaucoup plus pour obtenir davantage de produits et compenser les quantités non livrées lors de la dotation hebdomadaire.

⇒ L'ordonnance des produits à délivrance nominative.

Ces ordonnances sont vérifiées par l'un des pharmaciens pour s'assurer qu'elles comportent toutes les indications nécessaires, sinon elles sont retournées au service pour être complétées. Lorsqu'elles sont conformes la pharmacie délivre la totalité des quantités demandées sauf si le stock disponible ne le permet pas.

1.2. Le processus de gestion au niveau des services des urgences.

1.2.1. Analyse des commandes et livraisons 2003 :

1.2.1.1. Les médicaments utilisés par les services des urgences.

Les médicaments utilisés selon les données de la consommation en 2003, sont au nombre de 82 pour l'UPM et 87 pour l'UPC.

Tableau N° 7 : Répartition des médicaments par forme pharmaceutique :

Forme pharmaceutique	UPM (Nombre de spécialités)	UPC (Nombre de spécialités)
Injectables.	71	74
Perfusions (solutés massifs)	7	7
nébulisation	1	1
Solution à usage externe	3	3
Autres.	1	2
Total.	82	87

Les injectables sont utilisés presque exclusivement vu le caractère urgent des patients de ces services. Ceci crée des besoins supplémentaires en DM notamment les seringues à usage unique, les perfuseurs et les gants pour le personnel.

1.2.1.2. Les dispositifs médicaux utilisés dans les services des urgences

147 types de DM ont été utilisés par l'UPC en 2003 et seulement 84 par l'UPM. Ceci s'explique par la nature des soins dispensés par l'UPC.

Le tableau suivant donne leur répartition par type.

Tableau N°8 : Classification des différents types de DM utilisés en 2003.

TYPE DE DM	UPM (Types d'articles)	UPC (Types d'articles)
SONDES	13	42
FILS CHIRURGICAUX	11	30
SERINGUES/AIGUILLES	13	13
GAZES/COTON/SPARADRAP	10	9
GANTS	9	9
Drains.	-	10
CATHETERS	3	5
PLATRE/ TISSU JERSEY	-	7
PERFUSEURS/TRANSFUSEURS	3	3
KITS	2	3
DIVERS	20	16
TOTAL.	84	147

1.2.1.3. La détermination des besoins du service.

La détermination des besoins du service en médicaments et DM ne se base sur aucune information fiable relative à la consommation ou à la prescription.

Les fiches de stock étant inexistantes, le 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 en dispose déjà d'un stock suffisant.

Les données de la prescription sont disponibles dans le double des ordonnances prescrites pour les patients externes mais ne sont pas exploitées. Pour les patients hospitalisés, les données de la prescription et de l'administration des médicaments sont enregistrées sur les fiches de température, mais ces fiches partent avec les patients vers les services d'accueil.

Pour les produits onéreux, ce sont les médecins qui déterminent les besoins d'un patient nommé et identifié par son numéro d'entrée, qu'ils transmettent à la pharmacie de l'hôpital par l'intermédiaire de l'OPDN. ceci est valable aussi bien pour les médicaments que pour les DM.

Ainsi, hormis les produits onéreux, il est très difficile de savoir jusqu'à quel degré la commande du service, reflète les besoins réels.

1.2.1.4. Le taux de couverture des commandes par les livraisons.

Les médicaments.

Tableau N° 9: Comparaison des commandes avec les livraisons des médicaments en 2003.

MEDICAMENTS.	UPM	UPC	TOTAUX
VALEUR DES COMMANDES (DHS)	1 294 000	3 707 000	5 001 000
VALEUR DES LIVRAISONS(DHS)	499 000	1 620 000	2 119 000
TAUX DE COUVERTURE	38.6%	43.7%	42.4%

Le taux de couverture global est de 42% (39% à l'UPM et 44% à l'UPC).
Il varie en fonction des médicaments de 4,35 à 100% à l'UPM et de 20 à 100% à l'UPC.

Ceci montre le grand écart qui existe entre les quantités commandées par les services et les quantités livrées par la pharmacie de l'hôpital. Mais, globalement, l'UPC consomme plus de médicaments que l'UPM, sa dotation est trois fois supérieure à celle de l'UPM en valeur.

La part de consommation des services des urgences en médicaments.

La consommation des deux services en 2003 qui est de 2 119 000 DHS représente 16,7% de la consommation globale de l'hôpital qui était de 12 658 000 DHS (tableau N°6)

Les dispositifs médicaux.

Tableau N°10 : Comparaison des commandes avec les livraisons des DM en 2003.

DM	UPM	UPC	TOTAUX
VALEUR DES COMMANDES (DHS)	708 250	3 707 000	4 415 250
VALEUR DES LIVRAISONS(DHS)	143 000	1 623 000	1 766 000
TAUX DE COUVERTURE	20.2%	43.8%	40%

Pour les DM, on remarque aussi la grande différence entre les commandes et les livraisons. Le taux de couverture est de 40% dans l'ensemble mais seulement de 20% pour l'UPM. L'UPC consomme plus de DM sa dotation est 11 fois supérieure.

La part de consommation des services des urgences en DM..

La consommation des deux services qui est de 1 766 000 DHS représente 15,7% de la consommation globale de l'hôpital qui était de 11 256 500DHS(tableau N°6).

1.2.1.5. Le taux de couverture en fonction du mode de distribution.

La comparaison des taux de couverture des commandes des médicaments et DM, en fonction des quantités commandées et des quantités livrées n'ont donné aucun résultat significatif. Par contre ce taux est nettement supérieur pour les produits onéreux que pour les autres produits qui sont distribués de manière globale.

Tableau N°11 :Comparaison des taux de couverture des commandes entre les produits onéreux et les autres.

	Médicaments.		DM	
	Onéreux	Autres	Onéreux	Autres
Valeur commandes 2003 (DHS)	302 000	4 699 000	279 250	4 136 000
Valeur livraisons 2003 (DHS)	208 500	1 910 500	189 200	1 576 800
Taux de couverture	69 %	40.6%	68%	38%

Les médicaments onéreux, représentent à peine 10% de la consommation annuelle des deux services en médicaments et sont couverts à hauteur de 69% contre 41% pour le reste.

Les DM onéreux, représentant près de 11% de la consommation sont nettement mieux couverts (68%) que les autres DM (38%)

On constate ainsi, une différence très significative du taux de couverture des commandes entre les produits onéreux et le reste des médicaments.

Ceci est du au mode de distribution nominative pour les produits onéreux. Les bons de commande sont des ordonnances qui reflètent les besoins réels des patients. Ces ordonnances sont ensuite analysées par un pharmacien résidant ce qui fait que la pharmacie ne peut que délivrer la totalité des quantités commandées à moins de détecter des erreurs de prescription lors de l'analyse de l'ordonnance ou d'indisponibilité du produit demandé.

Les quantités non délivrées sont dues à 3 causes principales:

- ⇒ Rupture de stock.
- ⇒ Durée de traitement excessive.
- ⇒ Posologie inadéquate.

Pour les autres produits livrés selon le mode de distribution globale, la commande ne se base pas sur la demande des prescripteurs, établie par le responsable de la pharmacie, elle ne reflète pas forcément les besoins réels du service, ne fait l'objet d'aucune analyse par les pharmaciens ce qui fait que finalement le taux de couverture est le résultat des décisions du personnel de distribution qui ne prennent en considération que le stock dont ils disposent et livrent généralement, les mêmes quantités aux services chaque semaine.

Ainsi on peut affirmer que la distribution nominative couvre mieux les besoins des services et des patients que la distribution globale. Malheureusement elle n'est applicable qu'aux produits onéreux qui ne représentent finalement que 10% de la consommation des deux services.

1.2.2. Réception, stockage et gestion des stocks.

1.2.2.1. Les responsables du stock du service.

Le cas de l'UPM.

Le major du service et son adjoint sont les deux responsables du stock et de sa gestion. Ils travaillent selon l'horaire continu, le major de 8h00 à 14h00 et l'adjoint de 14h00 à 20h00.

Le cas de l'UPC.

Deux infirmiers sont responsables du stock : une infirmière affectée à plein temps à la pharmacie, travaille de 8h00 à 14h00 ensuite, un infirmier s'occupe de la pharmacie de 14h00 à 20h00 mais participe aussi aux soins avec son équipe.

1.2.2.2. La réception.

Les produits livrés par la pharmacie de l'hôpital ne sont pas contrôlés systématiquement à la réception, mais lorsqu'une différence est constatée, la pharmacie livre les quantités manquantes. La confiance est donc de règle entre les deux services et la pharmacie de l'hôpital.

Les produits livrés sont toujours accompagnés d'un bon de livraison, émis par le logiciel de la pharmacie, et signé par l'agent chargé de ramener les produits au service. Mais lorsqu'il s'agit de produits livrés par la pharmacie de garde, les quantités livrées sont portées sur une colonne prévue à cet effet sur le bon de commande.

1.2.2.3. Le stockage.

Le stockage se fait dans des armoires métalliques placées dans le bureau du major à l'UPM et dans un petit local qui sert de pharmacie à l'UPC. 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 de l'UPM est réservé au major et à son adjoint. Par contre, l'accès à la pharmacie de l'UPC est très facile, presque tout le personnel y accède et prend les produits de ses propres mains.

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.

1.2.2.4. La gestion des stocks.

Il n'y a pas à proprement parler de gestion des stocks ni à l'UPM ni à l'UPC. Les mouvements du stock ne sont pas enregistrés. Pas de fiches de stock, ni main courante, ni registre. Par conséquent aucune comptabilité concernant la consommation réelle n'existe, et aucun moyen pour connaître les niveaux de stock minimum et maximum dans les deux services.

L'approvisionnement se fait une fois par semaine pour les médicaments et les DM sauf pour l'UPC qui préfère commander les médicaments chaque jour.

Les compléments sont demandés de façon régulière par les deux services chacun à son rythme, au moins trois fois par semaine pour l'UPM et quotidiennement à l'UPC.

Pour les produits onéreux, les deux services les commandent au moment du besoin, mais pour les équipes de nuit, ils disposent d'un petit stock délivré à l'avance par la pharmacie de l'hôpital, mais toute consommation durant la nuit doit être justifiée par une ordonnance.

1.2.3. La délivrance des produits au personnel soignant.

Le cas de l'UPM.

Le service fonctionne avec quatre équipes selon l'horaire 12/36. Chaque chef d'équipe reçoit une dotation pour une semaine qu'il garde dans une armoire qui ferme à clef et approvisionne, quand il est en service, deux chariots : un pour la salle de soins et un pour les salles d'observation et d'isolement.

En cas de besoin, il peut demander un complément au major. Ce dernier, répartit la dotation hebdomadaire en cinq parts et en garde une qu'il réserve pour donner des compléments aux équipes qui le demandent.

Le cas de l'UPC.

La pharmacie délivre les produits quotidiennement aux équipes. Pour les équipes du jour, elle délivre les produits aux infirmiers qui travaillent dans chaque salle. Pour les équipes de nuit elle délivre la dotation aux chefs d'équipes.

Pour l'équipe de jour, chaque salle reçoit une petite dotation le matin pour démarrer, le personnel de chaque salle peut demander par la suite, des compléments en cours de journée.

La dotation pour l'équipe de la nuit est préparée durant l'après midi et déposée dans une armoire qui leur est réservé.

La particularité de la pharmacie de l'UPC, c'est qu'elle s'approvisionne chaque semaine en DM mais quotidiennement en médicaments. C'est pourquoi, en début de matinée, elle ne peut délivrer qu'une petite dotation en médicaments, d'ailleurs très réduite, en attendant sa livraison du jour.

Les mouvements du personnel entre les unités de soins et la pharmacie sont nombreux et très remarquables durant le matin, d'autant plus que l'heure de réception des produits est toujours incertaine du fait que la pharmacie de l'hôpital est prise d'assaut le matin par tous les services de l'hôpital.

Ce retard d'approvisionnement, occasionne des attentes pour les patients externes et décale les horaires d'administration des médicaments aux patients hospitalisés,

En conclusion, nous sommes devant deux méthodes de délivrance des produits aux équipes de soins qui ne diffèrent au fond que par la fréquence:

⇒ **Fréquence hebdomadaire à l'UPM :**

Cette fréquence est la même que celle de l'approvisionnement du service. Elle est avantageuse pour le major et son adjoint car elle les dispense des charges quotidiennes d'approvisionnement des équipes. Mais, les produits ne font que

transiter par la pharmacie du service ce qui rend cette dernière presque inutile surtout qu'aucun enregistrement des mouvements n'est effectué. Plus que ça, elle prélève une partie de la dotation du service qu'elle garde. Cette part prélevée chaque semaine, ajoutée au stock déjà existant, constitue un véritable stock de sécurité qui en principe, ne doit pas exister ou ne doit pas dépasser du moins, la consommation moyenne pour une nuit, vu l'existence d'une pharmacie de garde à l'hôpital.

⇒ **Une fréquence quotidienne à l'UPC.**

Là, nous sommes devant deux méthodes :

Le cas des médicaments : fréquence quotidienne qui est similaire à la fréquence d'approvisionnement du service. Elle constitue une grande charge de travail pour le responsable de la pharmacie.

Le problème ici réside dans la fréquence quotidienne d'approvisionnement du service qui occasionne des retards et rend les produits indisponibles momentanément mais chaque jour.

Le cas des DM : le service s'approvisionne chaque semaine et délivre les produits quotidiennement au personnel soignant. Cette méthode nous paraît la plus adéquate, car elle permet au service d'avoir un stock qui le rend autonome vis à vis de la pharmacie durant la semaine ou du moins durant plusieurs jours. Elle diminue la charge de travail liée aux commandes quotidiennes et permet au responsable de la pharmacie de s'occuper davantage de son stock et de l'approvisionnement quotidien des équipes de soins.

2. L'administration des médicaments aux patients.

C'est à ce niveau qu'on peut apprécier la couverture des besoins en médicaments et dispositifs médicaux, l'enquête effectuée auprès des patients a donné les résultats suivants :

2.1. La couverture des besoins en médicaments.

Taux de couverture/ patient.

Tableau N°12: Répartition des patients selon le taux de couverture des besoins.

	Couverture à 100%		Couverture partielle.	
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%
UPM	63	70%	27	30%
UPC	36	50%	36	50%
Totaux.	99	61 %	63	39 %

99 patients ont reçu la totalité du traitement prescrit soit 61% des patients : 70% à l'UPM et 50 % seulement à l'UPC, ceci est dû au taux de prescription hors nomenclature qui est plus élevé à l'UPC.

Pour **53 patients** la prescription comportait au moins un médicament hors nomenclature, soit 33 % des patients : 23 % à l'UPM et 44,4% à l'UPC. Le nombre de médecins qui est plus important à l'UPC(19) que celui de l'UPM(4). est l'un des facteurs explicatifs de cette différence entre les deux services.

Enfin pour les médicaments de la nomenclature, **10 patients** n'ont reçu qu'une partie des doses prescrites soit 6% des patients : 6,6% à l'UPM et 5,6% à l'UPC. Ce résultat est dû au fait que l'UPM est moins doté que l'UPC en médicaments.

On constate ainsi, que les besoins des patients sont mieux satisfaits au niveau de l'UPM que celui de l'UPC.

Taux de couverture par médicament.

Tableau N°13 : Répartition des médicaments selon le taux de couverture.

TAUX DE COUVERTURE	100%		0 %		Partiel	
	nombre de médicaments	%	nombre de médicaments	%	nombre de médicaments	%
UPM	195	75%	56	21%	10	4%
UPC	99	63%	50	32%	8	5%
Totaux.	294	70%	106	25%	18	5%

294 médicaments ont été fournis en totalité aux patients soit 70% des médicaments : 75 % à l'UPM et 63% à l'UPC.

106 médicaments n'ont pas été fournis aux patients, soit 25% des médicaments (21 % à l'UPM et 32% à l'UPC)

18 médicaments ont été fournis en partie, soit 5 % des médicaments (4 % à l'UPM et 5% à l'UPC)

On constate que les besoins par médicament sont mieux satisfaits à l'UPM qu'à l'UPC.

Taux de couverture en valeur. (pour les médicaments de la nomenclature)

Tableau N°14 : Taux de couverture des besoins en valeur des médicaments de la nomenclature.

	UPM	UPC	TOTAUX
Valeur des besoins (DHS)	7300	5860	13160
Valeur des besoins couverts (DHS)	3420	3650	7070
Nombre de patients	90	72	162
Valeur des besoins d'un patient (DHS)	81,10	81,40	81,20
Valeur des besoins couverts pour un patient (DHS)	38	50,70	43,60
TAUX DE COUVERTURE	47%	62%	54%

Ce tableau montre que l'hôpital ne couvre que **54%** des besoins en valeur des patients admis aux urgences sans compter les médicaments hors nomenclature. Ceci montre que la rupture de stock touche particulièrement les médicaments chers.

La valeur moyenne des besoins d'un patient est identique dans les deux services, soit 81 DHS, mais à l'UPC les besoins en valeur sont mieux couverts qu'à l'UPM (62% à l'UPC contre 47% à l'UPM) ceci n'est valable que pour les médicaments de la nomenclature alors qu'en réalité, les patients admis à l'UPC, achètent 2 fois plus de médicaments hors nomenclature que ceux admis à l'UPM.

Conclusion.

Les besoins par médicament, exprimés en quantité sont couverts à 70 %. 25% ne sont pas couverts et 5% sont couverts partiellement. (tableau N° 13)

Les besoins en valeur sont couverts à 54% pour les médicaments de la nomenclature.(tableau N° 14)

61% des patients reçoivent la totalité des médicaments prescrits. 39% ne reçoivent qu'une partie et doivent acheter au moins un médicament.(tableau N° 12)

La couverture des besoins par patient, exprimée en quantité, est meilleure au niveau de l'UPM comparée à l'UPC, mais en valeur, ce dernier couvre mieux les besoins par patient en ce qui concerne les médicaments de la nomenclature (tableaux N° 12 et 14)

2.2. La couverture des besoins en dispositifs médicaux.

Pour les patients sélectionnés, les besoins en DM ont été couverts à 100%. Aucun patient n'a été sollicité pour acheter un quelconque article et tous les articles et réclamés ont été fournis.

Lors de cette enquête, il a été remarqué un usage abusif des seringues à usage unique de 5ml quel que soit le volume à injecter, alors que parfois une seringue de 2,5 ml aurait suffi.

De même, dans la salle de déchocage, plusieurs médecins ou infirmiers mettent des gants stériles alors qu'ils n'interviennent pas tous sur le patient.

Les DM utilisés :

⇒ Sur le plan qualitatif.

22 types de DM ont été utilisés pour les besoins des patients sélectionnés.

8 seulement au niveau de l'UPM et 22 à l'UPC.

⇒ Sur le plan quantitatif.

590 articles ont été consommés pour les besoins des 162 patients, soit une moyenne de 3.6 articles par patient. L'UPC consomme un article de plus par patient, que l'UPM. Un patient consomme à l'UPM l'équivalent de 3 DHS en DM tandis qu'à l'UPC, il consomme l'équivalent de 49.25 DHS.

Tableau N°15 : Répartition de la consommation des DM par service.

DM	UPM	UPC	TOTAUX
NOMBRE DE DM	288	302	590
VALEUR EN DHS	271.43	3545.88	3817.31
NOMBRE DE PATIENTS	90	72	162
NOMBRE MOYEN PAR PATIENT.	3.2	4.2	3.6
CONSOMMATION MOYENNE /PATIENT EN DHS	3.00	49.25	23.56

La répartition de la consommation, par type de patients montre que 74% des articles ont été utilisés pour les besoins des patients hospitalisés.

Tableau N°16 : Répartition de la consommation des DM par type de patients.

	UPM	UPC	TOTAUX	%
Patients externes.	40	112	152	26 %
Patients hospitalisés.	248	190	438	74 %
TOTAUX	288	302	590	100%

3. les facteurs explicatifs de la couverture des besoins

3.1. La prescription :

⇒ Sur le plan qualitatif :

La liste des médicaments prescrits comporte 64 spécialités dont 26 sont hors nomenclature soit 40% de la liste.

⇒ Sur le plan quantitatif :

418 médicaments ont été prescrits à 162 patients,

Le nombre moyen de médicaments prescrits par patient est de 2,6 (2,9 à l'UPM et 2.2 à l'UPC).

Tableau N°17 : Nombre moyen de médicaments par service et par patient.

	UPM	UPC	Totaux.
Nombre de médicaments prescrits	261	157	418
Nombre de patients	90	72	162
Nombre médicaments/patient	2.9	2.2	2.6

Au niveau de l'UPM, le nombre de médicaments prescrits varie de 1(13 patients) à 11(2 patients) mais le plus fréquent est 2 (102 patients).

Au niveau de l'UPC ce nombre varie de 0 (13 patients) à 6 (2 patients), la fréquence la plus observée se situe entre 2 à 4 médicaments (48 patients)

En général, le nombre de médicaments prescrits par patient ne dépasse pas 6 pour les patients externes, et 11 pour les patients hospitalisés.

La quasi-totalité des médicaments de la nomenclature est prescrite sous forme injectable, la majorité des médicaments hors nomenclature sous forme orale.

La prescription hors nomenclature.

La liste des médicaments prescrits comporte 26 médicaments hors nomenclature sur un total de 64, soit 40% de la liste, mais la fréquence de leur prescription est de 21% soit un médicament sur cinq. ce qui permet de conclure que les médicaments de la nomenclature répondent dans 79% des cas à la demande des prescripteurs.

Tableau N°18 : La fréquence de la prescription hors nomenclature

	Nombre de médicaments	%
Médicaments de la nomenclature	330	79 %
Médicaments hors nomenclature	88	21 %
Totaux.	418	100 %

La prescription hors nomenclature a touché 33% des patients soit 1 patient sur 3. cette proportion est deux fois supérieure pour les patients externes (22%) que pour les hospitalisés(11%)

les patients les plus touchés sont les patients externes de l'UPC (49% des patients touchés) suivis par les patients hospitalisés à l'UPM (22,6%)

Tableau N°19 : Proportion des patients touchés par la prescription HN

	patients externes	Patients hospitalisés.	Totaux.
patients UPM	9	12	21
patients UPC	26	6	32
Total patient.	35	18	53
% des patients	22%	11%	33%

Cette prescription hors nomenclature constitue une limite pour satisfaire la totalité des besoins des patients.

En effet, si 33% des patients doivent acheter des médicaments hors nomenclature, la performance maximale que les deux services peuvent réaliser est la satisfaction totale des besoins de 67 % des patients, elle est actuellement de 61% selon les résultats de l'enquête. L'écart à combler par les deux services est de 6% des patients qui n'ont pas reçu la totalité des médicaments de la nomenclature qui leur a été prescrite.

En terme quantitatif, le nombre de médicaments HN prescrit aux patients sélectionnés est de 88 médicaments sur un total de 418, soit 21% des médicaments prescrits.

Selon ce constat, la performance maximale qui peut être réalisée est la couverture totale de 79% des besoins par médicament, elle est de 70% selon les résultats de l'enquête. Soit un écart de 9% des médicaments qui ne sont pas délivrés en totalité aux patients.

En conclusion, la prescription sollicite la participation de 33% des patients, pour contribuer au financement de 21% des médicaments prescrits.

Les deux services ne couvrent que partiellement les besoins pour 9% des médicaments achetés par l'hôpital et ne fournissent pas la totalité du traitement prescrit à 6% des patients.

La part des besoins en médicaments de la nomenclature qui ne sont pas couverts par l'hôpital est estimée à 46% en valeur.

3.2. La disponibilité des médicaments de la nomenclature.

Le nombre de médicaments de la nomenclature, prescrit à l'échantillon de patients est de 38 médicaments.

31 médicaments étaient disponibles, ce qui a permis de couvrir la totalité des besoins pour 99 patients (61%)

2 médicaments étaient en rupture de stock au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

5 médicaments n'étaient pas disponibles tout le temps au niveau des services. Parmi eux, 3 étaient proches de la rupture de stock au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

En conclusion, 10 patients (soit 6%) n'ont pas reçu la totalité des médicaments de la nomenclature qui leur a été prescrite, faute de disponibilité des médicaments au niveau des 2 services..

7 médicaments sur 38 étaient indisponibles au moment du besoin soit 1 médicament sur 5.

L'indisponibilité de ces médicaments a fait que les besoins en médicaments de la nomenclature n'ont été couverts qu'à hauteur de 54% en valeur.



QUATRIEME PARTIE

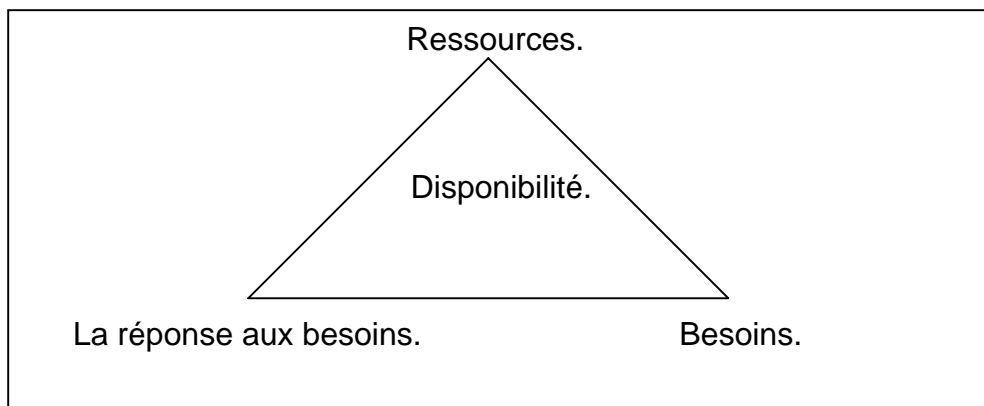
ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Analyse et interprétation des résultats.

Le problème à l'étude a été défini comme étant un écart entre les besoins tels qu'ils sont définis par les prescripteurs (médicaments) et dispensateurs de soins (dispositifs médicaux) et la disponibilité des produits pharmaceutiques, assurée par le système d'approvisionnement.

Pour que les produits soient disponibles à tout moment et en quantité suffisante, le système d'approvisionnement a besoin de connaître quels sont ces besoins ensuite il doit disposer de ressources financières suffisantes pour pouvoir élaborer la réponse adéquate à ces besoins.

La disponibilité ne peut être assurée que s'il existe un équilibre entre les besoins, la réponse aux besoins et les ressources financières.



Les besoins en médicaments sont déterminés par la prescription, ensuite c'est le personnel soignant qui met en œuvre ses décisions lors de l'administration. Tandis que la réponse aux besoins est élaborée globalement pour l'ensemble de l'hôpital lors de la sélection puis mise en œuvre d'abord par l'acquisition et ensuite par toute la chaîne de distribution depuis la pharmacie de l'hôpital jusqu'aux patients.

C'est pourquoi nous examinerons dans ce qui suit, la sélection et la prescription en tant qu'étapes de décisions puis nous examinerons le reste en tant qu'étapes de mise en œuvre.

Nous allons comparer tout au long de cette analyse, les produits onéreux au reste des produits car ils ne sont pas gérés de la même manière. La gestion des produits onéreux est à considérer comme une référence.

Enfin, nous ferons ressortir à la lumière de cette analyse, les éléments qui ont une influence négative sur la disponibilité des produits pharmaceutiques et nous proposerons par la suite quelques suggestions pour améliorer la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau des structures d'accueil des urgences..

1. Les étapes de décision.

1.1. La prescription.

La prescription est l'étape qui détermine les besoins réels en médicaments pour les patients. Elle se fait patient par patient en se basant sur la pathologie diagnostiquée et sélectionne les médicaments à prescrire loin de toute contrainte budgétaire. Les objectifs visés ici ne peuvent être atteints que si le patient prend la totalité des médicaments prescrits selon la posologie indiquée.

Selon les résultats de l'étude, seuls 61% des patients ont reçu la totalité des médicaments prescrits et par conséquent la réponse aux besoins reste donc insuffisante pour 39% des patients.

Les causes sont dues à la prescription hors nomenclature qui représente 21% des médicaments prescrits aux patients sélectionnés, soit un médicament sur cinq. Ensuite, viennent les ruptures de stock qui ont touché 9% des médicaments prescrits.

On constate ainsi que c'est la prescription qui est responsable en premier lieu de la non-couverture des besoins des patients en médicaments.

1.2. La sélection.

L'hôpital Ibn Sina a un comité des médicaments et des dispositifs médicaux, chargé de sélectionner les produits à acheter et à distribuer dans l'hôpital.

Le choix qualitatif.

Le choix se fait à partir de la nomenclature du CHU mais, il n'est pas accompagné de directives cliniques, pour préciser aux prescripteurs pour quelle utilisation chaque médicament a été sélectionné.

Les résultats de l'étude ont révélé que la liste des médicaments prescrits aux patients sélectionnés est composée à 60% seulement des médicaments de la nomenclature et que la fréquence de prescription des médicaments hors nomenclature est de 21% soit un médicament sur cinq.

On constate ainsi, que déjà sur le plan qualitatif, il est impossible de satisfaire tous les besoins même si le budget est suffisant.

La détermination des quantités.

La détermination des quantités en l'absence de schémas standards de traitement, se fait sur la base des quantités livrées aux services, qui restent la seule information fiable disponible au niveau de la pharmacie de l'hôpital.

Les quantités commandées qui sont aussi comptabilisées par la pharmacie, ne reflètent pas toujours les besoins réels des services sauf pour les produits onéreux qui sont commandés directement par les prescripteurs.

En se basant uniquement sur les données de la distribution, l'hôpital ne fait que reproduire le même exercice surtout lorsque le budget reste le même.

Donc l'absence d'information en retour, sur les besoins réels des services ne permet pas à l'hôpital de corriger ses prévisions pour mieux répondre aux besoins des services.

En conclusion, on peut dire qu'au niveau décisionnel, il y'a un écart entre les besoins tels qu'ils sont déterminés lors de la prescription et ceux déterminés lors de la sélection qui est du principalement, à la non-transmission des données de la prescription à la pharmacie de l'hôpital comme cela se fait pour les produits onéreux.

2. Les étapes de mise en œuvre.

2.1. L'acquisition.

L'acquisition est la première étape de mise en œuvre des décisions de la sélection et qui se limite à l'achat.

L'hôpital a opté depuis 2003 pour un marché cadre d'une durée de 3 ans. Ce type de marchés permet à l'hôpital de mieux planifier et maîtriser ses dépenses à court terme, de réduire les incertitudes liées à la variation des prix du marché et de réaliser des économies de temps et de frais liés aux appels d'offres.

Les marchés cadres permettent aussi d'instaurer des relations de confiance avec les fournisseurs ce qui se traduit par un meilleur approvisionnement, une réduction des retards de livraison et par conséquent une meilleure disponibilité des produits pharmaceutiques.

2.2. La distribution.

La distribution est la deuxième étape de mise en œuvre des décisions de la sélection. Les produits et les quantités à distribuer étant déterminés de manière globale pour tout l'hôpital, la sélection ne précise pas comment il faut répartir ces quantités dans le temps et entre les services.

La pharmacie de l'hôpital qui travaille en étroite collaboration avec le COMEDIM, est chargée de distribuer les produits achetés sur toute l'année tout en veillant à être équitable dans leur répartition entre les services.

En l'absence de toute programmation de la mise en œuvre, seules les commandes des services peuvent guider la pharmacie dans cette répartition, mais ces commandes ne reflètent pas toujours les besoins réels des services et ne sont donc d'aucun secours pour elle.

La pharmacie s'est organisée en conséquence, pour répartir son stock en 2 niveaux. Le premier niveau constitué par les magasins et le deuxième niveau par les salles de distribution et la pharmacie de garde.

Les magasins gèrent le stock annuel et contrôlent la répartition dans le temps à travers les dotations hebdomadaires qu'ils livrent au niveau inférieur, et les salles

de distribution avec la pharmacie de garde, gèrent un stock d'une semaine et contrôlent la répartition entre les services.

La pharmacie livre les produits aux services selon deux modes de distribution :

- ⇒ **Une distribution nominative** pour les produits onéreux ou le bon de commande est une ordonnance transmise directement à la pharmacie. Pour ce mode de distribution les critères sont clairs, les quantités livrées correspondent aux besoins réels des patients, ces besoins sont vérifiés, validés et éventuellement corrigés par les pharmaciens résidents.
- ⇒ **Une distribution globale** qui permet aux salles de distribution de répartir les produits entre les services, à travers des dotations hebdomadaires presque standards qui constituent en quelque sorte un minimum à livrer aux services, puis elles livrent des compléments selon la demande des services pour ajuster les livraisons aux besoins des services.

Cette organisation et ces modes de distribution permettent théoriquement de répartir les produits en fonction des besoins de chaque service mais à condition que les commandes expriment les besoins réels des services, ce qui n'est pas le cas, si l'on excepte les ordonnances nominatives.

C'est à ce niveau que l'écart entre les besoins et la réponse aux besoins se creuse faute d'informations fiables sur les besoins de chaque service.

2.3. Les commandes.

La commande est le moyen par lequel le service exprime ses besoins à l'occasion de chaque approvisionnement. Les besoins étant déterminés par les prescripteurs, son rôle consiste à regrouper les besoins des patients en besoins du service et de les transmettre à la pharmacie de l'hôpital. Seules les ordonnances nominatives remplissent ce rôle, par contre les bons de commande hebdomadaire et les compléments pharmaceutiques ne se basent ni sur les données de la prescription ni sur les données de la consommation réelle du service. Les doubles

des ordonnances délivrées aux patients externes ne sont pas exploités, les fiches de température des patients hospitalisés ne sont pas conservées, il s'ensuit que la seule information disponible au niveau du service est constituée par les doubles des bons de commandes et les bons des livraisons antérieures. C'est pourquoi les commandes antérieures sont reconduites et ne sont modifiées que lorsque le responsable de la pharmacie remarque en cours de semaine qu'il y'avait une demande plus importante pour un produit par rapport au passé. Le recours au bon complémentaire est devenu routinier pour demander ce qui n'a pas été livré lors de la dotation hebdomadaire.

Un autre aspect important est la fréquence des commandes : L'UPM commande ses produits une fois par semaine par BCH, et demande par la suite des compléments. L'UPC en fait de même pour les DM, mais pour les médicaments il préfère les commander quotidiennement, et ceci exige des délais de livraison qui peuvent être longues parfois ce qui se traduit par de ruptures de stock petites mais fréquentes tous les matins.

2.4. La gestion des stocks.

La pharmacie du service est le troisième point de stockage après les magasins et les salles de distribution de la pharmacie de l'hôpital. Les produits livrés par la pharmacie de l'hôpital ne font que transiter par la pharmacie des deux services, car la fréquence d'approvisionnement du service est la même que la fréquence de délivrance des produits aux équipes de soins.

A l'UPM, la pharmacie reçoit une dotation hebdomadaire et donne aux 4 équipes de soins une dotation hebdomadaire, elle distribue les $4/5^{\text{ème}}$ et garde le $1/5^{\text{ème}}$ de la dotation.

A l'UPC, la pharmacie reçoit une dotation quotidienne en médicaments et la distribue le même jour.

On constate ainsi que le stock du service est dispersé et que chaque pharmacie n'en contrôle qu'une petite partie. En plus ces mouvements ne sont pas enregistrés car il n'y a pas de fiches de stock et par conséquent, on ne peut pas

connaître le niveau minimum des stocks pour éviter les ruptures, ni le niveau maximum du stock pour éviter l'accumulation des stocks, ni la consommation réelle et ses variations dans le temps.

C'est ce manque d'informations qui est à l'origine de l'écart qui existe entre les commandes et les besoins réels des deux services, et sans ces informations il est difficile de savoir si les quantités livrées par la pharmacie de l'hôpital sont suffisantes, insuffisantes ou dépassent les besoins du service.

2.5. Délivrance des produits au personnel soignant.

Le personnel soignant travaille dans des unités de soins différentes, et donc la délivrance des produits doit prendre en considération les besoins spécifiques et l'organisation du travail de chaque unité. A ce niveau, deux points sont à considérer : le mode de distribution et sa fréquence.

Le mode de distribution :

Les deux pharmacies bien qu'elles soient plus proches des besoins des patients que la pharmacie de l'hôpital, elles délivrent les produits au personnel soignant selon les mêmes modes de distribution adoptés par la pharmacie de l'hôpital : distribution nominative pour les produits onéreux et globale pour le reste.

Si la différence entre ces deux modes réside dans le fait que pour la nominative, la distribution se fait après la prescription et pour la globale, elle se fait auparavant, on doit distinguer les différentes unités de soins sur cette même base pour savoir si le personnel d'une unité de soins a besoin de recevoir les produits avant ou après la prescription.

C'est ainsi qu'on peut considérer que la dotation globale est plus adéquate pour la salle de soins, la salle de plâtre et la salle de déchocage. Mais pour la salle d'observation ou le traitement est connu et programmé sur la fiche de température, c'est la distribution nominative qui convient le mieux.

Lorsqu'on examine de plus près les résultats de l'étude, on constate que les médicaments qui n'ont pas été fournis en totalité aux patients (5% des médicaments prescrits) concernent exclusivement les patients hospitalisés dans les salles d'observation.

La fréquence.

Comme indiqué auparavant, les pharmacies des deux services délivrent les produits au personnel soignant avec une fréquence similaire à celle de l'approvisionnement du service, ce qui fait que les produits ne font que transiter par la pharmacie sans y séjourner.

Si l'on revient à la distinction entre les deux modes de distribution, on constate que pour la distribution nominative, les produits doivent simplement transiter par la pharmacie car leur destination finale est connue, alors que pour la distribution globale, cette destination est encore incertaine. Il faut donc, que la pharmacie garde momentanément ces produits en stock pour les répartir au fur et à mesure en fonction des besoins de chaque unité de soins. Or, les besoins au niveau des unités changent au rythme des heures de la journée et c'est pourquoi il faut multiplier suffisamment la fréquence de délivrance des produits pour espérer adapter les quantités délivrées aux besoins réels de chaque unité.

En dernier lieu il faut que la dotation du service arrive suffisamment à l'avance et doit couvrir les besoins pour une semaine afin d'assurer la disponibilité des produits à tout moment au niveau du service.

2.6. L'administration.

L'administration est la dernière étape de la mise en œuvre des décisions de la sélection, mais c'est aussi l'étape de mise en œuvre des décisions de la prescription et elle doit donc concilier les deux approches de détermination des besoins : patient par patient pour la prescription et produit par produit pour la sélection. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de mesurer le taux de couverture selon ces deux types de besoins.

Les résultats de l'étude ont montré finalement que :
61% des patients ont reçu la totalité du traitement prescrit, ce qui veut dire que pour 39% des patients sélectionnés il n'y avait pas d'équilibre entre les besoins et la réponse aux besoins.

70% seulement des médicaments prescrits ont été fournis en totalité aux patients ce qui veut dire que pour 30% des médicaments prescrits il y'avait un déséquilibre entre les besoins et la réponse aux besoins.

Ce déséquilibre s'est manifesté par l'indisponibilité de 30% des médicaments prescrits (21% sont des médicaments hors nomenclature et 9% sont des médicaments de la nomenclature). La responsabilité du déséquilibre incombe donc à la fois aux prescripteurs et au système d'approvisionnement.

Pour les médicaments de la nomenclature, les besoins par patient ont été estimés à 81,20 DHS alors que l'hôpital ne leur a fournit que l'équivalent de 43,60DHS soit 54%.

Si on revient au modèle conceptuel, ce sont finalement les ressources financières qui assurent l'équilibre du système grâce à la participation financière des patients dans l'achat des médicaments. Ces patients devaient financer l'achat de la totalité des médicaments hors nomenclature plus 46% de la valeur des médicaments de la nomenclature prescrits.

Enfin, pour les dispositifs médicaux et pour 70% des médicaments prescrits, si le taux de couverture des besoins est de 100% ça ne veut pas dire pour autant qu'il y'ait un équilibre entre les besoins et la réponse aux besoins car, si la réponse aux besoins est supérieure aux besoins nous obtiendrons le même résultat et au lieu des ruptures de stocks nous aurons une accumulation de stock, malheureusement l'absence de fiches de stock au niveau des deux services ne nous a pas permis de vérifier ce constat.

Les médicaments qui étaient indisponibles sont de deux types :

- ⇒ Les médicaments hors nomenclature qui ne sont pas disponibles conformément à la politique de l'hôpital et aux décisions du COMEDIM.
- ⇒ Les médicaments de la nomenclature.

7 médicaments(spécialités) sur 38 prescrits étaient indisponibles soit à cause d'une rupture de stock au niveau de la pharmacie de l'hôpital (2 spécialités) soit à cause d'une dotation insuffisante. Mais on peut considérer que dans les deux cas, il s'agit d'une dotation insuffisante mais à des degrés différents.

3. Les facteurs influents sur la disponibilité.

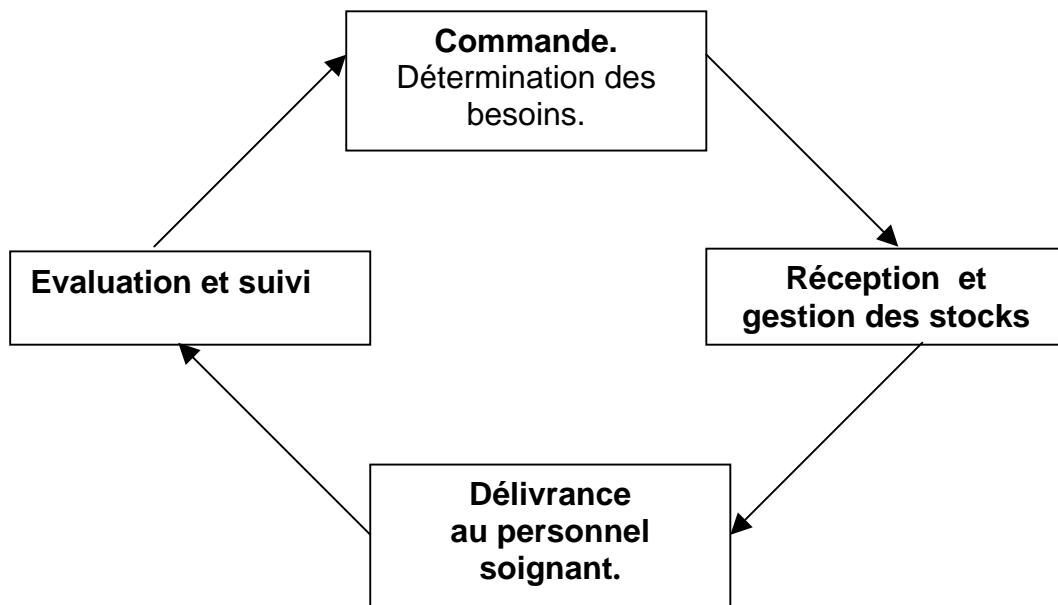
Il se dégage de cette étude que plusieurs facteurs ont une influence négative sur la disponibilité, certains sont inhérents au processus de gestion au niveau de l'hôpital et d'autres au processus de gestion au niveau des unités d'accueil des urgences qui sont l'objet de cette étude et auxquelles nous nous limiterons :

- ⇒ Les supports d'information pour assurer l'enregistrement des mouvements des produits sont inexistant, ce qui empêche toute gestion saine des stocks et prive le service d'une source d'information précieuse pour mieux déterminer ses besoins.
- ⇒ Les commandes qui ne se basent pas sur des données enregistrées et fiables relatives soit à la prescription ou à la consommation réelle, ne reflètent pas toujours les besoins réels du service et ne permettent donc pas à la pharmacie de l'hôpital de mieux répondre à ces besoins.
- ⇒ La fréquence quotidienne d'approvisionnement du service occasionne des retards et entraîne des ruptures de stock de courte durée mais fréquentes.
- ⇒ La fréquence hebdomadaire de délivrance des produits au personnel soignant ne permet pas de contrôler le stock et de le répartir entre les différentes unités de soins en fonction de leurs besoins.
- ⇒ Le mode de distribution des produits aux unités de soins n'est pas toujours adapté à la nature de l'activité de chaque unité.

Suggestions.

Pour améliorer la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux au niveau des unités d'accueil des urgences, nous proposons un cycle de gestion pour une semaine, une procédure standard pour les deux services : l'UPM et l'UPC et des mesures d'accompagnement.

1. Le cycle de gestion :



2. La procédure.

2.1. Les commandes.

2.1.1. La commande hebdomadaire.

La commande hebdomadaire est établie sur un bon de commande hebdomadaire, signé par le chef de service ou celui qui le remplace, et déposé à la pharmacie de l'hôpital 24 heures, avant le jour de la livraison indiqué par celle-ci. (la pharmacie de garde n'honore pas les commandes hebdomadaires)

Les produits à commander sont ceux qui se consomment chaque semaine et dont le niveau du stock disponible est inférieur au niveau maximum (voir gestion des stocks)

La quantité à commander est la différence entre le niveau maximum et le stock disponible.

2.1.2. Les commandes complémentaires.

Les commandes complémentaires sont établies sur un bon pour complément pharmaceutique, signé par le chef de service ou celui qui le remplace, et déposé juste après à la pharmacie de l'hôpital ou la pharmacie de garde.

Les produits à commander sont :

⇒ Ceux qui ne se consomment pas chaque semaine.

La quantité à commander est la différence entre le stock minimum et le stock disponible.

⇒ Les autres produits dont le niveau de stock atteint le minimum entre deux livraisons hebdomadaires.

La quantité à commander est la moitié de la différence entre le niveau maximum et le stock disponible.

2.1.3. La commande des produits onéreux.

La commande est établie sur une ordonnance nominative pour produits onéreux juste après la prescription, signée par le chef de service ou celui qui le remplace, et transmise immédiatement après à la pharmacie de l'hôpital ou la pharmacie de garde.

La liste des produits onéreux est communiquée par la pharmacie de l'hôpital à tous les services.

La quantité à commander est l'équivalent de la posologie indiquée sur l'ordonnance, pour une durée de 24 heures. Pour les patients qui séjournent plus de 24 heures il faut renouveler la commande chaque jour.

2.2. Réception et stockage.

Le contrôle à la réception doit se faire systématiquement.

- ⇒ Vérifier que tous les produits commandés ont été livrés.
- ⇒ Vérifier que les quantités reçues correspondent bien à celles indiquées sur le bon de livraison.
- ⇒ Vérifier les dates de péremption.
- ⇒ Vérifier l'état des produits pour s'assurer qu'ils ne sont pas détériorés.
- ⇒ S'assurer que l'emballage des produits stériles est intact.
- ⇒ Signaler toute différence constatée au pharmacien responsable.
- ⇒ Ranger les produits à date de péremption proche au devant des étagères.
- ⇒ Ranger les produits thermosensibles dans le réfrigérateur.
- ⇒ Ranger les bons de livraison dans un dossier réservé à cet effet.

2.3. La gestion des stocks.

- ⇒ Mettre en place un registre des entrées et sorties des produits, pour y enregistrer quotidiennement et en temps réel, tous les mouvements du stock.
- ⇒ Mettre en place des fiches de stock pour y enregistrer les entrées et sorties par semaine, calculées à partir des données enregistrées dans le registre des entrées et sorties.
- ⇒ Déterminer, à partir des données enregistrées sur les fiches de stock et en concertation avec la pharmacie de l'hôpital, les niveaux minimum et maximum du stock pour chaque produit à consommation régulière.

Pour les produits qui ne se consomment pas chaque semaine, et pour les produits onéreux à mettre à la disposition des équipes de nuit, déterminer seulement le niveau minimum.

Le niveau minimum ne doit pas dépasser la consommation moyenne pour 24 heures. Le niveau maximum ne doit dépasser la consommation moyenne pour 8 jours. Les deux niveaux doivent être portés sur la fiche de stock de chaque produit.

2.4. La délivrance des produits au personnel soignant.

Les produits sont délivrés aux infirmiers responsables des unités de soins pendant le jour et au chef de l'équipe de nuit.

⇒ Mode de distribution :

- Pour les équipes de jour : Distribution nominative pour les produits onéreux et les médicaments prescrits aux patients hospitalisés dans la salle d'observation. Pour le reste des produits, distribution globale.
- Pour les équipes de nuit : Distribution globale pour tous les produits y compris les produits onéreux.

⇒ La fréquence de distribution.

- Equipes de nuit : la dotation est délivrée en une seule fois.
- Equipes de jour :
 - Pour la salle de soins et la salle de plâtre, au moins deux fois par jour.
 - Pour la salle de déchocage et le bloc opératoire : Réapprovisionnement systématique après admission de 3 patients.

⇒ Les produits et quantités à délivrer.

- Pour la salle de déchocage et le bloc opératoire.

Etablir, en concertation avec les prescripteurs et les dispensateurs de soins, une liste de tous les produits qui doivent être disponibles à tout moment pour prendre en charge convenablement, les cas urgents qui se présentent.

Cette liste doit comporter la désignation détaillée et complète de chaque produit ainsi que la quantité suffisante pour 4 patients.
- Pour la salle d'observation et les produits onéreux:

Les produits prescrits pour une durée de 24 heures.

- Pour les autres unités de soins :
 - Délivrer systématiquement tous les produits à consommation régulière. La quantité est à déterminer en fonction de la consommation habituelle et la fréquence de distribution.
 - Les produits à consommation irrégulière ne sont délivrés que sur demande du personnel soignant qui doit préciser la quantité demandée.

2.5. Evaluation et suivi.

- ⇒ Faire l'inventaire des stocks à l'occasion de chaque commande hebdomadaire et lors du renouvellement de chaque fiche de stock.
- ⇒ Assurer le suivi de la consommation.
- ⇒ Réajuster le niveau minimum et maximum de chaque stock en fonction de la variation de la consommation.
- ⇒ Surveiller les ruptures de stock et établir une liste annuelle des durées de rupture de chaque produit.
- ⇒ Surveiller les péremptions et établir une liste annuelle des produits périmés comportant les quantités et leur valeur.

3. Les mesures d'accompagnement.

Les mesures d'accompagnement visent plus particulièrement le COMEDIM et la pharmacie de l'hôpital, qui ont un rôle important à jouer pour assurer avec plus de succès, la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux, au niveau des structures d'accueil des urgences.

3.1. Le COMEDIM.

Le COMEDIM est l'instance la plus indiquée pour sélectionner les médicaments à utiliser dans l'hôpital. Mais son rôle ne doit pas se limiter à cette tâche. Il devrait plaider en faveur de cette liste auprès des prescripteurs pour limiter la prescription à ces seuls médicaments sélectionnés et diminuer ainsi, la prescription hors nomenclature.

La communication avec tous les prescripteurs est donc, particulièrement indiquée non seulement pour les convaincre mais aussi pour recueillir leur avis sur la liste ainsi que leurs arguments, afin de rapprocher les avis et diminuer l'écart qui existe actuellement, entre la liste de la nomenclature et la liste des médicaments effectivement prescrits.

L'élaboration des schémas thérapeutiques standards est de son ressort aussi, la sélection couplée avec ces schémas thérapeutiques est le meilleur moyen de déterminer les besoins de l'hôpital en médicaments et dispositifs médicaux et d'assurer une meilleure utilisation.

D'un autre côté, le COMEDIM valide les quantités à acheter et à distribuer chaque année, mais il ne précise pas pour la pharmacie de l'hôpital, les critères pour répartir les produits entre les services. Ces critères, devraient être explicites au départ et revus annuellement, pour juger leur compatibilité avec les priorités de l'hôpital.

3.2. La pharmacie de l'hôpital.

La pharmacie de l'hôpital ne doit pas se limiter à distribuer les produits aux services, mais aussi à les aider et les assister pour mieux gérer le stock qu'ils détiennent. Ceci permettra d'établir avec eux, des relations de confiance qui peuvent avoir un impact positif sur la qualité de la gestion au niveau des services et sur la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux.

Vis à vis de la procédure proposée pour les deux services des urgences, la pharmacie de l'hôpital est appelée à :

- ⇒ Eviter les ruptures de stock à son niveau, particulièrement pour les médicaments vitaux et essentiels.
- ⇒ Assister les deux services des urgences pour déterminer les niveaux minimum et maximum pour chaque produit. Ceci constituera une sorte de contrat entre la pharmacie et les deux services.

- ⇒ Confier aux pharmaciens l'analyse des commandes et la détermination des quantités à livrer sur la base, des niveaux maximum et minimum et du stock disponible au niveau des services.
- ⇒ Communiquer chaque mois aux services, la liste des produits disponibles et le récapitulatif des livraisons en quantité et en valeur.
- ⇒ Superviser régulièrement les stocks des services et la tenue des fiches de stock et des registres des entrées et sorties.
- ⇒ Faire des enquêtes ponctuelles pour déterminer le taux de couverture des besoins.

Discussions.

Le problème de la disponibilité des médicaments est souvent évoqué dans les études qui s'intéressent au médicament, mais rares sont les études qui étudient cette question au niveau d'un service des urgences. L'importance du thème de l'étude ne réside pas seulement dans l'importance du problème mais aussi dans la particularité des unités d'accueil des urgences qui doivent dispenser rapidement des soins à un volume variable de patients dont les conditions médicales sont diversifiées.

L'objectif de l'étude a été défini pour répondre aux attentes des décideurs et des responsables de la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux, qui cherchent à améliorer la disponibilité de ces produits sans pour autant augmenter les ressources financières. L'objectif ne s'est pas limité à faire un constat sur la disponibilité ou non de ces produits, il a visé principalement le processus de gestion, afin d'identifier les éléments qui ont une influence négative sur la disponibilité de ces produits et de proposer en conséquence des suggestions pour l'améliorer.

Le modèle conceptuel proposé comprend quatre composantes : le budget en tant qu'intrant du système, la gestion et la prescription en tant que processus, la disponibilité et les besoins des patients en tant qu'extrait du processus de gestion et de la prescription et la couverture des besoins en tant que résultat.

C'est cette composition qui a dicté les questions de recherche qui ont interrogé toutes ces composantes. Les résultats de l'étude ont répondu à toutes ces questions et l'analyse, s'est faite en commençant par les résultats (la couverture des besoins) et a pu remonter jusqu'aux ressources constituées par la dotation des deux services des urgences en médicaments et dispositifs médicaux. L'étude a conclu que pour certains médicaments la dotation était insuffisante. Il est clair que cette étude limitée au niveau des urgences ne permet pas de remonter jusqu'au budget de l'hôpital pour juger s'il est suffisant ou pas.

La méthodologie suivie est composée d'un volet prospectif et un rétrospectif :

- ⇒ Le volet rétrospectif a concerné les ressources (le budget et la part de consommation des deux services) pour lesquelles les informations étaient disponibles dans certains documents internes de l'hôpital.

⇒ Le volet prospectif a concerné le résultat (la couverture des besoins) les extrants (les besoins des patients et la disponibilité) et le processus de gestion dans la mesure ou, les informations relatives à ces trois composantes du modèle conceptuel n'étaient pas disponibles.

La taille et l'effectif de l'échantillon de patients ainsi que ceux de l'échantillon de médicaments et dispositifs médicaux n'affectent en rien la validité des résultats obtenus concernant le processus de gestion qui est l'objectif principal de l'étude. Par contre elles ont une influence directe sur les résultats obtenus concernant la couverture des besoins. Leur validité est tributaire de la représentativité de l'échantillon.

Le sujet de l'étude étant les médicaments et les dispositifs médicaux utilisés au niveau des urgences, au lieu de sélectionner à priori cet échantillon, nous avons préféré sélectionner d'abord un échantillon de patients qui serait l'élément d'entrée de la prescription et de prendre comme échantillon, les médicaments prescrits à ces patients et les dispositifs médicaux demandés lors de la dispensation des soins. Cette option nous a paru plus préférable car elle implique les utilisateurs dans ce choix sans qu'ils se rendent compte qu'ils sont entrain de sélectionner l'échantillon pour les besoins de l'étude.

L'échantillon était constitué de 38 médicaments sur 61 utilisés durant le mois de mai 2004, soit près de 62% ce qui est acceptable. Pour les dispositifs médicaux, l'échantillon était composé de 22 types de DM sur 81 types utilisés durant la même période, soit près de 27%. Apparemment, le nombre de dispositifs médicaux aurait dû être plus important que celui des médicaments pour correspondre mieux à l'utilisation. Mais en réalité on doit retrouver plus de médicaments que de dispositifs médicaux car, le nombre de patients admis à l'UPM était supérieur à celui de l'UPC, et l'UPM utilise beaucoup plus de médicaments que de dispositifs médicaux en plus, les dispositifs médicaux qui se retrouvent dans l'échantillon sont ceux, les plus demandés et donc les plus utilisés, les autres ne sont utilisés qu'occasionnellement et leurs chances de se retrouver dans l'échantillon étaient minimes.

La durée de l'enquête auprès des patients et la période durant laquelle elle a été faite, limitent les résultats relatifs aux taux de couverture des besoins et à la disponibilité, à cette période. En effet d'après les résultats de l'étude, le processus de gestion n'est pas standardisé et les dotations en médicaments et dispositifs médicaux (ressources) sont globales et sans lien avec les besoins réels des services si l'on excepte les produits onéreux. Un tel système ne peut pas reproduire toujours les mêmes résultats même si on y injecte toujours les mêmes ressources et par conséquent, les taux de couverture calculés qui ont permis de déterminer la disponibilité assurée par le système d'approvisionnement, auraient pu être meilleurs ou pires si l'étude a été faite à un autre moment ou sur une durée beaucoup plus longue. L'enquête qui a permis de déterminer les taux de couverture des besoins est à considérer donc, comme une enquête ponctuelle.

L'étude étant faite au niveau d'un seul hôpital (étude de cas), la généralisation de ses résultats à d'autres hôpitaux est tributaire de leur similitude avec le cas étudié (volume des ressources, gamme des produits utilisés, gamme des soins offerts..) Toutefois, en terme de processus, les points à améliorer sont pratiquement les mêmes dans tous les hôpitaux publics et à ce titre il est possible de généraliser sans trop de risques, les résultats de cette étude qui concernent le processus de gestion.

Conclusion

Cette étude a permis de décrire le processus de gestion des médicaments et dispositifs médicaux tel qu'il se déroule actuellement, aussi bien au niveau des unités d'accueil des urgences qu'au niveau de l'hôpital. L'analyse de ce processus a permis d'identifier un certain nombre d'éléments qui peuvent être améliorés pour assurer une meilleure disponibilité de ces produits.

En terme de ressources financières, l'hôpital Ibn Sina, consacre 25% de son budget de fonctionnement à l'achat des médicaments et dispositifs médicaux. Les unités d'accueil des urgences ont consommé en 2003 l'équivalent de 16,7% de la consommation globale de l'hôpital pour les médicaments et à 15,7% pour les dispositifs médicaux.

Le processus de gestion au niveau de ces unités n'est pas standardisé, celui de l'UPM est différent de celui de l'UPC: l'absence d'un système d'information pour assurer la traçabilité des produits, l'inadéquation entre les commandes et les besoins réels du service, la fréquence d'approvisionnement du service qui n'est pas toujours adéquate surtout quand elle est quotidienne, la dispersion des stocks entre les équipes, la répartition des produits entre les différentes unités de soins qui se fait de manière globale sans tenir compte des spécificités de chacune d'elles, sont autant de point à améliorer pour assurer une meilleure disponibilité de ces produits et mieux couvrir les besoins des patients.

En terme de résultat, l'enquête menée auprès d'un échantillon composé par 162 patients a révélé que, les besoins en dispositifs médicaux ont été couverts à 100%, et que 70% seulement des médicaments prescrits ont été fournis en totalité aux patients. L'hôpital n'a pu fournir que l'équivalent de 54% en valeur des médicaments de la nomenclature.

Les besoins en médicaments non couverts sont dus dans 21% des cas à la prescription hors nomenclature et dans 4% des cas à l'indisponibilité des médicaments de la nomenclature. Enfin, 5% des médicaments prescrits n'ont été fournis qu'en partie à cause d'une dotation insuffisante.

Ainsi, un médicament sur cinq prescrits, n'était pas disponible soit à cause d'une rupture de stock au niveau de tout l'hôpital soit à cause d'une dotation insuffisante qui a entraîné des ruptures de stock intermittentes au niveau des unités d'accueil des urgences. En conséquence, seuls 61% des patients ont reçu la totalité des médicaments prescrits.

La couverture des besoins constatée grâce à l'enquête menée sur le terrain, n'est, ni le fruit d'une dotation en médicaments et dispositifs médicaux déterminée sur la base d'informations fiables, relatives soit à la prescription soit à la consommation réelle, ni le fruit d'un processus formalisé et respecté lors de son exécution et par conséquent, on ne peut pas obtenir toujours le même résultat au bout de la chaîne. La disponibilité des produits peut en effet, changer au gré des décisions prises par les responsables des stocks tout au long de la chaîne de distribution, depuis les magasins de la pharmacie de l'hôpital jusqu'au chariot de soins.

C'est ainsi, que les résultats obtenus lors de cette étude auraient pu être meilleurs ou pires si cette étude a été faite à un autre moment ou si le nombre d'admissions était autre que celui enregistré lors de l'étude.

Pour améliorer la gestion des médicaments au niveau des unités d'accueil des urgences, il est nécessaire de standardiser les procédés de gestion en commençant par mettre en place un système d'information pour produire les informations utiles aux décideurs à différents niveaux. Ensuite il s'agira d'organiser les stocks et de fixer le mode de distribution et la fréquence d'approvisionnement les plus adéquats pour le service et pour chacune des unités de soins.

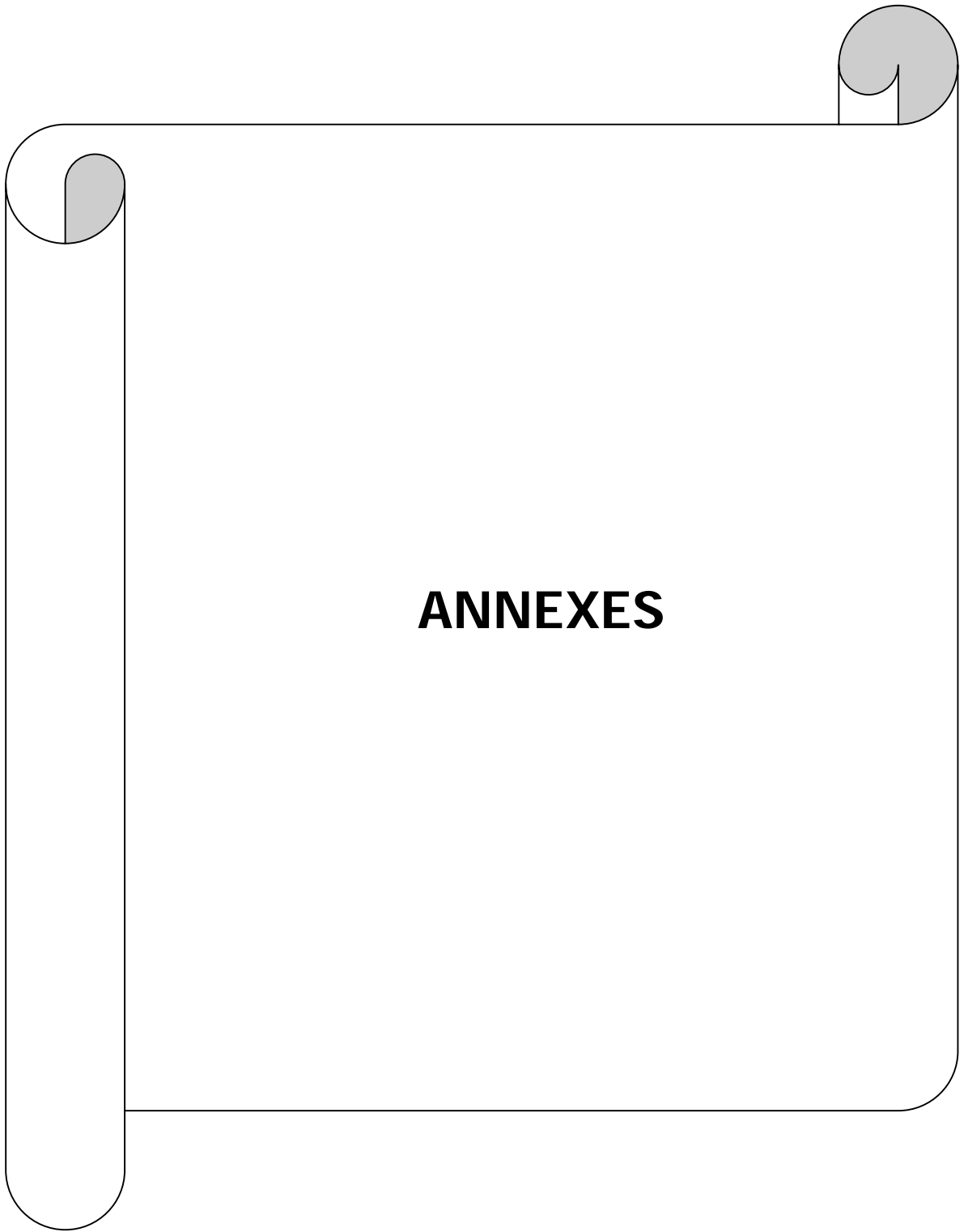
Les informations relatives à la consommation réelle des services, qui seront recueillies grâce à ce système d'information, serviront à déterminer les quantités à commander en fonction de la consommation réelle de chaque service, et ce sont ces quantités commandées qui permettront à l'hôpital à la fin de chaque exercice d'évaluer sa réponse aux besoins et de l'améliorer par la suite pour mieux couvrir les besoins des patients.

Bibliographie.

- [1]. Quick JD et al. *Bien gérer les médicaments : La sélection, l'acquisition, la distribution et l'utilisation des produits pharmaceutiques dans les soins de santé primaires*. Adapté et traduit par : Institut universitaire d'études de développement, Genève, Suisse, 1984)
- [2]. Jérôme Dumoulin, Miloud Kaddar, Germán Velásquez - *Guide d'analyse économique du circuit du médicament*, OMS Genève – 2001.
- [3]. OMS, *La sélection des médicaments essentiels*. SRT N° 615, , Genève 1997.
- [4]. OMS, *Perspectives de l'organisation mondiale de la santé sur les médicaments*. Genève, juin 2002.
- [5]. MS/DHSA, *Manuel de gestion des médicaments au niveau des formations sanitaires de base*, Mars 2002.
- [6]. MS/DHSA, *Guide méthodologique pour la gestion de la pharmacie hospitalière* Mai 2002.
- [7]. OMS - *Organisation de l'approvisionnement en médicaments – Le point*, Numéro double – 25 & 26 – Genève 1998.
- [8]. OMS, *Conférence internationale sur la rationalisation de l'usage des médicaments*, le point N°23, 1997, p6-14.
- [9]. De Vries TPGM, Henning R, Horgerzeil HV, Fresle DA, *Bien prescrire les médicaments : Guide pratique*, Genève : Organisation mondiale de la santé, 1997. WHO/DAP/97.11.
- [10]. Simon. H.A., *De la rationalité substantive à la rationalité procédurale*, cité dans « les introuvables en langue française de H.A.Simon » document N°5, revue pistes N°3, Octobre 1992.
- [11]. Tamblin , R., *Medication use in seniors : challenges and solutions*. *Thérapie*, 51, 3, 269-282. 1996.
- [12]. Cohen, D, & Collin, J., 1997, *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les*

enfants : recension et analyse des écrits, Québec, ministère de la santé et des services sociaux, Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies.

- [13]. Collin Johan, *Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments*, ADSP N° 27 , juin 1999.
- [14]. Serge Gilbert, *Médicament et société*, ADSP n° 27 juin 1999, p53.
- [15]. Patricia Lefebvre, *Pour une approche concertée de la gestion du médicament : réorganisation des activités entourant le comité de pharmacologie*, Pharmactuel Vol. 36 No 4 Août-Septembre 2003 p 219-222.
- [16]. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, *Rapport sur le médicament à l'hôpital*, Paris 2003.
- [17]. OMS, *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 : Organisation mondiale de la santé, 1993. WHO/DAP/93.1. Document non publié.
- [18]. OMS, *Critères éthiques applicables à la promotion des médicaments*. Médicaments essentiels : le point, n°20, Genève, 1994.
- [19]. OMS, *L'utilisation des médicaments essentiels*, l'organisation mondiale de la santé, Série des rapports techniques n°867, 1997.
- [20]. S.F.P.C, *Référentiel de la pharmacie hospitalière*, sous l'égide de la société française de pharmacie clinique, 1997.
- [21]. MS, *Etude sur l'utilisation des médicaments*, MS/UNICEF 1998.
- [22]. SES/DPRF/MS (2001), *Les Comptes Nationaux de la Santé au Maroc 1997/98*. Rabat



ANNEXES

Annexe 1

Analyse documentaire.

Budget et dépenses.

1. Budget de fonctionnement de l'hôpital 2002/2003/2004.
2. Budget alloué à l'achat des médicaments et des dispositifs médicaux 2002/2003/2004.
3. Dépenses engagées durant la même période pour l'achat des médicaments et DM.
Répartition selon le mode d'achat.

Pharmacie de l'hôpital.

4. Liste des médicaments et DM gérés par la pharmacie de l'hôpital.
5. Liste des produits dits onéreux.
6. Liste des médicaments et DM livrés aux services des urgences en 2002/2003 avec les quantités et prix.
7. Valeur globale des médicaments et DM livrés aux services des urgences 2002/2003.
Si possible, avoir % en valeur des produits livrés suite à :
 - Une commande hebdomadaire.
 - Bon complémentaire.
 - Ordonnances nominatives.
8. Valeur globale des médicaments et DM livrés par la pharmacie à l'ensemble des services de l'hôpital 2002/2003.
9. Durée des ruptures de stock 2002/2003/2004 (**panier**).
10. Valeur des péremptions enregistrées durant la même période (**panier**).
11. Date de la première et dernière livraison 2002/2003/2004 (**panier**).
12. Modes de distribution et calendrier.
13. Horaire d'ouverture de la pharmacie de l'hôpital / pharmacie de garde.
14. le personnel.

Service des urgences médicales et chirurgicales.

1. Le personnel :
 - Profil/ grade/ ancienneté/ fonction.
 - Répartition / tranche horaire / unité de soins.
 - Responsable de la pharmacie.
2. Les admissions 2002/ 2003.
 - Nombre global d'admission.
 - Nombre d'admission / pathologie.
 - Nombre d'admission / unité de soins.
 - Nombre d'admission / tranche horaire.
 - % des urgences vitales.
3. Statistiques concernant les médicaments et DM.
4. Le circuit du malade.
5. Inventaire des supports et types d'information existants.

3. RECEPTION.

- Le major vérifie les produits livrés par rapport au bon de livraison.
OUI NON
- Le major enregistre les quantités reçues sur fiches de stock.
NON OUI : sur-le-champ. Après.
- Le major vérifie les dates de péremption au moment du rangement.
OUI NON
- Le major range les produits reçus devant/derrière ceux en stock en fonction de leur date de péremption.
OUI NON
- Le major conserve le bon de livraison.
OUI NON
- Le major réclame les produits, commandés et non livrés par la pharmacie.
OUI NON
- Si oui, sa tentative a été :
Concluante. En partie. Non concluante.

4. STOCKAGE.

4.1. Local et conditions de stockage.

Taille du local de stockage	Suffisant	Limite	Insuffisant
Espace pour la préparation des dotations	Suffisant	Limite	Insuffisant
Aération.	Suffisant	Limite	insuffisant
Eclairage du stock	Suffisant	Limite	Insuffisant
Température du local (normal = max.25°C) selon appréciation du major	Normale toute l'année	Normale sauf en été	Très souvent chaude
Contrôle température du réfrigérateur.	Chaque jour	irrégulier	Non contrôlé
Accès aux personnes non autorisées	± impossible	Difficile	Facile

4.2. Rangement.

- Ordre de rangement : O.Alphabét. Famille thérapeutique. Autres.
- Séparation entre médicaments et DM : OUI NON
- Séparation entre formes pharmaceutiques ou dosages différents d'un même médicament : OUI NON
- Les grands conditionnements ne cachent pas les petits : OUI NON
- Les produits sont stockés dans leur conditionnement externe : OUI NON
- Prévention de la péremption : F I F O F E F O

5. GESTION DU STOCK

5.1. Supports d'information.

- Supports d'information pour contrôler le stock :
Fiche stock Registre Main courante Aucun.
- Supports d'information qui justifient les mouvements de stock :
Bon de commande Bon de livraison Bon de sortie. Autres
- Enregistrement : En temps réel Fin de journée Fin de semaine Jamais.
- Archivage : OUI NON

5.2. Contrôle du stock : (panier)

Comparer stock fiche stock physique pour les produits du panier.

- Nombre de fiches dont le stock est différent de l'existant :
- L'inventaire est-il mentionné sur les fiches : OUI NON
- Fiches de stock bien tenues : OUI NON
- Les ratures : Plusieurs Peu Pas.

6. DELIVRANCE AU PERSONNEL SOIGNANT.

6.1. Préparation des dotations :

- Les dotations sont préparées à partir d'une commande du personnel infirmier.
OUI Pour les patients hospitalisés seulement. NON.
- Dotation pour malades hospitalisés est préparée séparément.
OUI NON

- Dotation globale :
 - Liste standard / quantités standards.
 - Liste standard /quantités en fonction de la consommation.
 - Liste standard /quantités en fonction du stock disponible.

6.2. Délivrance.

- Les produits sont remis :
A chaque infirmier. Aux responsables des salles seulement.
- Qui remet la dotation à l'équipe de nuit ?

6.3. Enregistrement / justification des sorties.

L'enregistrement se fait : immédiatement. Après.

Quel est le document qui justifie les sorties du stock ?

- Aucun.
- Bon de sortie, signé par les infirmiers.
- Bon de sortie, signé par le chef de service.

7. ADMINISTRATION AUX MALADES.

- Prescription. Ecrite. Orale.
- L'infirmier(e) transcrit la prescription médicale sur :
Fiche de soins. Fiche d'observations. Autres
- Planifie les actes d'administration par groupe de malades pour 24 H⁰⁰.
OUI Pour la durée de son service NON
- Identifie les médicaments, nom, dosage, date péremption.
OUI NON
- S'informe sur les modalités de préparation et de dilution.
OUI NON
- Vérifie l'identité du malade avant administration.
OUI NON
- Administre ou assiste à la prise du médicament par le patient.
OUI NON

Annexe 3

Guide d'entretien avec le responsable de la pharmacie du service sur la gestion de la pharmacie.

1. GESTION DES STOCKS.

1.1. Niveau des stocks.

- Existe-t-il un niveau de stock minimum pour chaque produit, pour déclencher une commande ? OUI NON
- Existe-t-il un niveau de stock maximum, prédéterminé pour chaque produit que le service doit avoir en stock au début de chaque semaine ? OUI NON
- Comment ont été fixés les niveaux de stock ?
Par hasard. Par tâtonnement. Suite à une analyse laquelle ?

1.2. Stock de sécurité.

- Existe-t-il un stock de sécurité ? OUI NON
- Ce stock est-il détenu :
 - Au niveau de la pharmacie du service.
 - Par le chef de service.
 - Détenu par le personnel.
- Quelle est la portion de ce stock ?

1.3. Péréemption, détérioration.

- Avez-vous déjà enregistré des péréemptions au niveau du service ?
OUI combien ? NON
- Y'a-t-il des produits qui s'abîment quand ils sont stockés pendant longtemps ?
OUI lesquels ? NON
- Y'a-t-il des produits disponibles en stock qui ne sont pas demandés par les prescripteurs ? OUI lesquels ? NON
- Avez-vous une liste des produits non achetés par l'hôpital et qui sont prescrits aux patients ? OUI lesquels ? NON

1.4. Vols et usage personnel.

- Etes-vous sûr et certain que tous les produits livrés au service sont administrés aux patients ? OUI NON
- Avez-vous des doutes quant à l'utilisation qu'est faite des produits remis au personnel soignant ? OUI NON
- Y'a-t-il une procédure pour délivrer les médicaments au personnel du service pour son propre usage ? OUI laquelle ? NON
- Y'a-t-il une comptabilité relative à cette délivrance ?
OUI laquelle ? NON
- Avez-vous déjà enregistré des cas de vol dans le service ? OUI NON
- Si oui, quelles dispositions ont été prises à l'encontre du contrevenant et pour éviter que ça se répète à l'avenir ?

2. LA COMMANDE.

2.1. Quand ?

- Quand est-ce que vous décidez de commander les produits ?
 - Commande hebdomadaire : quel jour de la semaine?
 - Commande complémentaire :
En cas de rupture de stock A partir d'un seuil minimum
 - Quelle est la fréquence moyenne des bons complémentaires ?

2.2. Quels produits ?

- Quels sont les produits que vous commandez ?
 - Commande hebdomadaire :
Tous les produits quel que soit l'état du stock.
Seulement les produits qui ont été consommés en cours de semaine.
Autres :
 - Commande complémentaire :
Les produit épuisés au niveau de la pharmacie du service.
Les produit qui ont atteint un seuil minimum.

- Ce seuil est-il :
 - Le même pour tous les produits ?
 - Variable en fonction de la consommation ?
 - Variable en fonction des saisons.

2.3. En quelle quantité ?

- Quelle méthode utilisez-vous pour déterminer les quantités à commander ?
 - Commande hebdomadaire :
 - Commande standard
 - Les quantités consommées en cours de semaine
 - Commande antérieure modifiée
 - Autres.
 - Commande complémentaire :
 - Une unité de conditionnement par produit.
 - En fonction de la prescription.
 - Autres.
 - Y'a-t-il une comptabilité des quantités prescrites ou administrées ?

OUI	NON
-----	-----
 - Les prescripteurs sont-ils associés d'une manière ou d'une autre pour établir la commande ?

OUI sous quelle forme ?	NON
-------------------------	-----
- La pharmacie de l'hôpital impose-t-elle une limite, en quantité ou en valeur, pour les commandes du service ?

OUI quelles sont ces limites ?	NON
--------------------------------	-----

2.4. QUI ?

- Qui établit la commande ?
- En cas d'absence du major, le remplaçant est :

Désignée par le major.	Désignée par le chef de service.
Toujours la même personne.	Pas forcément.

2.5. Validation et signature de la commande.

- Le chef de service vérifie-t-il toujours la commande avant de signer ?
Toujours. Souvent. Parfois. Jamais.
- Est-ce qu'il lui arrive de modifier la commande ?
Toujours. Souvent. Parfois. Jamais.
- En cas d'absence qui signe à sa place ?

2.6. Afflux massif de patients.

- Existe-t-il une procédure spéciale d'approvisionnement du service dans ce cas ?
OUI laquelle ? NON
- Vous déterminez Comment les produits et les quantités à commander ?
Quand ça arrive en plein jour ?

Quand ça arrive en pleine nuit ?

- La pharmacie vous livre-t-elle la totalité de la commande dans ces cas ?
La totalité. En fonction du stock.

2.7. Envoi de la commande à la pharmacie.

- La personne chargée d'apporter les produits au service :
 - Est toujours la même.
OUI sauf en cas d'absence NON
 - Qui désigne cette personne ?
 - Est-elle habilitée auprès de la pharmacie ?
OUI. Ce n'est pas nécessaire.

3. LA RECEPTION.

- Vous arrive-t-il de constater une différence entre ce qui est livré et ce qui est mentionné sur le bon de livraison ?

Très souvent. Souvent. Parfois. Jamais.

- Quelles étaient les causes ?

- Erreur de la pharmacie.
- Oubli des produits à la pharmacie.
- La casse en cours de chemin (flacons).
- Vols.
- Autres.

- Lorsque la commande n'est pas honorée, vous réclamez la différence ?

Très souvent. Souvent. Parfois. Jamais.

Seulement en cas d'urgence.

- Enregistrement.

L'enregistrement est fait :

En temps réel ? Lorsque vous avez le temps ? En fin de journée ?

- Vous arrive-t-il d'oublier d'enregistrer les produits reçus ?

Très souvent. Souvent. Parfois. Jamais.

- Comment vous qualifiez vos relations avec la pharmacie de l'hôpital ?

⇒ Relation de confiance.

- Relations cordiales entre les deux chefs de service.
- Réunions régulières avec les pharmaciens.
- Chef de service rigoureux, surveille la consommation et vérifie les bons de commande avant de les signer.
- Autres.

⇒ Relation de méfiance.

- Gestion anarchique des médicaments au niveau du service.
- Le chef de service signe les bons de commande sans les vérifier.
- Le chef de service signe les bons à blanc.

- Doutes quant à l'utilisation effective des produits livrés (vols, usage personnel...)
- Autres.

⇒ Relations de défiance.

- Chef de service très influent et exigeant.
- Directives fermes de la part de la direction pour honorer les commandes du service.
- Autres.

Est-ce que vous avez des problèmes particuliers avec la pharmacie ? Lesquels ?

4. Délivrance au personnel soignant.

- Quels sont vos critères pour déterminer la dotation quotidienne ?
- Vous justifiez comment les sorties ?
- Existe-t-il un chariot d'urgence ? OUI NON
- Si oui, quels sont les produits et les quantités du chariot ?
- Cette composition a été déterminée comment?
- Le réapprovisionnement du chariot se fait comment ?

5. LA COMMANDE ANNUELLE.

- Le service participe-t-il dans l'établissement des besoins annuels ?
 OUI NON
- Si oui, vous procédez comment?

Annexe 4

Guide d'entretien avec le responsable de la pharmacie de l'hôpital.

1. Les commandes des services.

1.1. Est-ce que l'analyse des commandes se fait ? OUI NON

1.2. Par qui ?

1.3. Quels sont les critères utilisés pour détecter les commandes excessives ?

1.4. Quels sont les critères utilisés pour fixer les quantités à livrer ?

Commandes hebdomadaires :

Bons complémentaires :

Ordonnances nominatives.

1.5. Les commandes des services des urgences bénéficient-elles d'un traitement spécial comparativement aux autres services de l'hôpital ? OUI NON

1.6. Si oui, en quoi consiste ce traitement ?

1.7. Y'a-t-il un plafond fixé pour les commandes :

	en quantité	en valeur
annuel	mensuel	hebdomadaire

2. La distribution.

2.1. Y'a-t-il des directives écrites de la direction de l'hôpital pour accorder la priorité aux urgences ? OUI NON DIRECTIVES ORALES

2.2. Y'a-t-il des produits utilisés exclusivement par les services des urgences ? OUI NON

2.3. Si oui ? Lesquels ?

2.4. Existe-t-il une procédure écrite pour approvisionner les services des urgences en cas d'afflux massif ou inhabituel des patients?

OUI NON

Si oui laquelle ?

Est-elle diffusée et connue par tous les intéressés ? OUI NON

Si non comment se fait cet approvisionnement ?

Durant les horaires d'ouverture de la pharmacie.

En dehors de ces horaires.

2.5. Les produits livrés dans ce cas de figure sont-ils prélevés

Dans le stock de roulement ?

Dans un stock réservé à cet effet ?

2.6. Existe-t-il des dispositions particulières pour certains produits afin de contrôler leur consommation ? OUI NON

Si oui lesquels ?

2.7. La délivrance des médicaments du tableau B se fait-elle conformément à la législation ?

2.8. La pharmacie contrôle-t-elle les stocks détenus dans les services ?

SOUVENT PARFOIS RAREMENT JAMAIS

2.9. La pharmacie contrôle-t-elle l'administration des produits livrés sur ordonnance nominative ?

SOUVENT PARFOIS RAREMENT JAMAIS

2.10. Y'a-t-il un calendrier préétabli pour effectuer ces contrôles.

OUI NON

3. Relations avec les services d'urgence.

3.1. Comment vous qualifiez vos relations avec ces services et pourquoi ?

⇒ Relation de confiance.

- Relations cordiales entre les deux chefs de service.
- Réunions régulières avec les chefs de service.
- Chef de service rigoureux, surveille la consommation et vérifie les bons de commande avant de les signer.
- Autres.

⇒ Relation de méfiance.

- Gestion anarchique des médicaments au niveau du service.
- Le chef de service signe les bons de commande sans les vérifier.
- Le chef de service signe les bons à blanc.
- Doutes quant à l'utilisation effective des produits livrés (vols, usage personnel...)
- Autres.

⇒ Relations de défiance.

- Chef de service très influent et exigeant.
- Directives fermes de la part de la direction pour honorer les commandes du service.
- Autres.

3.2. Est-ce que vous avez des problèmes particuliers avec les services des urgences ?

Lesquels ?

ANNEXE 5

FICHE PATIENT

N°

Date : _____ Heure : _____ Service : _____

N° d'entrée : _____ Salle : _____

Médicaments prescrits.					Unités de prise administrées.	
Désignation.	Forme	Posologie 24 H00	Durée jours	Total unités	Fournies au patient	Achetées Par patient
OBSERVATIONS.						
Dispositifs médicaux nécessaires			Quantités utilisées.			
Désignation.	Quantité	Quantités fournies au patient.	Quantités achetées par patient.			
OBSERVATIONS.						

Date : _____ Heure de sortie : _____ Durée de séjour : _____

CURRICULUM VITAE

Nom et prénom : BOUSSENGAR Lahoucine.

Date de naissance : 21 janvier 1956.

Lieu de naissance : Casablanca.

Diplômes obtenus :

- ⇒ **Diplôme d'ASDE.**
Option : Préparateur en pharmacie Rabat. Juillet 1982.
- ⇒ **Diplôme d'ASDES.**
Option : Pharmacie. Rabat. Mars 1987.

Postes occupés :

- ⇒ **1982 : Analyse des médicaments au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Rabat.**
- ⇒ **1987 : Responsable de la cellule de l'équipement et de la maintenance au Laboratoire National de Contrôle des Médicaments. Rabat.**