

**Université Paris V
Faculté de médecine Cochin – Port Royal
24 Rue du Faubourg St Jacques
75014 Paris**

**Diplôme inter universitaire de formation à la fonction de médecin
coordonnateur en EHPAD**
(Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

Année 2003-2004

« Traçabilité et sécurité du circuit du médicament en EHPAD »

Docteur yannick Legeay

Directeur de mémoire : Docteur Jean Claude Malbec

année : 2003- 2004

SOMMAIRE

PAGES

INTRODUCTION.....	3
1 QUELQUES DEFINITIONS.....	4
1-1 qu'est-ce qu'un médicament ?	
1-2 qu'est-ce que la traçabilité ?	
2 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT.....	6
2-1 le circuit du médicament	
2-1-1 la prescription.....	6
2-1-2 la dispensation.....	8
2-1-3 l'administration.....	8
2-2 état des lieux juridiques du rôle de l'infirmière.....	9
2-3 le rôle de l'infirmière dans le circuit du médicament.....	11
2-2-1 la préparation	
2-2-2 la distribution et l'administration	
3 RECUEIL DES DONNEES RELATIVES A L'ETUDE.....	13
3-1 le choix des établissements.....	13
3-2 les modalités de recueil de fonctionnement.....	13
3-3 les résultats	
résidence x... ..	14
résidence y... ..	16
4 ANALYSE ET DISCUSSION.....	19
4-1 résidence X... ..	19
4-2 résidence Y... ..	21

5 REFLEXION ET PROPOSITIONS.....22

5-1 la personne âgée et son traitement.....22
5-2 quelques réflexion et suggestions.....24
 5-2-1 la prescription.....24
 5-2-2 la dispensation.....24
 5-2-3 la préparation.....25
 5-2-4 l'administration proprement dite et sa validation.....25
 5-2-5 la surveillance thérapeutique.....26
 5-2-6 la prévention des situations de rupture.....27
 5-2-7 locaux et équipements.....27

CONCLUSION.....28

BIBLIOGRAPHIE.....29

INTRODUCTION

La démarche qualité, nouvelle pour les E.H.P.A.D., mais non pour les hôpitaux qui sont déjà soumis à l'«accréditation», ne doit pas être considérée comme un travail administratif mais comme l'occasion de s'interroger sur ce que l'on fait, si on le fait bien et comment mieux le faire. Elle doit permettre l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans les E.H.P.A.D.

Cette obligation de « démarche qualité » est le résultat de l'évolution du rapport entre notre société et le monde de la santé. Le patient qui, auparavant, était soumis au pouvoir médical, est devenu un usager avec des droits.

(Chartre des Droits du Patient (12), puis la loi d'Avril 2002 : Les Droits du Patient, Chartre des Droits et Libertés de la Personne Agée Dépendante).

La « démarche qualité » oblige les établissements à une grande transparence, ce qui devrait permettre de recréer le climat de confiance indispensable aux soins, et d'autre part, parce que son aboutissement, l'assurance qualité, est la garantie qu'une certaine qualité de soins sera effectivement donnée.

Dans cette démarche qualité nous pouvons et devons inclure la traçabilité du circuit du médicament. Pourquoi ce choix ?

Lorsqu'un médecin rédige une ordonnance, un processus est enclenché qui correspond au circuit du médicament dans l'EHPAD.

Les étapes clés de ce circuit sont : prescription, dispensation, distribution, administration, post-administration.

L'enjeu actuel est d'optimiser et de sécuriser ce circuit, objectif qui passe par une évaluation et un contrôle de qualité de l'ensemble du processus.

Aussi nous étudierons le circuit du médicament dans deux établissements afin d'évaluer les points forts et les points faibles.

L'objectif de ce travail est de tenter une réflexion sur « les moyens de limiter les erreurs médicamenteuses évitables liées aux éventuels dysfonctionnements du circuit du médicament », en proposant des solutions et des améliorations.

En effet, quel médecin n'a pas été appelé par une infirmière pour connaître la conduite à tenir du fait de l'absorption accidentelle des médicaments du voisin de table ou de chambre ?

Que faire, quels aménagements, quelles améliorations apporter dans le rangement et la distribution des médicaments afin d'optimiser la sécurité ?

1 - QUELQUES DEFINITIONS

1-1 - Qu'est-ce qu'un médicament :

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

[d'après la définition européenne du médicament (1) et sa transposition en Droit Français (2)]

Le médicament est donc un produit de consommation particulier :

1 - Il a une vocation de santé publique : c'est un produit réglementé qui n'est pas soumis aux mêmes lois de l'offre et de la demande qu'un produit de consommation courante.

2 - C'est un produit actif nécessaire à la santé, mais qui peut comporter des risques.

3 - La dispensation en EHPAD fait suite à une prescription médicale. Le médecin vérifie le bien-fondé de la prise du médicament et indique au patient les conditions de bonne utilisation et la posologie à respecter (durée du traitement, nombre et modes de prises...). Il précise, le cas échéant, les interactions pouvant se produire avec d'autres médicaments ou substances (alcool...) et la survenue éventuelle d'effets indésirables.

4 - Une notice obligatoire (Article R.5143-4 du Code de la Santé Publique) est incluse dans chaque boîte de médicament.

A la lecture de ces définitions apparaissent déjà quelques difficultés auxquelles nous allons être confrontés, difficultés liées à la population particulière dont nous avons la responsabilité : personnes âgées parfois malvoyantes ou malentendantes, voire démentes

Il est important de savoir à quoi sert le médicament, quels sont les risques en cas d'arrêt, s'il existe des interactions... Cette connaissance dépend du niveau cognitif de la personne âgée, mais aussi des relations avec les différents professionnels de santé.

1-2 – Qu'est-ce que la traçabilité :

La traçabilité est définie comme l'aptitude à retrouver l'historique, l'utilisation ou la localisation d'une entité, d'un article ou d'une activité, ou d'articles ou d'activités semblables, au moyen d'identifications enregistrées (définition de la traçabilité ISO 8402).(3)

Elle permet de suivre et donc de retrouver un produit ou un service depuis sa création (production) jusqu'à sa destruction (consommation). (définition de la traçabilité ISO 8402).(3)

Dans un EHPAD ce sera l'ensemble des mesures permettant de suivre et de retrouver rapidement chacune des étapes du circuit du médicament, ces différentes étapes s'organisant de façon coordonnée autour du résident et comprenant :

- la prescription,
- la dispensation,
- l'administration,
- et la post-administration.

2 - LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

Le médecin prescrit,
le pharmacien délivre
et l'infirmière administre les médicaments.(4)(11)

Le résident bénéficie du traitement (de ses bienfaits et de sa iatrogénie !).

L'infirmier est l'acteur principal et l'ultime intervenant pour éviter l'erreur médicamenteuse dans ce processus dont les enjeux majeurs sont la sécurité et la qualité de la prise en charge thérapeutique du résident.

2-1 – le circuit du médicament :

2-1-1 - La prescription du médicament : (le rôle du médecin traitant)

La prescription est le point de départ d'un des processus organisationnels majeurs qu'est le circuit du médicament, de sa qualité va dépendre la qualité des autres étapes : dispensation et administration.

A ce stade une insuffisance de précision sera génératrice d'erreurs dans l'exécution des 2 autres étapes, c'est un acte décisionnel majeur pour le résident.

- Il s'agit d'un acte médical qui doit être lisible.
- Le prescripteur comme le résident doivent être identifiés.

- L'information concernant le médicament doit être la plus précise possible et doit spécifier
 - la forme galénique,
 - le schéma posologique (doses, horaire,...)
 - la durée de validité de la prescription.
 - la voie d'administration,
- Il faudrait éviter les retranscriptions, sources d'erreurs, d'où l'intérêt de l'informatique.
- La prescription doit être dûment formalisée et doit être transmise à tous les acteurs du circuit du médicament.

Elle est écrite ou saisie par le prescripteur sur support papier ou informatique, sous la forme d'une ordonnance. L'informatisation, facteur de sécurisation, doit être encouragée.

Le support de prescription doit répondre aux caractéristiques suivantes : (7)

- respect des mentions légales de la prescription,
- garder une cohérence entre les prescripteurs pour un même résidant,
- permettre l'accès à l'historique du traitement antérieur et faciliter les échanges d'information entre les différents intervenants.
- être unique pour un résidant donné et pour la période concernée.
- être accessible en permanence aux différents professionnels concernés et leur permettre d'avoir une vision globale de la prise en charge thérapeutique du patient.
- faciliter les échanges d'informations entre les différents intervenants.
- permettre la traçabilité.
- interdire toute falsification, par l'apposition de la signature du prescripteur dans un emplacement approprié. L'authentification électronique est un gage de sécurité dans un système informatique avec verrouillage.

Une prescription établie dans une situation d'urgence peut-être donnée oralement par le médecin puis retranscrite secondairement.

2-1-2 - La dispensation du médicament : (le rôle du pharmacien)

C'est l'acte pharmaceutique consécutif à la prescription médicale.

La dispensation est définie dans le code de santé publique (article R. 5015-48) comme l'acte pharmaceutique associant à la délivrance des médicaments :

- **l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale,**
- **la validation de la prescription,**
- **la préparation éventuelle des doses à administrer,**
- **la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament** (elles s'appuient sur le résumé des caractéristiques du produit –RCP).

L'analyse pharmaco-thérapeutique des ordonnances relève exclusivement de la compétence pharmaceutique.

Certaines composantes de l'acte de dispensation notamment l'analyse réglementaire de la prescription, l'information des personnels infirmiers et la délivrance des médicaments peuvent relever du rôle du préparateur en pharmacie qui a reçu délégation.

L'informatisation totale du circuit du médicament facilite à la fois la réalisation de l'étape de dispensation et l'interface avec l'étape précédente (prescription) et avec l'étape suivante (administration).

2-1-3 - L'administration du médicament : (le rôle de l'infirmière)

L'administration, dernière étape du circuit du médicament, succède obligatoirement aux étapes de prescription et dispensation dont l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance.

C'est à cette phase que tous les risques potentiels générés dans les étapes de prescription et de dispensation peuvent se concrétiser par des erreurs médicamenteuses avérées. De plus cette phase est elle-même génératrice de risques qui sont liés notamment à la confusion entre patients et entre médicaments et aux erreurs de dose.

Le processus d'administration du médicament repose sur un enchaînement d'étapes.

Il est le plus souvent assuré par une infirmière.

Il comprend :

- la prise de connaissance de la prescription médicale,
- la préparation des actes d'administration des médicaments,
- la distribution des médicaments couplée à l'information du résident,
- l'acte d'administration proprement dit,
- l'enregistrement de l'administration,
- la surveillance thérapeutique du résident.

Certaines étapes peuvent être optimisées par l'outil informatique, d'autant que la retranscription de la prescription d'un médicament constitue une source d'erreur. Elle est donc à proscrire.

La règle à adopter est que le document servant à la prescription médicale soit utilisé pour l'enregistrement de l'administration des médicaments.

D'ou l'intérêt d'ordonnances en 4 exemplaires : un exemplaire pour le pharmacien, un deuxième pour le dossier de soins, un autre pour le chariot de médicaments et le dernier exemplaire pour le résident sans troubles cognitifs.

2-2 - Etat des lieux juridiques du rôle de l'infirmière (5)(6)(7) :

- Décret de compétence du 11.02.2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e).
- Article 5194 du CSP (Code de Santé Publique)(décret du 31 mars 1999) décrivant les mentions légales relatives à la prescription.
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.
Cet arrêté mentionne la nécessité d'organiser le circuit du médicament dans les conditions précises qui permettent de limiter les incidents liés au médicament.

Les activités du personnel infirmier sont définies par les textes législatifs et réglementaires relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ainsi qu'aux règles professionnelles.(5)

L'article 5 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (5) lui attribue, dans le cadre de son rôle propre,

« l'aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable,
la vérification de leur prise
la surveillance de leurs effets
et l'éducation du patient ».

L'article 6, qui concerne les actes réalisés sur prescription médicale, habilite l'infirmier pour « l'administration des médicaments sans préjudice des dispositions de l'article 5 » cité.

Par ailleurs, l'article 4 précise que lorsque les actes accomplis relèvent de son rôle propre et « sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social, ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants (AS), d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques (AMP) qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation ».

Il ressort de ce texte, en accord avec la circulaire DGS/P 53/DAS/99/320 du 4 juin 1999 qui fait état de l'avis du Conseil d'Etat rendu le 9 mars 1999, que la fonction «distribution des médicaments » dans les établissements sociaux ou médico-sociaux doit être scindée en plusieurs étapes et faire l'objet d'une analyse concernant la nature du médicament et les circonstances de sa prise.

2-3 - le rôle de l'infirmière dans le circuit du médicament :

2-3-1 - La préparation du médicament :

Dans tous les cas, elle relève uniquement de la fonction de l'infirmière.

Elle exige une attention soutenue.

La conception et l'organisation de la zone de préparation de cette administration doit permettre un exercice efficace et sécurisé.

2-3-2 - La distribution et l'administration du médicament :

L'aide à la prise, la vérification de la prise, et la surveillance des effets peut être confiées, sous la responsabilité de l'infirmier, aux auxiliaires cités et formés (aides-soignants et aides-médoco-psychologiques).

Concernant les autres salariés sans qualification, ils ne peuvent aider à la prise de médicament que s'il s'agit d'un acte de la «vie courante», c'est-à-dire **lorsque la prise est confiée par le médecin prescripteur au résident lui-même** et que cette prise « ne présente pas de difficulté particulière ni ne nécessite un apprentissage ». Ces personnes doivent avoir été suffisamment informées.(6)

Aussi que nous dit le décret du 31 mars 1999 ? :

« ...pour chaque médicament la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical... »

ce qui signifie que chaque prescription doit être validée soit sur la fiche posologique de suivi, soit dans la partie « validation de l'administration médicamenteuse » du dossier informatique.

La phase d'administration du médicament comprend la phase de distribution et la phase d'administration propre.

Lors de la remise des médicaments au résident, l'infirmière réalise les vérifications suivantes :

- **l'identité du résident,**
- **la concordance entre l'identité du résident et celle figurant sur la prescription médicale,**
- **le nom du médicament au regard de la prescription médicale,**
- **l'horaire d'administration,**
- **l'aspect du médicament.**

3 – LE RECUEIL DES DONNEES DE L'ETUDE

3-1 - le choix des établissements :

Etant installé comme médecin généraliste en milieu rural, j'interviens régulièrement dans les différentes maisons de retraite du secteur tant communal que cantonal. Je me suis toujours intéressé à la personne âgée vieillissante qu'elle ait intégré une unité retraite ou qu'elle soit restée à son domicile.

Lors de la formation comme futur médecin coordonnateur et au vu du fonctionnement des différentes unités de retraite locales, je me suis intéressé au circuit des médicaments : de la prescription par les médecins à l'absorption par les résidents, du devenir de l'ordonnance à la répartition des thérapeutiques dans les piluliers.

Aussi pour des raisons de facilité, j'ai obtenu l'autorisation d'effectuer ce travail dans deux maisons de retraite privées.

3-2 – modalités de recueil des données :

J'ai demandé aux personnes responsables de l'organisation du circuit du médicament, c'est à dire une infirmière pour un établissement et une aide-soignante pour l'autre, de m'établir un rapport aussi détaillé que possible de ce circuit dans leur établissement respectif.

3-3 – les résultats :

L'étude porte sur deux maisons de retraite privées que nous appellerons
« Résidence X... » et « Résidence Y... ».

« RESIDENCE X... »

16 résidents

âge moyen : 89 ans

GIR moyen pondéré : 805,62

	1 directeur	
2 aide-soignante	16 agents de service	1 veilleuse de nuit
2 cuisinier(e)s	0 infirmière (intervention d'une infirmière libérale)	

la population des résidents : et sa représentation selon le « girage » :

GIR 1 et 2 : 10 résidents soit 63 %

GIR 3 et 4 : 5 résidents soit 31 %

GIR 5 et 6 : 1 résident soit 6 %

- Les médecins traitants sont prévenus, une semaine à l'avance de la nécessité de passer pour le renouvellement des médicaments. Lors de leur passage, ils rédigent l'ordonnance ou sur papier, ou par l'intermédiaire du dossier informatisé.

L'ordonnance est faxée à la pharmacie par l'aide soignante qui effectue les éventuelles modifications sur la fiche cartonnée des traitements, fiche utilisée pour la préparation des piluliers.

Les médicaments sont livrés par la pharmacie en fin de journée, le lendemain, voire plus tard. Ils sont ensuite rangés soit par le directeur, soit par l'aide-soignante dans une boîte bleue de stockage, spécifique à chaque résident, boîte pilulier.

- Tous les lundis matins l'aide-soignante s'isole dans la pharmacie et prépare, pour la semaine, les remèdes dans les piluliers spécifiques à chaque résidant en suivant la fiche posologique préalablement rectifiée. Les piluliers sont stockés sur un chariot fermé à clé.

Les sachets et les gouttes sont à part avec une fiche posologique individuelle et sont donnés aux résidents avant chaque repas. Les ordonnances manuscrites sont retranscrites dans le dossier médical informatisé.

- La distribution des médicaments (sachet et gouttes éventuels) est effectuée tous les jours au moment des repas (à 8h 45, 11h 45 et 17h 45) par l'aide-soignante ou l'agent de service qui vérifie leur « réelle » absorption par la personne âgée.

Ce système présente deux failles :

- un risque d'absorption par erreur par un résident désorienté, si les piluliers sont disposés en avance sur les tables.
 - et le risque de chute des piluliers avec mélange des thérapeutiques.
-
- Les médicaments pour la nuit sont distribués par la veilleuse. Ils ont préalablement été répartis dans des boîtes fermées par un couvercle et personnalisées au nom du résident.

« RESIDENCE Y... »

50 résidents

âge moyen : 86 ans

GIR moyen pondéré : 681,20

1 Directeur	1 Secrétaire	1 Infirmière coordonnatrice
2 Aides-soignantes	1 AMP	14 Agents de service
1 Animatrice	1 Cuisinière	

la population des résidents et sa représentation selon le « girage » :

GIR 1 et 2 : 28 résidents soit 56 %

GIR 3 et 4 : 16 résidents soit 32 %

GIR 5 et 6 : 6 résidents soit 12 %

Le circuit du médicament :

Lors de **la prescription**, et avant le départ du médecin (si possible), l'infirmière relit les ordonnances, qui peuvent être manuscrites ou informatisées, pour confirmer les dosages et les posologies.

Elle **élabore** ensuite **une fiche posologique** reprenant le traitement quotidien :

Dr ...				
Nom du patient		numéro de chambre		
médicaments	matin	midi	soir	nuit
Comprimés, gélules,...				
Sachets, ampoules,...				
Sirop, gouttes,...				
Patch,...				
Collyres,...				
Aérosol,...				

L'infirmière vérifie le stock puis faxe les ordonnances à la pharmacie.

La livraison a lieu le jour même, le lendemain, voire plus tard ; en cas de prescription urgente il y a la possibilité d'utiliser la réserve.

La préparation des médicaments est effectuée par l'infirmière le mardi.

Elle utilise l'ordonnance et la fiche posologique.

Elle vérifie les dosages et la date de péremption.

Cette phase de travail nécessite d'être très disponible car l'interruption d'un pilulier en cours de préparation peut entraîner un risque d'erreur ou d'oubli.

La répartition des thérapeutiques s'effectue dans de petits pots non jetables de couleurs différentes :
bleu le matin,
rouge le soir,
noir pour la nuit.

Chaque petit pot comporte un couvercle, sur chaque petit pot est inscrit le nom du résident.

Ils sont ensuite placés sur trois plateaux différents qui présentent des emplacements au nom des résidents.

Cette organisation permet de répartir le contenu des semainiers :

Le plateau pour le soir est porté en cuisine pour 17h (horaire du premier service),

Le plateau pour la nuit reste en pharmacie,

Le plateau pour le matin : chaque petit pot est déposé sur le plateau correspondant du résident.

Les chariots ainsi préparés sont rangés dans un local cuisine fermé à clé, pour n'en ressortir qu'au moment de la distribution.

La distribution des médicaments :

- **Le matin** : la distribution s'effectue à partir du chariot préparé et rangé la veille dans le local cuisine.
- **Le midi** : elle s'effectue en salle à manger lors du passage du « chariot transporteur des semainiers »
La personne responsable de cette distribution surveille si la prise médicamenteuse est effective et répond aux questions du résident sur son traitement.
- **Le soir** : les petits pots de couleur rouge sont remis aux résidents lors du dîner, la prise effective des médicaments est vérifiée par la personne responsable de la distribution. Les gouttes et les sirops sont distribués dans un deuxième temps.
- **La nuit** : les petits pots noir sont distribués à chaque résident par la veilleuse de nuit lors de sa ronde. Elle présente les « gouttes pour dormir » dans un deuxième temps, cette distribution s'effectue selon la fiche posologique établie.

4 - ANALYSE ET DISCUSSION :

4-1 – résidence X... :

Points forts	Le circuit du médicament	Points faibles
<p>Existence d'un dossier médical informatisé</p>	<p><u>La prescription</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de médecins traitants entrent leurs données dans l'ordinateur (observation, ordonnances...). - C'est une aide soignante qui est responsable coordonnatrice. - Retranscription de l'ordonnance papier dans le dossier informatique par l'AS.
<ul style="list-style-type: none"> - l'AS s'isole lors de la préparation des piluliers - Piluliers avec étiquetage individuel et rangés dans un chariot fermé à clé - Médicaments distribués aux résidents individuellement avec vérification de la prise 	<p><u>La dispensation et la distribution</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sachets et gouttes avec fiche posologique sur un chariot non fermé à clé. - Boîtes de médicaments disposées à l'avance sur les tables (danger ! car risque d'absorption par un patient désorienté). - Risque de chutes des piluliers avec mélange des médicaments. - Distribution des médicaments par le personnel de service lors des jours de congé de l'AS.

Un des points fort de cette unité est sa petite taille ainsi qu'une bonne entente du personnel et une responsabilité plus grande de chacune des employés.

Cela permet de répondre partiellement aux points faibles : la lourde responsabilité de distribution des médicaments par un personnel de service de confiance.

4-2 – résidence Y... :

Points forts	Circuit du médicament	Points faibles
	<p><u>La prescription</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Absence du prescripteur lors des modifications de traitement - Illisibilité ou difficulté de lecture des ordonnances manuscrites
<p>Permet une vérification de la prescription</p> <p>Les comprimés sont sortis de leurs blisters, ce qui facilite la prise par les personnes âgées dont la dextérité est moins performante</p>	<p style="text-align: center;"><u>La dispensation et la distribution</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Elaboration de la fiche posologique</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Préparation des semainiers</u></p> <p style="text-align: center;"><u>Utilisation de petits pots individuels</u></p>	<p>Retranscription (source d'erreurs)</p> <p>Pour éviter les erreurs, nécessité de travailler en double sur le poste infirmier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manipulation supplémentaires des médicaments - Nettoyage, essuyage des petits pots de distribution (perte de temps) - Le résident valide peut dissimuler la prise de ces médicaments, voire les stocker (danger !)

Dans le cas particulier des laxatifs, il semble important de faire référence aux transmissions avant de procéder à la distribution du fait de leur préparation en avance.

5 - REFLEXIONS ET PROPOSITIONS : (7)

Les personnes âgées sont les premières consommatrices de médicaments.

En juin 2003, un rapport de la Cour des Comptes montrait que les personnes âgées consomment de trois à quatre fois plus que les autres catégories de Français. Contraintes à la polymédication, les personnes âgées sont des patients exigeants en terme de prescription médicamenteuse : une pathologie = un médicament, et il est souvent difficile de les faire revenir en arrière en leur proposant de supprimer un médicament de leur trop longue ordonnance.

Un long travail doit être mené par les professionnels pour faire comprendre à la personne âgée que le traitement thérapeutique doit toujours être prescrit en tenant compte de son état de santé global et du rapport bénéfice-risque de chaque médicament.

Ainsi que l'on soit professionnel ou proche d'une personne âgée, un jour va se poser le problème de la distribution des médicaments et de la sécurité de cet acte.

5-1 - La personne âgée et son traitement :

Ce paragraphe reprend et met en valeur quelques conseils à formuler auprès des différents salariés des maisons de retraite. Car ce personnel, aidant professionnel, est amené à aider une personne âgée à suivre son traitement médicamenteux.

Aussi quelles sont les questions à se poser ? Quelles sont les choses à faire et à ne pas faire ?

(d'après un dossier réalisé à l'aide des documents élaborés par le CRESIF (Comité Régional d'Education pour la Santé Ile-de-France).

Quelques grands principes sont à respecter pour préserver l'autonomie de la personne âgée.

Les exemples sont nombreux en matière de difficultés liées à la prise de médicaments par les personnes âgées. On ne compte plus le nombre de flacons difficiles à ouvrir (70 % des personnes âgées éprouvent des difficultés à ouvrir un flacon), les comprimés sécables de petite taille, les ampoules buvables à casser, les gros comprimés à avaler,...

Vous pouvez aider une personne âgée à prendre ses médicaments tout en respectant la réglementation qui spécifie que la prise de médicament doit être laissée à l'initiative du résident si cette prise ne présente pas de difficulté particulière, ni ne nécessite un apprentissage.

- Il faut **savoir être discret** : avant tout il s'agit de préserver l'autonomie de la personne et de ne pas se substituer à elle.
- Il **ne** faut **jamais donner l'impression que la personne âgée perd pied**, et valoriser tout ce qu'elle peut encore faire.
- Il faut **être attentif aux effets secondaires** et les signaler à l'infirmière ou au médecin si la personne âgée ne le fait pas elle-même.
- Il faut **savoir attendre qu'une demande soit formulée**, mais rester attentif aux excès ou aux oublis de médicaments.
- Il faut **bien expliquer l'utilité des médicaments**, même si aucun effet immédiat n'est attendu, comme dans le cas de certains traitements tel que hypotenseurs, hypocholestérolémiants,...
- **Le bon suivi du traitement est une construction collective (patient, médecin, pharmacien, infirmière, aide-soignante, famille)**, mais pour que la personne âgée maintienne son autonomie, il est important de bien la renseigner sur les modalités de prise de ses médicaments afin qu'elle puisse les adapter tout en assurant l'efficacité de son traitement.

Ceci ne va pas être sans poser quelques problèmes dans la population spécifique à nos établissements du fait du vieillissement des résidents et de la présence de plus en plus grande de personnes atteintes de troubles cognitifs.

5-2 – quelques réflexions et suggestions :

5-2-1 – la prescription : rôle du médecin traitant

« le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire, veiller à leur bonne compréhension... ».(18)

- Elle **doit** impérativement **préciser l'identité du prescripteur et du résident**.
- Elle **doit être écrite, précise et lisible** pour éviter les erreurs.
- Il est important de **transmettre l'ordonnance à tous les acteurs du circuit :**
 - 1 exemplaire pour le pharmacien,
 - 1 exemplaire pour le dossier de soins,
 - 1 exemplaire pour l'infirmière sur le chariot de distribution,
 - 1 exemplaire pour le résident sans troubles cognitifs.

Il paraît indispensable **d'avoir une ordonnance en 4 exemplaires** ou par l'intermédiaire du **dossier informatisé** ou par la **photocopie de l'ordonnance papier** en 4 exemplaires, ceci **afin d'éviter les erreurs de transcription**.

- Le support, quel qu'il soit, **doit interdire toute falsification** (verrouillage informatique).
- Il semble **important que l'infirmière coordonnatrice** (ou le médecin coordonnateur) **soit présente dans le cas d'une prescription papier non informatisé afin d'éviter les erreurs de lecture**, surtout si des modifications thérapeutiques sont envisagées.
- Il est important de prévoir un **lieu unique de dépôt des ordonnances**.
- La **prescription orale doit être exceptionnelle et doit systématiquement et dès que possible être écrite** (cas d'une prescription dans une situation urgente).(19)

5-2-2 – la dispensation : rôle du pharmacien

Il semble **important d'avoir un pharmacien référent** si l'EHPAD ne possède pas de pharmacie interne, ce qui permet une **première vérification de l'ordonnance** avec ses éventuelles modifications par comparaison aux précédentes (cas de plusieurs prescripteurs successifs, cas de modifications thérapeutiques, ...).

5-2-3 – la préparation : rôle de l’infirmière (19)

- Elle doit répondre à deux principes : **hygiène et sécurité.**
- **Le personnel infirmier** responsable de cette phase **doit pouvoir s’isoler dans un lieu sécurisé.**
- Il faut **vérifier que les ordonnances successives de plusieurs médecins sont bien prises en compte par les différents prescripteurs** et modifiés sur les différentes fiches posologiques et de suivi.
- Il semble donc important que **l’infirmière soit en possession d’une photocopie de l’ordonnance**, pour éviter les retranscriptions, source d’erreur.
- **L’infirmière doit vérifier pour chaque médicament** : nom, dosage, forme, date de péremption et intégrité de l’emballage.
- Les **médicaments** doivent être **identifiables et placés dans un support de distribution nominatif.**

5-2-4 - L’administration proprement dite du médicament et sa validation : (7)

L’acte d’administration proprement dit consiste à faire prendre un médicament à un résident.

Cette activité nécessite le respect des règles d’hygiène et la participation de la personne âgée dans la mesure de ses capacités qui seront évaluées dès son entrée, puis réévaluer de façon régulière.

Pour sécuriser cette étape d’administration, il va falloir :

- « **Contrôler simultanément l’identité du résident versus la prescription médicale et l’identité du médicament versus la prescription médicale** ».(19)(20)
- Créer un **carnet de suivi de traitement** associé au pilulier, avec un exemplaire de l’ordonnance,
- que **l’infirmière dépose les médicaments « per os » conditionnés en présence du résident dans un récipient destiné à cet effet, le médicament doit rester identifiable jusqu’au moment de la prise.**

- qu'ensuite **l'infirmier s'assure de la réelle prise du médicament**, en aidant à la prise si le résident ne peut pas les prendre lui-même (éventuellement en déléguant aux AS ou aux AMP),
 - **qu'il maintienne le chariot de distribution des médicaments fermé à clé** (à défaut ne pas le laisser sans surveillance),
 - et qu'enfin cette **administration médicamenteuse** soit **enregistrée** puis **validée**, en utilisant le document de prescription médicale car certains traitements ont des horaires de prise particuliers, d'autres des horaires plus souples,
- Il semble intéressant qu'au moment de l'administration, l'infirmière puisse valider directement auprès du résident la prise médicamenteuse par l'intermédiaire d'un organisateur électronique (par exemple),
- **la date d'arrêt de l'administration du traitement doit figurer clairement sur le document d'enregistrement.**

5-2-5 - La surveillance thérapeutique :

L'infirmier doit transmettre ses observations et ses interrogations au médecin prescripteur, éventuellement au médecin coordonnateur.

Cette surveillance a pour objectif

- **de vérifier l'efficacité thérapeutique et**
- **de détecter les effets indésirables** liés au traitement, pendant et après son administration.

Elle est assurée conjointement par l'infirmier, le prescripteur, le médecin coordonnateur, et dépend de la relation de ces professionnels avec les résidents. La personne âgée, dans la mesure de ses capacités est également un acteur important de cette surveillance.

- **Les bénéfices thérapeutiques sont mentionnés dans le dossier de soin du résident** en termes de résultats observés (cliniques, biologiques, psychologiques,...), **comme les effets indésirables.**

- Les éléments de surveillance lors de la prise (avant et après), les signes et symptômes manifestes (avant la prise et après la prise), la qualité de l'observance par le patient sont notés dans le dossier de soin du résident **en signalant toute « non-prise » médicamenteuse.**

5-2-5 - La prévention des situations de rupture :

Il faut être très vigilant lors des phases de rupture comme l'entrée en institution de la personne âgée, une hospitalisation, la perte d'un proche, un changement de médecin, un conflit familial,...

La personne âgée peut perdre ses repères et le suivi thérapeutique peut être perturbé.

Il est nécessaire de chercher à lui donner le plus d'autonomie possible et ne pas systématiquement tout prendre en charge.

Même s'il s'avère utile d'insister sur l'importance du rôle de l'infirmière, il est tout aussi important d'aborder le problème des locaux et du matériel.

5-2-6 - Locaux et équipements : (10)

Qu'il s'agisse des chariots d'urgence, des chariots de distribution des médicaments ou du matériel utilisé pour le rangement des médicaments, le choix de tous ces matériels doit répondre aux critères de sécurité, de confidentialité, d'hygiène, d'ergonomie et de fiabilité.

Les **locaux** doivent être **fonctionnels** et devraient comprendre, un peu comme en milieu hospitalier :

- une zone de stockage des médicaments et des dispositifs médicaux nécessaires aux soins, les **médicaments** étant **stockés dans des armoires fermant à clé**. Cette pièce doit permettre la préparation des médicaments.
- Une zone de gestion des soins avec les équipements informatiques et les outils de communication adaptés.
- **L'accès à ces différentes zones doit être protégé et limité aux personnels autorisés.**

CONCLUSION

La rédaction d'une ordonnance, acte quotidien et d'apparence banal, est lourde de conséquences et enclenche un processus très important : le circuit du médicament.

Ce travail a tenté de montrer l'importance des différentes phases que sont la préparation, la distribution et l'administration des médicaments dans le milieu gériatrique des maisons de retraite.

Il a aussi montré, en analysant le processus dans deux établissements locaux, qu'une réflexion et une réorganisation s'avèrent indispensables pour une amélioration des différentes étapes de ce circuit afin d'accroître la sécurité et la qualité des soins.

Cette réflexion montre le rôle essentiel du médecin coordonnateur dans l'amélioration de ce processus. Il doit s'investir totalement dans cette démarche qualité en impulsant toute l'équipe soignante pour mettre en place des objectifs d'amélioration de la traçabilité du circuit des médicaments.

A partir du document de l'ANAES, chaque médecin coordonnateur est capable de concevoir une fiche (comme pour les chutes, les escarres, etc...) qui va être le support de la traçabilité sans faille du circuit du médicament en EHPAD.

Dans le cadre particulier d'une unité spécialisée de type Alzheimer, il faudrait réfléchir à la spécificité du circuit du médicament et aux aménagements à prévoir du fait des troubles cognitifs des résidents.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Directive 65/65/CEE du 26 janvier 1965.
- (2) Ordonnance du 23 septembre 1967, modifiée le 31 décembre 1971 et le 10 juillet 1975, et insérée dans l'article L.511 du Code de la Santé Publique.
- (3) <http://www.technifor.fr/htm/Tracea/def.htm>
- (4) Danowicz A., Gestion de la pharmacie et des thérapeutiques,... cours du 14 mai 2004, DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD.
- (5) Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- (6) Réponse ministérielle à Jean-Louis Dumont, JO de l'Assemblée nationale du 29 décembre 2003, p.10004, n° 22793.
- (7) Pr R. LEVERGE, le circuit du médicament, informatisation : cas concrets, http://www.pharma.uhp-nancy.fr/formation/cours/despharma_hos/INFORM.pdf
- (8) http://www.agevillagepro.com/Article/index.jsp?ARTICLE_ID=3150&SECTION_ID=3
- (9) http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/reco_soinehpad/rbps_ehpad.pdf
Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD.
- (10) Guide des pratiques professionnelles sur la prise en charge thérapeutique du patient hospitalisé : le circuit du médicament (document mis en consultation pour avis avant validation).

- (11) <http://www.legifrance.gouv.fr>
- (12) Circulaire n°666 du 30 janvier 1986 BOMS Fascicule spécial 86/11bis.
- (13) Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de Santé.
- (14) L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé (DHOS), messages relatifs à la prescription et à la dispensation des médicaments (fascicule spécial n° 2002/2bis).
- (15) Welfringer MA et al., Prévention de la iatrogénie médicamenteuse en gériatrie : une démarche qualité appliquée au circuit du médicament. La Revue de Gériatrie 1999 ; 24 :767-776.
- (16) Piquet C. et al., Effets indésirables et erreurs de médication : incidence et rôle De l'organisation du circuit du médicament. Thérapie 1999 ; 54 : 49-53.
- (17) Doucet J., Médicaments et personnes âgées. 40, Soins Gériatrie 03/2003.
- (18) Code de Déontologie Médicale, Article34, décret 95-1000 du 6 septembre 1995.
- (19) C.R.M.D.M.(Comité Régional du Médicament et des Dispositifs Médicaux) Les Bonnes Pratiques d'Administration des Médicaments, A.R.H. (Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre), édition 2002.
- (20) Schmitt E., Le risque médicamenteux nosocomial, Ed Masson, 1999, 96-138.

RESUME :

La traçabilité du circuit du médicament doit être prévue dans la démarche qualité des EHPAD.

Après un descriptif du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration), le rôle de chaque acteur (médecin, pharmacien, infirmière) est étudié.

Le dispositif est analysé dans deux établissements ; ce qui permet de proposer des améliorations de fonctionnement de ce circuit.