

UNIVERSITE RENE DESCARTES – PARIS V
Faculté Cochin- Port Royal

***RESPONSABILITE DE L'IDEC DANS L'ADMINISTRATION DES
MEDICAMENTS EN EHPAD :***
de la réglementation à la réalité sur le terrain

Agnès BODECHON-BARBIER

**DIPLOME UNIVERSITAIRE Infirmière Référente en EHPAD et en
SSIAD (DU IRES)**

Année universitaire 2013/2014

Directeur de mémoire

Madame Marie-France GUEREL

Infirmière Diplômée d'Etat,

Ancienne Directrice d'EHPAD

Evaluatrice d'audit externe en Etablissements médicaux sociaux.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
INTRODUCTION	6
METHODOLOGIE	8
PREAMBULE	9
Le circuit du médicament	9
En EHPAD : qui fait quoi ?	10
Un peu de vocabulaire	12
1 - LE CADRE REGLEMENTAIRE	14
Administration des médicaments	14
Rôle de l'infirmière dans l'administration des médicaments	14
- administration des médicaments	
- situation d'urgence	
- protocoles de soins infirmiers et gestion du dossier de soins infirmiers	
Collaboration des aides-soignantes et aides médico-psychologiques	15
Responsabilité de l'infirmière dans l'administration des médicaments	17
2 – LES BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS	
Préparation des traitements	18
Administration	19
- collaboration avec l'AS ou l'AMP	
- cas particuliers	

1 - écrasement des médicaments	
2 - formes multidoses (collyres, buvables...)	
3 - dispositifs doseurs	
4 - dispositifs transdermiques	
5 - formes injectables	
6 - morphiniques	
Enregistrement de l'administration	21
Surveillance thérapeutique du patient	22
Pharmacovigilance	22
MEMO	23
3 – RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE	25
Responsabilité professionnelle de l'IDE	25
1 - les situations à risque	
2 - les précautions à prendre	
3 - le dossier de soins infirmiers	
Obligations du cadre soignant en matière d'organisation et de contrôle des soins	28
Quelques jurisprudences	30
4 – ENQUETE SUR LE TERRAIN	33
Conception du questionnaire	
Objectif	
Synthèse des réponses	
5 – DISCUSSION	42
Les points critiques	43
1- évaluation de la dispensation des médicaments	
2- IDE vacataires/intérimaires	44
3- prescriptions et protocoles de soins	

4- préparation des doses à administrer	45
5- écrasement des formes orales sèches	47
6- collaboration avec les AS et AMP	48
7- préparation des formes buvables	49
8- acte d'administration	
9- respect des horaires de traitements	50
10- traçabilité de l'administration	51
11- déclaration des événements indésirables	53
12- évaluation globale du circuit du médicament	
13- responsabilité de l'IDEC	56
CONCLUSION	58
ANNEXES	60
<u>1 – enquête sur le terrain</u> – Questionnaire envoyé	61
2 – <u>« Circuit du médicament – Réglementation et enjeux en EHPAD et SSIAD »</u> , Véronique Bertram.	66
3 – <u>bibliographie</u>	78

REMERCIEMENTS

au **docteur Georges Patat**

il m'a fait découvrir qu'il était possible d'accompagner dignement les personnes âgées jusqu'au bout, même avec une maladie d'Alzheimer, et m'a donné envie de « prendre soin » de nos aînés

à **Marie-France Guérel**

Elle a accepté de diriger mon mémoire, elle m'a accompagnée dans ma réflexion et m'a conseillée amicalement depuis le début de mon projet de changement de vie professionnelle

à **Grégory Ledoublée**, étudiant du DU IRES,

il m'a non seulement fait partager son enthousiasme pour le métier d'IDEC mais également permis de me confronter à la réalité de terrain en étant le tuteur de mon stage pratique* ... ce qui a été l'occasion pour moi de vérifier que j'étais sur la bonne voie

à **Jean-Pierre Barbier**, mon compagnon de vie,

il a supporté tous mes questionnements, mes hésitations, mes nuits blanches et m'a soutenue dans ma démarche de reconversion professionnelle qui va totalement modifier, une fois encore, notre façon de vivre

à **ma famille** et à **mes amis**

qui m'ont vivement encouragée dans mon projet

et à toutes celles et ceux qui m'ont aidée pour ce mémoire, je pense en particulier à **Ljiljana Jovic**, directeur des soins et conseillère technique, à la DOSMS de l'ARS Ile-de-France, à **Véronique Bertram**, pharmacien du groupe DomusVi, à **Brigitte Feuillebois** et **Simone Lesage**, coordonnatrice et conseillère pédagogique, du DU IRES.

* Je remercie également **Madame Marie-José KEIRLE-STOURM**, directrice de l'établissement Korian-Les Tybilles de Meudon (92) pour son accueil et ses encouragements dans mon projet.

INTRODUCTION

Mon projet professionnel

Après 5 années d'expatriation en République de Macédoine, mon retour en France l'an dernier a été l'occasion de repenser mon projet professionnel. D'abord infirmière hospitalière, puis journaliste santé, j'aspirais alors à recentrer ma vie professionnelle sur des valeurs humaines essentielles. Le fait d'avoir travaillé depuis 2007 avec le docteur Georges Patat, gérontologue à l'origine du concept d'accompagnement « Les Parentèles »¹ pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, a fortement contribué à me donner envie de « prendre soin » de nos aînés. C'est pourquoi le métier d'infirmière référente², cadre, coordinatrice des soins et des équipes de soins en EHPAD (ou IDEC³) m'a semblé totalement adapté. Accompagner la personne âgée dans le respect, la dignité et le bien-être ; contribuer à élaborer un projet de vie individualisé et un projet de soins qui lui garantissent de vivre pleinement sa vie personnelle, sociale et familiale jusqu'au bout, quel que soit son degré de dépendance, vont être désormais au cœur de mes préoccupations.

Pourquoi ce mémoire ?

Selon le Code de la Santé publique, « *l'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité*⁴ ». Parmi ses nombreuses missions, l'IDEC est non seulement chargée d'encadrer les équipes de soins mais aussi de veiller à l'application et à l'évaluation des

¹ Et fondateur du programme de formation « a-care solutions » pour accompagner les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (<http://acaresolutions.fr/>)

² Par commodité, j'utiliserai le féminin tout au long de mon mémoire. Que mes collègues et amis infirmiers, qui en ont l'habitude, ne m'en veuillent pas de ne pas appliquer ici les règles usuelles d'accord des genres...

³ Pour simplifier, j'utiliserai le terme d'IDEC, terme le plus souvent utilisé en EHPAD, tout au long de ce mémoire.

⁴ Article R4312-31 du décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé publique, Livre III : Auxiliaires médicaux, Titre Ier : Profession d'infirmier, Chapitre II : Règles professionnelles.

bonnes pratiques gériatriques ainsi qu'à l'organisation de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins en lien étroit avec le médecin coordonnateur. Par ailleurs, comme le Guide sur la Sécurisation du circuit du médicament en EHPAD(1)⁵ proposé par l'ARS Rhône-Alpes le précise : *« l'étape d'administration constitue l'étape ultime du circuit du médicament conduisant à sa prise effective par le résident. Outre qu'elle puisse elle-même être source d'erreurs (erreur de patient, de voie d'administration...), elle constitue le dernier verrou permettant de détecter et de prévenir la survenue d'une erreur médicamenteuse évitable générée lors des étapes préalables. »*

L'administration des médicaments étant non seulement de la responsabilité de l'infirmière mais aussi l'une des activités quotidiennes les plus à risque en EHPAD, Il m'a paru nécessaire de me pencher sur la question de ma future « responsabilité d'IDEC » dans cet acte de soins. L'OBJECTIF visé étant de mieux prévenir le risque d'erreur médicamenteuse afin que **« le BON médicament soit administré à la BONNE dose, au BON moment, par la BONNE voie d'administration au BON résident⁶ » !**

En partant de la réglementation, des bonnes pratiques, des obligations du cadre de santé, de la jurisprudence et d'une enquête sur le terrain auprès d'étudiants du DU IRES et d'IDEC en poste, ce travail de recherche se propose d'identifier :

- les risques inhérents à l'administration des médicaments,
 - les questions qui se posent au quotidien dans les EHPAD,
- afin d'identifier « la responsabilité de l'IDEC, garante de la qualité des soins, dans l'administration des médicaments en EHPAD ».**

⁵ Cf. p. 18.

⁶ Selon la règle des 5 'bon', qui est le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse.

METHODOLOGIE

Présentation de la démarche

Avant de pouvoir répondre à la question de la responsabilité de l'IDEC dans l'administration des médicaments en EHPAD qui sera l'objet de la **DISCUSSION finale de ce mémoire**, il m'a semblé utile :

- 1) de resituer l'administration des médicaments dans le contexte du circuit du médicament en EHPAD (**PREAMBULE**) ;
- 2) de partir du rôle de l'infirmière dans l'administration des médicaments et de rechercher l'ensemble des textes réglementaires qui le sous-tendent afin de pouvoir les décliner au fur et à mesure des différentes étapes de l'administration (**LE CADRE REGLEMENTAIRE**) ;
- 3) de recenser les bonnes pratiques d'administration des médicaments (**LES BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS**) ;
- 4) d'identifier la responsabilité professionnelle de l'infirmière et celle du cadre de santé et de rechercher des jurisprudences dans lesquelles des soignants (cadres, infirmières, aides-soignantes...) ont été condamnés pour des erreurs d'administration de médicaments (**RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE**) ;
- 5) de réaliser un questionnaire auprès des étudiants en formation (DU IRES) et/ou en poste d'IDEC en EHPAD afin de mettre en évidence les points qui posent le plus de problème sur le terrain (**ENQUETE DE TERRAIN**) ;
- 6) de contacter Ljiljana JOVIC, Directeur des soins, Conseillère technique régionale à la Direction de l'offre de soins et médico-sociale de l'ARS Ile-de-France afin de lui soumettre quelques-unes des questions qui se posent sur le terrain pour alimenter la discussion.

PREAMBULE

Le circuit du médicament

La préparation des médicaments, l'administration des traitements, le suivi et la surveillance de leurs effets, font partie des tâches centrales de l'activité des infirmières en EHPAD. En raison de leur âge, qui modifie à la fois leur physiologie mais aussi la pharmacocinétique des médicaments, et de leurs éventuelles polyopathologies, les résidents sont, par essence, très vulnérables au risque iatrogène des médicaments. En EHPAD, le circuit du médicament est donc « un processus à haut risque »⁽²⁾⁷.

Dans le Rapport de Philippe Verger sur *La politique du médicament en EHPAD*(3), l'annexe 2 décrit en particulier le circuit du médicament en EHPAD : « Dans le circuit du médicament, on évoque classiquement trois étapes : **prescription, dispensation et administration** des médicaments, mais le circuit du médicament est plus complexe en EHPAD. Il recouvre des étapes intermédiaires qui recèlent chacune des points critiques à maîtriser.

Le circuit comporte ainsi les étapes suivantes :

- la prescription (ordonnance),
- la gestion des ordonnances individuelles des personnes,
- la commande des médicaments des résidents et éventuellement le bon de commande pour le stock d'urgence,
- la réception de la commande par la pharmacie (Pharmacie à usage interne, PUI, ou officine),
- l'analyse et la validation de la prescription,
- la préparation des commandes, avec ou non mise en piluliers,
- la délivrance,
- la livraison,
- la réception et le stockage des médicaments dans l'établissement,
- l'administration des médicaments qui comporte le plus souvent la préparation des piluliers, la distribution des médicaments aux résidents,
- l'aide à la prise,

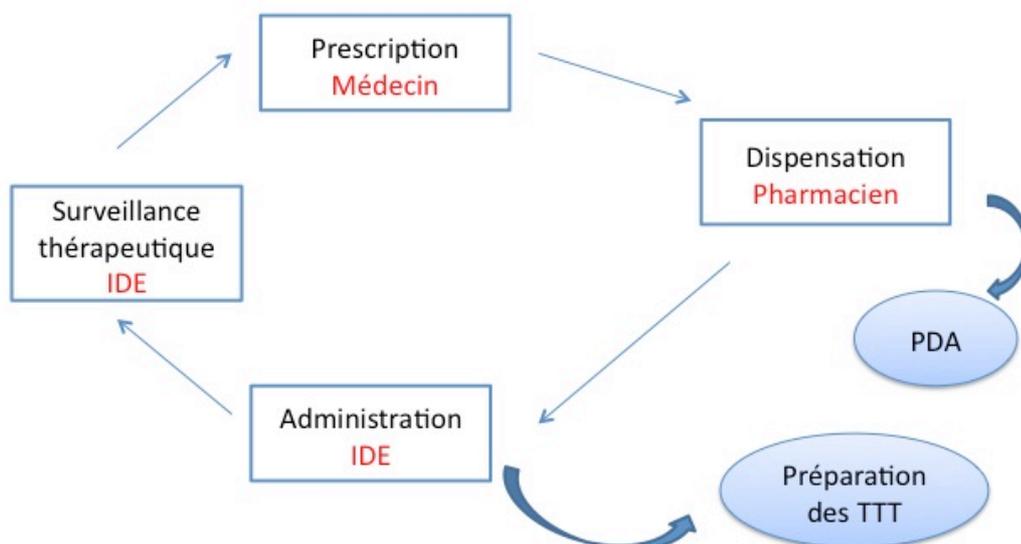
⁷ Cf. diapositive n°12.

- la traçabilité de l'administration et de la prise effective des médicaments,
- la surveillance des effets des médicaments,
- la gestion des médicaments non utilisés (MNU) et la gestion des périmés du stock d'urgence. »

En EHPAD : qui fait quoi ?

Pour la Haute autorité de santé(4), « le circuit du médicament est composé d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation, un acte pharmaceutique et l'administration, un acte infirmier ou médical. (...) Chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles qui peuvent engendrer des risques pour la santé du patient. »

Circuit du médicament



1/07/14

4

(PDA : Préparation des Doses à Administrer)

Source : BERTRAM Véronique, « Circuit du médicament – Réglementation et enjeux en EHPAD et SSIAD »(5), diapositive n°4.

► **Acteurs**

Chaque acteur contribue dans une logique d'enchaînement à sécuriser le processus, y compris le patient et/ou son entourage.

Prescripteur ¹	Pharmacien	Préparateur en pharmacie	Infirmier (ères)	Aide-soignant(s)	Patient ²
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prend une décision thérapeutique ■ Prescrit les médicaments selon la conformité à la réglementation, aux référentiels scientifiques actuels et de manière adaptée à l'état du patient ■ Finalise sa prescription par la rédaction d'une ordonnance, enregistre sa prescription dans le dossier du patient ■ Informe le patient et s'assure de son consentement le cas échéant écrit ■ Évalue l'efficacité du traitement et sa bonne tolérance ■ Réévalue la balance bénéfices/risques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse et valide la prescription ■ Emet une opinion en tant que de besoin ■ Prépare et fabrique les médicaments en tant que de besoin ■ Délivre les médicaments en s'assurant de la maîtrise des stocks ■ Assure la mise à disposition des informations nécessaires au professionnel de santé et au patient 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prépare et fabrique les médicaments sous le contrôle effectif du pharmacien ■ Délivre les médicaments sous contrôle effectif du pharmacien ■ Participe à la gestion des stocks 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifie la prescription ■ Prépare les doses à administrer extemporanément ■ Réassortit le stock ■ Vérifie la concordance entre la prescription, le médicament et le patient ■ Informe le patient et obtient son consentement ■ Administre les médicaments au patient ■ Enregistre l'acte d'administration ■ Suit les effets attendus et les réactions éventuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide à la prise sous la responsabilité de l'infirmier(ère) ■ Informe l'infirmier(ère) de toute modification d'état du patient ■ Participe au maintien de l'autonomie et à l'éducation du patient 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informe les précédents acteurs de ses traitements habituels pour conciliation ■ Communique les renseignements relatifs à ses facteurs de risque et allergies connues ■ S'informe sur son traitement et les effets indésirables éventuels ■ Observe les indications de bon usage du médicament ■ Participe en tant que partenaire de sa prise en charge médicamenteuse
Participent à l'éducation du patient / Participent à la surveillance du patient / Notifient les incidents/erreurs médicamenteuses					

Source : Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments(6), HAS, juillet 2011, cf. p 14.

Un peu de vocabulaire

Si la dénomination « prescription » est unanimement comprise par tous, il existe une certaine confusion quant à la signification des termes « dispensation », « délivrance », « distribution » et « administration » du médicament.

Pour une meilleure compréhension de ces expressions qui seront reprises tout au long de ce mémoire, je reprends ici une partie des définitions proposées dans le lexique de la brochure « Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient », diffusée par l'ANAP(7)⁸.

- **Dispensation**

Le pharmacien doit assurer, dans son intégralité, l'acte de dispensation du médicament qui comprend :

l'analyse pharmaceutique de la prescription médicale ;

la préparation éventuelle des doses de médicaments à administrer ;

la délivrance à l'unité de soins ;

la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments.

- **Délivrance**

Acte pharmaceutique consistant à délivrer les médicaments à l'unité de soins ; la délivrance peut être soit globale, soit individuelle.

- **Distribution**

Renvoie aux seules phases physiques de préparation et d'acheminement des médicaments.

- **Administration**

Acte infirmier comprenant :

la prise de connaissance de la prescription médicale,

⁸ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

la planification des actes d'administration des médicaments (plan d'administration),

la préparation de l'administration des médicaments,

la distribution des médicaments couplée à l'information du patient,

l'acte d'administration proprement dit,

l'enregistrement de l'administration,

la surveillance thérapeutique du patient.

1- LE CADRE REGLEMENTAIRE

Administration des médicaments

L'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 (...) et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du Code de la santé publique régit le rôle de chaque intervenant dans le circuit du médicament : le médecin traitant prescrit (section 1, articles 2 à 5), le pharmacien délivre (section 2, articles 6 et 7) et l'infirmière administre (article 8).

Art. 8. - Avant toute administration des médicaments au malade, le personnel infirmier vérifie l'identité du malade et les médicaments, au regard de la prescription médicale. Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le dossier médical. Ce document peut être communiqué à tout moment au pharmacien sur sa demande. Lorsque le médicament n'a pas été administré, le prescripteur et le pharmacien en sont informés.

Rôle de l'infirmière dans l'administration des médicaments

- Administration des médicaments

Le Code de la santé publique (CSP) confie aux infirmières la responsabilité :

1) de l'aide à la prise du médicament dans le cadre du rôle propre (article R4311-5-4) 2) de l'administration des médicaments relevant des actes qu'elles sont habilitées à pratiquer (article R4311-7-6).

Art. R4311-5 - Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable

5° Vérification de leur prise

6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient

Art. R4311-7 - L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et

quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5

- Situation relevant de l'urgence

Art. R. 4311-14 - En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

- Protocoles de soins infirmiers et gestion du dossier de soins infirmiers

Art. R4311-3 - Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires (...). Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Collaboration des aides-soignantes et aides médico-psychologiques

En EHPAD c'est encore le Code de la santé publique (CSP) qui permet aux infirmières d'assurer ces actes (aide à la prise et administration des médicaments) avec la collaboration des aides-soignantes (AS) et des aides médico-psychologiques (AMP) qu'elles encadrent (article R4311-4) dans les limites de la qualification reconnue à ces dernières du fait de leur formation.

Art. R4311-4 - Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification

reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Une collaboration précisée par la Circulaire DGS/PS 3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments(8) :

« La distribution de médicaments dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste peut être dans ce cas assurée non seulement par l'infirmier, mais par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites aux patients concernés et du moment de leur prise.

Inversement, lorsque la distribution du médicament ne peut s'analyser comme une aide à la prise apportée à une personne malade empêchée temporairement ou durablement d'accomplir certains gestes de la vie courante, elle relève de la compétence des auxiliaires médicaux habilités à cet effet (...). En ce qui concerne les infirmiers, ceux-ci seront compétents soit en vertu de leur rôle propre, soit en exécution d'une prescription médicale (...). Le libellé de la prescription médicale permettra, selon qu'il sera fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'actes de la vie courante. »

Dans ce cas, la mention « acte de la vie courante » est portée sur la prescription médicale comme prévu par l'article L 313-26 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Art. L313-26 - lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante.

Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.

A défaut de mention sur la prescription de la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, l'aide à la prise médicamenteuse est considérée comme une aide aux actes de la vie courante(1)⁹.

⁹ Cf. p. 20.

Responsabilité de l'infirmière dans l'administration des médicaments

Art. R. 4312-14 - L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

2 – LES BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Préparation des traitements (1)¹⁰

Si elle est faite par l'infirmière (dans les EHPAD sans Pharmacie à usage interne ou PUI), la préparation des traitements doit s'effectuer :

- à partir de la prescription médicale nominative du résident et du traitement individuel ;
- les piluliers doivent être étiquetés au nom et prénom du résident + photo + n° de chambre ;
- selon les règles d'hygiène, de qualité de conservation et de sécurité sanitaire (ne pas retirer les médicaments de leur conditionnement primaire) ;
- l'IDE ne doit pas être dérangée pendant la préparation, elle doit pouvoir disposer d'un plan de travail dédié situé, de préférence, dans le local où sont stockés les traitements des résidents ;
- l'entretien et le nettoyage régulier de l'ensemble du matériel et des contenants utilisés doivent être assurés ;
- les piluliers doivent être rangés dans des chariots de distribution adaptés et fermés à clef et entreposés dans un local fermé à clef en dehors des phases de distribution ;
- dans l'idéal, cette préparation est contrôlée par une IDE différente de celle qui l'a préparée.

A noter : La retranscription d'une prescription manuscrite ou informatisée est formellement interdite : c'est la principale source d'erreur du circuit du médicament !(5)¹¹

Bon à savoir : il existe actuellement un vide juridique concernant la préparation des doses à administrer (PDA) préparées par le pharmacien (préparation

¹⁰ Cf. p. 16 et suivantes.

¹¹ Diapositive n°24.

manuelle ou automatisée) dans le cadre d'une convention EHPAD-officine telle que prévue par l'article L 5126-6-1 du CSP(5)¹².

Administration

Lors de l'administration, il convient de :

- s'assurer de la concordance entre l'identité du résident, celle figurant sur la prescription et sur le pilulier ;
- veiller à la concordance entre la prescription et les doses préparées ;
- veiller à ce que chaque médicament soit administré selon les modalités prévues par le prescripteur ou le pharmacien ;
- faire appel à un médecin en cas de doute.

A noter

L'acte d'administration proprement dit inclut le contrôle de la prise effective du médicament.

La distribution des médicaments préalablement préparés, leur administration proprement dite, après contrôles, et l'enregistrement de l'administration devraient être réalisés par la même personne.

- Collaboration avec l'AS ou l'AMP

Lorsque le traitement n'est pas administré par l'IDE, il lui incombe :

- d'organiser la collaboration avec les AS en contrôlant leurs connaissances, leurs compétences et leurs pratiques ;
- de transmettre les instructions nécessaires à la bonne administration ;
- de coordonner les informations relatives aux soins, notamment dans le dossier du résident.

L'AS devra notamment :

- respecter les consignes écrites de l'IDE ;
- transmettre précisément à l'IDE les informations importantes (non prise d'un médicament par exemple) ;

¹² Diapositive n°32.

- signaler tout événement anormal concernant un résident ou toute difficulté rencontrée.

A noter

La collaboration avec les AS ou AMP pour l'administration des médicaments ne concerne que les formes orales sèches et à condition que les traitements aient été préparés par une IDE !

- Cas particuliers

1- écrasement des médicaments

Cette pratique devrait être systématiquement évaluée avec le médecin et le pharmacien :

- certaines formes pharmaceutiques ne doivent pas être écrasées, les conséquences en termes d'efficacité thérapeutique, voire de toxicité, peuvent être importantes ;
- selon la nature du principe actif, l'écrasement peut comporter un risque pour le personnel exposé (allergie, toxicité directe) ;
- cette faisabilité doit également être évaluée pour l'ouverture des gélules et la division des comprimés non sécables.

Il est donc recommandé :

- d'identifier le motif d'écrasement ;
- de toujours vérifier que le médicament est écrasable ;
- de chercher des alternatives galéniques, thérapeutiques ou non médicamenteuses à l'écrasement ;
- de respecter les précautions particulières de manipulation de certains médicaments ;
- d'écraser et administrer les médicaments un à un ;
- d'écraser le médicament immédiatement avant de l'administrer ;
- de nettoyer le matériel après chaque utilisation ;
- et de respecter les horaires d'administration par rapport aux repas.

A noter

En cas de troubles de la déglutition, le prescripteur devrait avoir :

- fait le choix d'une forme galénique adaptée ;
- ou indiqué sur la prescription « *comprimé à écraser/gélule à ouvrir* ».

2 – formes multidoses (collyres, buvables...)

Le nom du résident et la date d'ouverture doivent être systématiquement apposés sur le contenant.

Respecter la durée d'utilisation après ouverture.

Pour des raisons de stabilité, il est souhaitable que les formes buvables ne soient pas préparées à l'avance, ni mélangées entre elles.

3 - dispositifs doseurs (cuillère, pipette, etc.)

Leur utilisation devrait être réservée à un seul résident ainsi qu'à la seule spécialité avec laquelle ils ont été conditionnés.

Une attention particulière doit être portée à leur entretien (nettoyage entre chaque prise) et à leurs conditions de stockage entre les prises.

4 - dispositifs transdermiques

Il est recommandé de :

- décoller le patch précédent ;
- changer de site d'application ;
- noter les date et heure sur le patch.

5 - formes injectables

Cette administration est de la responsabilité exclusive des IDE.

6 – morphiniques (également de la responsabilité exclusive des IDE)

Il est recommandé de :

- prélever dans le coffre au moment de l'administration ;
- tracer en toutes lettres dans le registre prévu à cet effet.

Enregistrement de l'administration

Il permet d'attester que le traitement a bien été administré.

Il est souhaitable que l'enregistrement soit réalisé en temps réel et mentionne, a minima, les incidents d'administration, dont les non prises, afin de déterminer une conduite à tenir.

Dans la mesure du possible, il faudrait pouvoir enregistrer pour chaque médicament :

- la date ;
- l'heure d'administration ;
- l'identité du personnel qui l'a assurée.

L'enregistrement doit être classé dans le dossier médical du résident.

Surveillance thérapeutique du patient

La surveillance est assurée par le médecin et l'IDE (en collaboration éventuelle avec l'AS ou l'AMP).

Elle est fondée sur l'observation de la personne afin de déceler tout signe révélateur d'une éventuelle anomalie.

Elle permet de s'assurer de l'efficacité thérapeutique et peut conduire à la réévaluation du traitement.

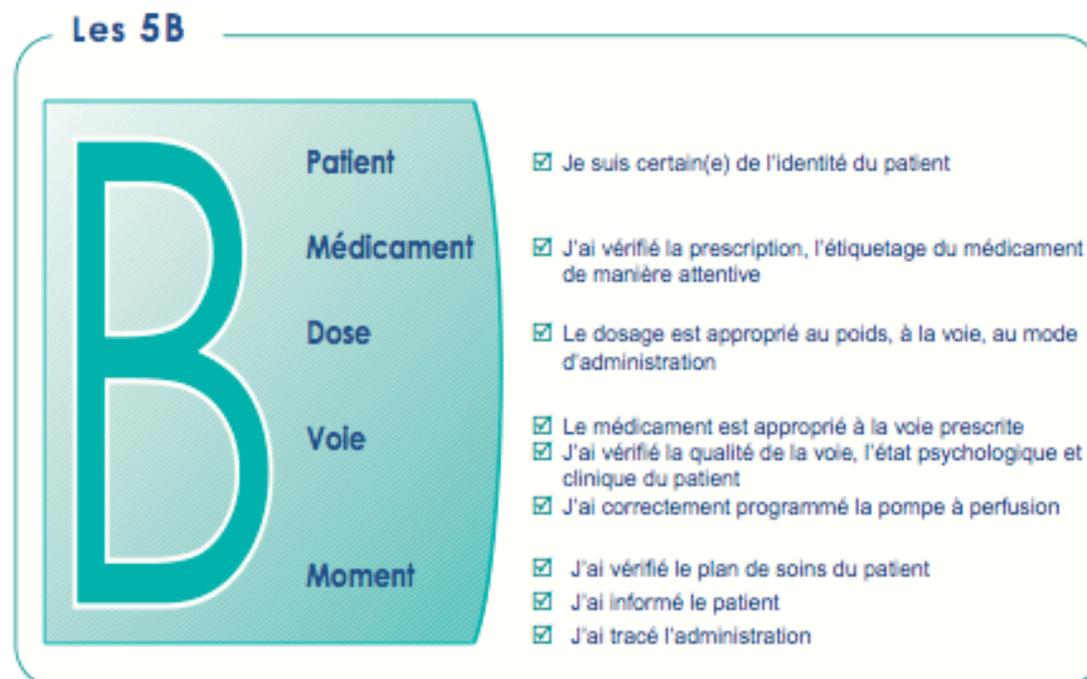
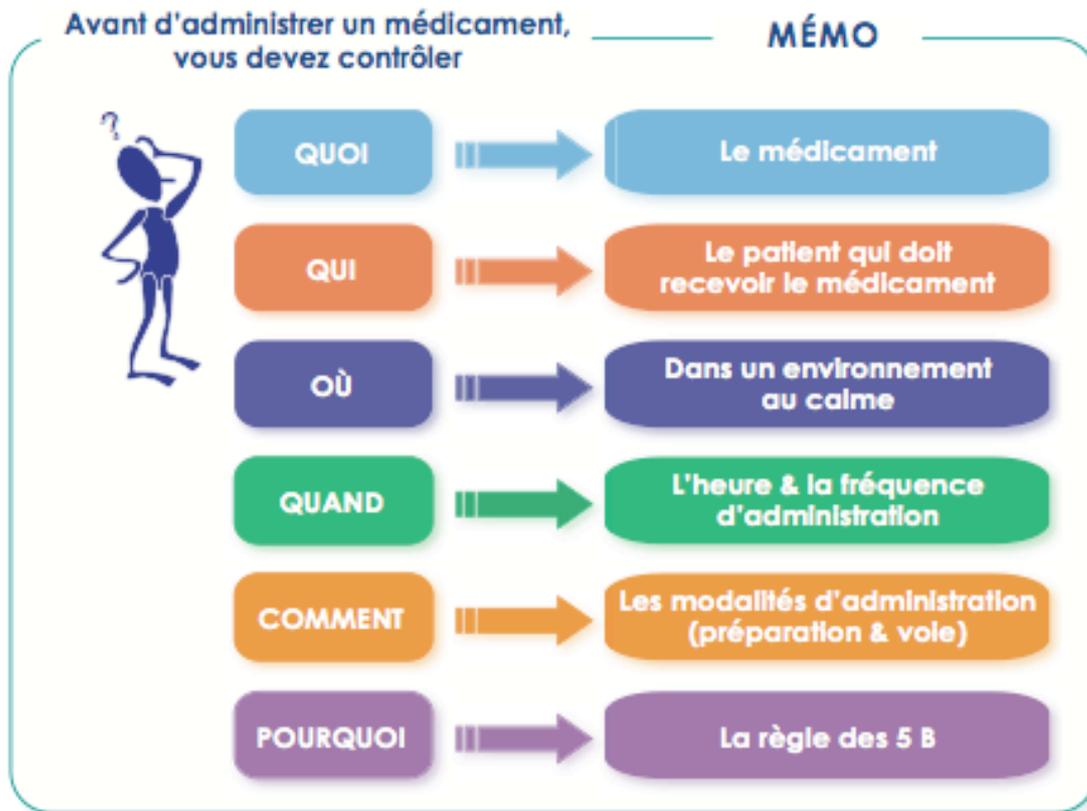
Pharmacovigilance

Elle a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments (art. L 5121-150 du CSP).

Tout membre d'une profession de santé peut faire un signalement de pharmacovigilance devant un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament au centre régional de pharmacovigilance (cf. site de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM, www.ansm.sante.fr /rubrique : déclarer un effet indésirable).

A noter

Tout symptôme clinique peut être l'expression d'un effet indésirable médicamenteux : il faut toujours penser aux médicaments en cas d'altération rapide et inexplicée de l'état clinique d'un résident.



Source : Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments(6), HAS, juillet 2011, cf. p. 76.

Sur le même thème, lire aussi :

« **Administration des médicaments : règles de bonnes pratiques** »(9), Blog du Conseil de l'Ordre infirmier de Paris, 14 août 2009.

« *L'administration de médicaments est l'une des activités qui revient le plus fréquemment dans le quotidien d'une infirmière. Bien qu'elle puisse sembler technique, cette activité nécessite que **l'infirmière possède les connaissances, les habiletés et le jugement clinique requis pour déterminer et ajuster le plan thérapeutique infirmier d'une personne sous thérapie médicamenteuse et assurer la surveillance clinique appropriée.***

*La protection du public exige que l'infirmière respecte en tout temps les principes d'une **administration sécuritaire des médicaments**. L'infirmière doit **éviter tout automatisme** et prendre toutes les précautions possibles à cet égard. Un comportement négligent peut entraîner des conséquences graves pour le client, voire même son décès.*

L'analyse des situations problématiques liées à l'administration des médicaments révèle que les négligences touchent différentes étapes du processus, notamment le relevé de l'ordonnance médicale, l'administration comme telle du produit et la surveillance clinique qui doit être effectuée par la suite. Les causes d'erreur sont nombreuses. » (extrait)

Texte complet disponible sur : <http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?p=528>

3 - RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Responsabilité professionnelle de l'IDE

« Trois conditions sont exigées pour qu'il y ait responsabilité professionnelle de l'infirmière : l'existence d'un dommage ; l'existence d'une faute et un lien de causalité entre dommage et faute », est-il précisé dans le cahier n°4 des Nouveaux cahiers de l'infirmière(10).

Par ailleurs, « les actes dont on doit répondre sont pour l'essentiel les actes personnels effectués par l'infirmière mais peuvent également être les actes confiés à des tiers ou les dommages causés par le matériel utilisé. (...)»

« Les infirmières conservent toujours une part de responsabilité personnelle, quel que soit leur mode d'activité, et elles ne peuvent jamais se considérer comme intégralement couvertes par le médecin ou leur employeur. (...)»

En raison du principe de l'individualisation des responsabilités, il n'est plus question, aujourd'hui, que les médecins soient considérés comme responsables des fautes commises par les infirmières à qui ils demandent de réaliser tel ou tel acte. (...)»

La sécurité des patients est l'affaire de tous et plus particulièrement de ceux qui sont les plus proches d'eux, c'est-à-dire des infirmières et des aides-soignantes. »¹³

La responsabilité de l'infirmière peut être à la fois(11) :

- **civile** (exercice libéral ou salarié du privé) ou administrative (salarié du secteur public) : le but « n'est pas de punir mais de permettre au patient victime d'un dommage d'obtenir des dommages et intérêt en guise de réparation »
- **pénale** : l'objectif ici est de « punir le comportement dangereux ou illicite d'un professionnel de santé du fait des dommages qu'il a pu causer à son patient ou du simple fait d'avoir fait courir un risque injustifié à celui-ci »

¹³ Cf.p. 103 et suivantes.

- **disciplinaire** : « Une infirmière peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas :

- de violation d'une règle professionnelle particulière aux infirmières issue des articles R4312-1 à R4312-89 du Code de la santé publique ou de dépassement des compétences réglementaires fixées par les articles R4311-1 à R4311-15 du Code de la santé publique.
- de désobéissance ou d'inobservation de mesures ou d'ordres émanant de son employeur. Ces sanctions peuvent être l'avertissement, le blâme, la mise à pied ou dans certains cas le licenciement. »

1) Les situations à risque

Selon les mêmes auteurs, la responsabilité infirmière est le plus souvent recherchée en cas de :

- défaut de vérification de la prescription médicale (identité du malade, identification du produit, mode d'administration, dosage, péremption) ;
- erreur pendant la réalisation de l'acte ;
- défaut de surveillance.

2) Les précautions à prendre

Enfin, pour ces auteurs, « l'étude des accidents infirmiers et des décisions de jurisprudence montre qu'un nombre important de ceux-ci aurait pu être évités par quelques précautions simples :

- ne jamais accepter de dépassement de compétence, même temporaire car ceci est susceptible de majorer la responsabilité ;
- ne jamais confier un acte à une personne dont on n'a pas pu évaluer la compétence sans disposer du temps nécessaire pour assurer son encadrement ;
- ne jamais effectuer un acte sans être dans un environnement permettant de parer aux complications connues du type d'acte réalisé ;
- réagir, de préférence de manière collective, aux dysfonctionnements susceptibles de causer un danger pour les patients. Il est préférable que l'ensemble des infirmières concernées signent une lettre adressée à leur

supérieur hiérarchique direct, signalant le dysfonctionnement et les risques et demandant les réformes nécessaires ;

- après l'accident, garder le contact avec la victime et/ou sa famille et rester toujours ouverts aux demandes d'explications mais ne jamais reconnaître d'emblée sa responsabilité ;

- après l'accident, rédiger un rapport commun cosigné par l'ensemble des personnes ayant eu en charge ce patient, qui mentionnera la chronologie très précise des événements et auquel seront annexées les pièces nécessaires du dossier. Ce rapport, qui doit être rendu anonyme pour préserver le secret professionnel devra être adressé à la direction de l'établissement ainsi qu'aux assureurs personnels des différents membres de l'équipe de soins ;

- mettre à jour régulièrement ses connaissances et demander les formations nécessaires pour être performant dans le service où la mission est exercée.

3) Le dossier de soins infirmiers

La réalisation du dossier de soins infirmiers relève du rôle propre de l'infirmière. En dehors du fait qu'il permet de donner des soins adaptés aux besoins de chaque résident et d'assurer la continuité des soins, il constitue un document de référence synthétisant toutes les données en soins infirmiers. *« Sur le plan juridique, précise Nathalie Lelièvre, avocat, dans son ouvrage sur les Obligations de l'infirmier(12), il constitue une preuve des soins apportés. C'est la raison pour laquelle toute personne intervenant auprès du malade doit faire figurer clairement ses observations, les gestes pratiqués. Il est vivement conseillé d'éviter des initiales et d'inscrire le nom et prénom en entier pour l'identification sur le dossier. Il est important également de préciser le jour et l'heure de la retranscription sur le dossier. »*

Enfin, dans sa norme 3 sur le dossier de soins infirmiers, le « Guide du service de soins infirmiers »(13) élaboré par Le Ministère de la santé en 2001, précise :

- les notes des infirmières sont concises, précises et objectives ;

- la traçabilité des actions des infirmières est fiable ;

- le contenu du dossier de soins infirmiers est conforme au guide d'utilisation.

Obligations du cadre soignant en matière d'organisation et de contrôle des soins

Pour Jean-Charles Scotti(14), avocat au barreau de Marseille, « *quelle que soit la conception donnée à sa fonction et quelles que soient les tâches qui lui sont assignées, le cadre reste, de par le décret du 18 août 1998, le garant de la qualité des soins et ce non pas en raison de ses taches managériales mais en raison de ses fonctions soignantes d'encadrement. (...)*

Concernant le volet managérial, le cadre de santé tient une place singulière en institution qui est purement hiérarchique. (...) Une fonction qui, par définition et en raison de son fondement de délégation, est soumise au régime de la responsabilité administrative du fait d'autrui ou encore soumise à la fameuse formule du 'coupable mais pas responsable'. (...) Le régime de la responsabilité s'organise autour du principe selon lequel la faute commise par le préposé engage la responsabilité de l'établissement qui l'emploie. (...)

*Concernant la fonction soignante du cadre, il appartiendra de relever que si le personnel d'encadrement exerce sa fonction dans un service de soin ou à distance de toute activité soignante, le fondement de sa responsabilité juridique tient exclusivement à ses obligations soignantes telles que visées dans son décret de compétence ou encore dans ses règles déontologiques. En effet, il convient de retenir que **la pierre angulaire de la responsabilité soignante consiste dans son obligation tenant à garantir la qualité des soins, une obligation dont le cadre est l'essentiel débiteur au regard de la loi. (...)***

Cette obligation suppose de :

- *s'assurer d'organiser le service dans le respect des compétences des intervenants mais aussi dans le respect de la réglementation ;*
- *s'assurer que les infirmiers encadrent dans le respect des compétences et de la réglementation les aides-soignants (AS ou AMP) ;*
- *s'assurer de ce que l'infirmier connaisse les différentes prescriptions possibles et les conditions d'exécution ;*
- *organiser l'évaluation de l'activité soignante ;*
- *définir les objectifs de soins du service et participer à la détermination des besoins en moyens et en matériel et ce au travers du projet de soins ;*

- évaluer l'application par les soignants des prescriptions de la loi du 4 mars 2002 ;
- s'assurer que l'infirmier ne réalise pas un acte, qui bien que prescrit, ne relève pas de sa compétence ;
- organiser l'actualisation des connaissances (formation continue, etc.).

La qualité des soins dont est responsable le cadre suppose que celui-ci puisse garantir notamment :

- la traçabilité des soins (garantie de la mise en place et de la gestion du dossier de soins infirmiers) ;
- la formalisation des informations répondant aux exigences médico-légale (actes techniques et respect des droits du patient) ;
- la mise en place d'une procédure d'évaluation de l'activité soignante ;
- la mise en place de moyens visant à garantir la sécurité générale et sanitaire du patient et des personnels ;
- la continuité et la coordination des soins.

Dans la pratique judiciaire, le cadre de santé se trouve au centre du viseur judiciaire, sachant que les textes professionnels envisagent ce dernier exclusivement en qualité de soignant. (...)

Ainsi, ce qui semble essentiel pour le cadre de santé, à savoir sa mission managériale, demeure très secondaire pour l'autorité judiciaire.

Le professionnel du droit ne peut que rappeler au personnel d'encadrement que leur réalité juridique en termes de responsabilité se fonde sur la pratique du soin, une pratique qui, seule, justifie l'existence du cadre et ses responsabilités juridiques. »

Sur le même thème, à lire aussi :

- Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés(15).
- Quelle est la responsabilité du cadre de santé dans un service de soins ?(16)
- La responsabilité du cadre infirmier(17).

Quelques jurisprudences

Sur le rôle de vérification préalable de la prescription médicale

« Il a été jugé que l'infirmier commet une faute lorsque, informé de la posologie usuelle du produit par les boîtes et la notice d'emploi d'un médicament, il n'a pas relevé que la multiplication des injections dépassait considérablement la posologie usuelle » (Cour d'appel de Paris, 1^{re} chambre, 6 avril 1990. Gazette du Palais, 1991, somm. Des cours et tribunaux, p. 47.)

« En cas d'incertitude ou d'imprécision, il incombe à l'infirmier, afin de lever ses doutes, de se renseigner auprès du prescripteur par tout moyen possible pour savoir avec exactitude quelle prescription médicale il doit exécuter ou quelle posologie du médicament il doit administrer ». (Cour d'appel d'Amiens, Chambre correctionnelle, 7 janvier 2009, n°08/00068.)

Extraits de l'ouvrage d'Olivier Dupuy (19), « *L'infirmier – Règles d'exercice professionnel* », Ed. Heures de France, 2011, pp.109-110

Sur la collaboration aide-soignant et infirmier dans l'administration des médicaments

Dans sa décision du 22 mai 2002 (n°233939), le Conseil d'Etat « donne indirectement, une base légale à la distribution des médicaments par les aides-soignants dans le cadre d'un projet de soins élaborés conjointement par les infirmières et les aides-soignants. En exemple, il sera fait un bref rappel des faits conduisant à la décision du Conseil d'Etat : un aide-soignant a refusé d'exécuter la note de service du directeur de la maison de retraite qui prévoyait la distribution des médicaments à la charge des aides-soignants, au motif qu'il la jugeait illégale. Le refus de distribuer les médicaments par un aide-soignant a été jugé comme un manquement à ses obligations professionnelles. »

Extrait de l'ouvrage de Nathalie Lelièvre (11), « *Les obligations de l'infirmier*

Responsabilités juridiques et professionnelles », Ed. Heures de France, 2003, p.48

Sur la responsabilité de l'IDEC dans la vérification des médicaments

Dans sa décision du 22 février 2010 (n°09/02875), la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence(18) fonde le licenciement d'une infirmière coordinatrice pour une faute grave (bien que ce soit le pharmacien qui ait commis une erreur dans la préparation des médicaments) car elle a manqué à ses obligations contractuelles puisque sa fiche de poste faisait mention de la vérification de la distribution des médicaments donnés le matin, de la distribution des médicaments à 12 heures et de la vérification des médicaments arrivés de la pharmacie ! ***Une jurisprudence qui devrait pousser tou(te)s les IDEC à relire non seulement le contrat de travail qui les lie à leurs employeurs mais aussi la fiche de poste qu'elles (ils) ont signée à l'embauche !***

*« Attendu qu'en ce qui concerne l'erreur de prescription d'un second médicament donné à Monsieur T. le matin au lieu du soir, il ressort d'une note de la Pharmacie datée du 14 décembre 2007 que cette erreur a été commise par le pharmacien, lequel « confirme avoir mis en sachet pour M. T., 2 comprimés de Théralène le matin au lieu du soir » ;
Attendu que la SARL LES ROCHES GRISES II reproche à Madame J. C. de ne pas avoir vérifié le contenu des chapelets et veillé à la bonne administration des médicaments, fonction qui entre dans ses missions d'infirmière coordinatrice selon l'employeur, qui fait référence dans la lettre de licenciement à la fiche de poste ;
Attendu que le contrat de travail de Madame J. C. du 1er août 2004 prévoit qu'elle a pour fonctions notamment la préparation des médicaments et la surveillance de l'état de santé des résidents, et la fiche de poste d'infirmière coordinatrice éditée le 13 septembre 2006 et signée par la salariée précise que celle ci a, entre autres, les tâches suivantes :*

- la vérification de la distribution des médicaments donnés le matin,*
- la distribution des médicaments à 12 heures,*
- la vérification des médicaments arrivés de la pharmacie ;*

*Attendu qu'il entrait donc dans les fonctions de Madame J. C. de préparer les médicaments et de contrôler les préparations de médicaments effectuées par le pharmacien ;
Qu'au surplus, elle avait également pour mission de surveiller l'état de santé de Monsieur T., dont son fils décrit, dans son courrier du 11 décembre 2007, l'état de somnolence provoquée par l'administration de Théralène le matin, état qui aurait dû alerter l'infirmière coordinatrice ; (...)*

***Attendu qu'il est donc établi que Madame Josée C. a manqué à ses obligations contractuelles et ne peut se disculper par l'erreur commise par le pharmacien ;
Que ses manquements ayant eu pour conséquence une dégradation de l'état de santé du résidant constituent une faute grave justifiant le licenciement de la salariée et la privation des indemnités de rupture »***

4 – ENQUETE SUR LE TERRAIN

Cette enquête sur le terrain a été réalisée auprès des étudiants du DU IRES et/ou d'IDEC en exercice au moyen d'un questionnaire¹⁴ envoyé par courriel le 7 mai dernier.

Conception du questionnaire

J'ai eu la chance de faire mon stage pratique de DU IRES au moment où l'ARS Ile-de-France menait une « Enquête sur la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD d'Ile-de-France » dans l'objectif de leur proposer des axes d'amélioration. J'ai ainsi eu accès au questionnaire de l'enquête qui recouvrait de nombreuses questions que je souhaitais poser à mes consœurs et confrères. Je m'en suis fortement inspirée pour établir mon questionnaire que j'ai complété en consultant diverses grilles et/ou guides d'auto-évaluation du circuit du médicament, proposés par les ARS du Centre(20), des Pays de la Loire(21), de Rhône-Alpes(1)¹⁵, et de la HAS(6). Il a ensuite été soumis pour validation à Marie-France Guérel, directrice de ce mémoire, à Brigitte Feuillebois, coordonnatrice, et à Simone Lesage, conseillère pédagogique du DU IRES.

Objectif

Ce questionnaire de 5 pages avait comme objectif d'élaborer un état des lieux des diverses modalités d'administration des médicaments en EHPAD afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées sur le terrain.

Synthèse des réponses

Suite à mon envoi, j'ai obtenu les réponses de 8 IDEC en poste et de 4 IDE étudiantes du DU IRES en poste d'IDE en EHPAD. Elles ont respectivement en

¹⁴ cf. Annexe

¹⁵ cf. p. 26 et suivantes.

moyenne 18 ans et 12,5 ans d'ancienneté de diplôme infirmier (de 5 ans à 34 ans pour les extrêmes). Les IDEC exercent en moyenne depuis 3,5 ans (de 4 mois à 10 ans pour les extrêmes).

Compte tenu du petit nombre de professionnels concernés, cette enquête ne vise qu'à « mettre en évidence » quelques uns des points critiques de l'administration des médicaments en EHPAD qui posent problème sur le terrain.

A - Informations générales

- **A propos de vous**

- Date de votre DE

Ancienneté DE 18 ans en moyenne pour les IDEC, 12,5 ans pour les IDE

- Ancienneté dans le poste d'IDEC

Ancienneté 3,5 ans en moyenne

- Avez-vous suivi une formation complémentaire à la réglementation concernant la dispensation des médicaments ?

NON à 100 % (IDEC + IDE)

- **A propos de votre établissement**

- Nombre de résidents

82 en moyenne pour les IDEC, 116 pour les IDE

- Moyenne d'âge et âges extrêmes des résidents

85 ans en moyenne (IDEC + IDE)

- GMP

746 en moyenne pour les IDEC, 772 pour les IDE

- Disposez-vous d'un dossier de soins informatisé ?

Oui à 100 % (IDEC + IDE)

- Si oui, est-il utilisé en pratique quotidienne ?

Oui à 100 % pour les IDEC et à 75 % pour les IDE

- Dans votre établissement, y a-t-il des résidents autonomes qui gèrent seuls leurs médicaments ?

OUI à 62,5% pour les IDEC et à 25% pour les IDE

- Si oui, combien sont-ils ?

2 en moyenne pour les IDEC, 20 résidents pour une IDE (la seule qui ait des résidents autonomes pour les médicaments)

- En pratique, comment cela se passe-t-il (gestion et/ou détention totale ou partielle de ses médicaments) ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
- préparation hebdomadaire du pilulier et gestion autonome en chambre ? 3 résidents gèrent leurs antalgiques (plaquettes en chambre) - détention totale - les blisters sont vérifiés par les IDE et remis aux résidents - tous les médicaments sont laissés aux résidents pour 1 pilulier préparé à la semaine, pour l'autre, elle gère seule	0
+ une réponse NON avec un commentaire : les familles amènent les médicaments	

- Si votre établissement est situé en Ile-de-France, avez-vous été sollicité pour répondre à l'enquête menée par l'ARS sur la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD réalisée en avril dernier ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
OUI 3	OUI 1
NON 5	NON 3

- Dans votre EHPAD, y a-t-il déjà eu une évaluation de la dispensation des médicaments ?

NON à 75 % pour les IDEC et pour les IDE

- Une réflexion entreprise avec votre MEDEC ?
OUI à 75% pour les IDEC et à 25% pour les IDE

- Y a-t-il déjà eu des réunions d'équipe à ce sujet ?
OUI à 75% pour les IDEC et à 50% pour les IDE

Si oui, sur quels thèmes ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
- conditionnement du médicament, traçabilité - liste des médicaments d'urgence, ATB à prioriser - dispensation du médicament - organisation du circuit avec participation de la pharmacienne de ville - écrasement des médicaments, respect des horaires, sur la prise des médicaments - nouveau système de dispensation des médicaments	- Circuit du médicament pour la sécurité - Réappropriation des IDE de la distribution des traitements : refusé pour raison de service - Traçabilité, prise effective du ttt

- Faites-vous appel à des IDE vacataires/intérimaires ?

OUI à 75 % pour les IDEC et pour les IDE

- Si oui, existe-t-il un protocole spécifique pour eux (elles) ?

NON à 100 % pour les IDEC et 75 % pour les IDE

B – Prescriptions

- Les prescriptions sont-elles informatisées ?

OUI à 75 % pour les IDEC et 100% pour les IDE

- Existe-t-il un guide pratique d'administration des médicaments ?

NON à 50 % pour les IDEC et 75% pour les IDE

- Existe-t-il des fiches de surveillance ou protocole :
- pour les traitements spécifiques (anticoagulants...) ?

OUI à 75 % pour les IDEC et pour les IDE

- pour les prescriptions en urgence ?

OUI à 50 % pour les IDEC et pour les IDE

- pour les prescriptions effectuées par téléphone ?

NON à 87,5 % pour les IDEC et 100% pour les IDE

- En pratique, comment et dans quel délai ces prescriptions « orales » sont-elles tracées, puis régularisées ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
<ul style="list-style-type: none"> - les prescriptions « orales » sont tracées dans les transmissions informatisées et notées dans le cahier de visite du médecin avec mention « à régulariser ». La régularisation se fait au max dans les 8 jours - le jour même - les prescriptions orales sont tracées dans le dossier informatisé, onglet transmission écrite par l'IDE - les IDE rappellent les médecins qui viennent généralement régulariser les ordonnances ou, s'ils ne peuvent pas venir, ils les faxent dans un délai de 3 à 5 jours. - Si PM par téléphone -> fax ou mail en direct - Elles sont tracées dans le logiciel Netsoins, régularisées par IDEC en le mettant dans Netsoins - Envoi des ordo par mail 	<ul style="list-style-type: none"> - elles sont faxées et/ou régularisées le lendemain sur le logiciel de soins (Osiris) - si PM/téléphone (ex. modifications posologie AVK) -> médecin régularise PM le lendemain - tracées dans logiciel sauf pour anticoagulants (AVK ?) qui reste oral – régularisé au passage du médecin traitant

C/ Préparation des doses à administrer

- Comment sont préparées les doses à administrer ? (une seule réponse possible)

Piluliers manuels dans 50 % des cas pour les IDEC et 75% pour les IDE

- Qui prépare habituellement les doses à administrer (hors urgence) ? (une seule réponse possible)

L'officine dans 87,5 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE

- Quelle est la période pour laquelle la préparation est réalisée ? (une seule réponse possible)

1 semaine dans 50 % des cas pour les IDEC et 100 % pour les IDE

D- Administration des médicaments – sécurisation

- **Ecrasement des formes orales sèches**

Un document indiquant les formes orales sèches pouvant être écrasées est-il disponible dans votre EHPAD ?

NON dans 75 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE

Disposez-vous d'équipements pour l'écrasement des formes orales sèches ?
OUI dans 100% des cas

Si oui, sont-ils à usage unique ?

Oui dans 62,5% des cas pour les IDEC et 25% des cas pour les IDE

Pour un résident, comment les formes orales sèches sont-elles écrasées ? (une seule réponse)

TOUS ENSEMBLES POUR 100% des IDEC et des IDE

- **Administration**

- Qui administre habituellement les formes orales sèches ?

Les IDE dans 100 % des cas pour les IDEC et 75% pour les IDE
Les AS/AMP dans 50% des cas pour les IDEC et les IDE

- Les formes buvables sont-elles préparées immédiatement avant administration ?

TOUJOURS dans 50 % des cas pour les IDEC et les IDE
SOUVENT dans 50 % des cas pour les IDE
RAREMENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC

- Les formes buvables sont-elles préparées séparément ? (pas de mélange)

OUI dans 87,5 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE

- Concernant les formes multidoses (collyres, buvables...), le nom du résident et la date d'ouverture sont-ils systématiquement apposés sur le contenant ?

OUI dans 87,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE

- L'administration des médicaments se fait-elle au regard de la prescription ?

TOUJOURS dans 75 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE
SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE
RAREMENT dans 25 % des cas pour les IDE
JAMAIS dans 12,5% des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE

- L'identité du résident est-elle vérifiée au moment de l'administration ?

TOUJOURS dans 75 % des cas pour les IDEC et les IDE
SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE
RAREMENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC

- Quels sont les moyens permettant de s'assurer de l'identité du résident avant administration des médicaments ?

Reconnaissance physique du résident dans 87,5% des cas pour les IDEC et 100% pour les IDE
Photos dans 50 % des cas pour les IDEC et 75% pour les IDE
Avec des questions spécifiques dans 25% des cas pour les IDEC

- Quels sont les moyens mis en œuvre pour respecter les intervalles entre les prises des traitements qui l'exigent (antiparkinsoniens toutes les 2 heures par ex) ?

Réponse IDEC	Réponse IDE
<ul style="list-style-type: none"> • rappel sur le logiciel Medicor et planification. Certaines IDE mettent leur montre à sonner. • Habitudes des IDE. Respect des horaires d'administration. • Les horaires des prescriptions sont respectés par les IDE (médicaments blistérés avec horaires) • Heure de prise respectée et programmée pour les spécifiques (10h, 10h...) • Prescrit dans Netsoins. Sachet individuel avec heure spécifique Pots individuels avec horaire et nom du résident	<ul style="list-style-type: none"> - PM + blister - Piluliers adaptés et rappel via les plans de soins journaliers qui sont imprimés chaque jour + tableau - Aucun - Pas de traitement de ce type

E - Administration des médicaments – traçabilité

- L'administration est-elle notée quelque part ?

TOUJOURS dans 62,5 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE
SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC
RAREMENT dans 25 % des cas pour les IDE
JAMAIS dans 25% des cas pour les IDEC et les IDE

- Si elle est notée, à quel moment l'est-elle ?

Au moment de l'administration et en temps réel dans 17% des cas pour les IDEC et 33% pour les IDE
APRES l'administration dans 83% des cas pour les IDEC et 67% pour les IDE

- Si elle est notée, où l'est-elle ?

**DANS LE POSTE INFIRMIER dans 67% des cas pour les IDEC et pour les IDE
AUPRES DU RESIDENT dans 33 % des cas pour les IDEC et pour les IDE**

- Et par quel moyen ?

**INFORMATIQUE dans 83 % des cas pour les IDEC et 67% pour les IDE
PAR ECRIT dans 17% des cas pour les IDEC et 33% pour les IDE**

- Le refus du résident de prendre son traitement est-il noté dans le dossier de soins ?

**TOUJOURS dans 62,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE
SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE
RAREMENT dans 25 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE**

- Est-il possible de préciser les causes de refus ?

OUI dans 75 % des cas pour les IDEC et pour les IDE

- Si oui, de spécifier le ou les médicaments refusé(s) ?

OUI dans 75 % des cas pour les IDEC et pour les IDE

- Existe-t-il un système d'alerte du prescripteur (ou du MEDEC) en cas d'anomalie liée à l'administration du traitement ?

	Réponses IDEC	Réponses IDE
Oui (lequel)	- Vidal - Fiche incident - Interactions - allergie	- faire une alerte
Non	4 + 1 traçabilité sur les transmissions	3

F - Evénements indésirables associés aux soins

- Avez-vous une procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins ?

OUI dans 87,5% des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE

- Connaissez-vous le nombre d'événements indésirables associés aux soins l'an dernier ?

NON dans 75% des cas pour les IDEC et 100% pour les IDE

- Si oui, combien d'événements indésirables ont fait l'objet d'une déclaration l'an dernier ?

0 pour les 25% des IDEC qui connaissent ce chiffre.

G - Commentaires

- L'administration des médicaments vous semble-t-elle satisfaisante dans votre établissement ?

Mettre une note sur 10 (0 = pas du tout satisfaisante ; 10 = très satisfaisante)

Réponses IDEC	Réponses IDE
3 - 8 - ? - 5 - 9 - 6 - 8 - 6	8 - 3 - 4 - 2

Soit en moyenne une note de 5,6 avec des extrêmes à 8 et 9 pour meilleures notes et 2 et 3 pour les moins bonnes.

- Selon vous, quelles étapes du circuit du médicament nécessiteraient d'être améliorées ?

	Réponses IDEC / 8 EHPAD	Réponses IDE / 4 EHPAD
Prescription	3	
Informatisation	3	
Préparation des médicaments	1	2
Ecrasement des médicaments	3 (1 précision : car tous ensembles)	2
Administration	1	3
Traçabilité	5	2
Surveillance	2	2
Autre (merci de préciser) :	1 – conditionnement des médicaments	
Aucune étape ne nécessite d'amélioration		

- Que proposeriez-vous pour améliorer la distribution des médicaments des résidents dans votre établissement (par ordre de priorité) ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
- IDEC 1 : nous sommes en cours de changement. Notre système de distribution « Medissimo » n'est plus à la pointe. Beaucoup de manipulation. Beaucoup de troubles musculo-squelettiques liés au fait de déblister tous ces médicaments. La traçabilité ++++ qui sera effective lors de notre changement de distribution (logiciel intégré). Des fiches de distribution seront délivrées par le pharmacien avec la photo du résident. - IDEC 2 : du temps – moins de médicaments à donner (ordonnance trop importante) – forme galénique des médicaments parfois non adaptée aux P.A. - IDEC 4 : que les dossiers informatisés soient plus accessibles au pied du résident et non dans un étage. Ordinateur fixe. - IDEC 5 : livret du médicament fait et respecté par les prescripteurs – forme des médicaments adaptée à la personne âgée et sa dépendance - IDEC 6 : écrasement – distribution demande du temps (plus IDE pour informer éduquer le résident) - IDEC 7 : traçabilité en temps réel –	- pouvoir tracer au lit du patient – avoir des indications sur les médicaments à écraser - réappropriation de la distribution par IDE – ttt en gouttes donné à l'instant T et non préparé en avance - préparation pr pharmacie – vérification par IDE avec classeur ordo – traçabilité administration – distribution sol buvables et collyres par IDE

autonomie du médecin traitant pour informatiser ses prescriptions. - IDEC 8 : formation des personnels AS - AMP	
---	--

- Concernant la responsabilité de l'IDEC dans l'administration des médicaments, y a-t-il un point (un problème, une question, une situation) qui pose particulièrement problème dans votre pratique quotidienne et pour lequel (laquelle) vous aimeriez avoir une réponse spécifique ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
- IDEC 1 : je sais que ce point noir met en cause ma responsabilité. La distribution et la traçabilité sont en cours d'étude et devront être réglées dès cet été. La prise des AVK est vraiment un problème avec ses changements permanents (nous possédons un support écrit pour un meilleur suivi). - IDEC 3 : comment tracer objectivement et correctement la prise des médicaments en EHPAD ? - IDEC 5 : quelle est réellement la responsabilité de l'IDEC – comment administrer plusieurs (parfois 5 à 10) médicaments séparément à une P.A. (avec autant d'eau gélifiée) car après problèmes pour la prise du repas car saturation – comment respecter les molécules et leur mode d'action ? - IDEC 6 : une vigilance permanente / contrôle des médicaments – la distribution des médicaments par AS -> traçabilité IDE – les génériques – éducation des résidents (consommateur de médicaments) – pas plus de 5 médicaments (iatrogénie) - IDEC 8 : question sur la responsabilité en cas d'erreur d'administration	- préparation des TTT en gouttes la nuit (vers 5h du matin) par IDE nuit pour une distribution vers 8h – validation des TTT donnés par AS et signature par une IDE (et préparés par une autre IDE) - est-il obligatoire de signer une convention entre le pharmacien de ville et l'EHPAD ?

5 - DISCUSSION

Avant de « mettre en évidence » les points critiques de l'administration des médicaments qui ressortent de l'enquête de terrain, je constate avec le recul que :

- certains points auraient pu être approfondis dans le questionnaire :
 - à propos de l'évaluation de la dispensation des médicaments, j'aurais pu demander si l'établissement avait fait l'objet d'un audit interne et/ou externe, afin de savoir s'il(s) avai(en)t eu un impact sur la sécurisation du circuit du médicament et plus particulièrement de l'administration, et ce qu'il(s) avai(en)t entraîné comme amélioration ou projet d'amélioration ;
 - à propos de la préparation des doses à administrer, j'aurais pu poser des questions supplémentaires au sujet du contrôle et de la vérification des préparations (les doses sont-elles contrôlées ? Par qui ? Quelles sont les difficultés liées à ce contrôle ? Problème de temps, de reconnaissance des comprimés, etc.) ;
 - à propos de l'administration proprement dite, j'aurais pu également poser des questions au sujet de l'administration des traitements la nuit en l'absence d'IDE.
 - j'aurais pu également ajouter une question autour du suivi de l'administration et de la pharmacovigilance.
- A l'inverse, certaines questions n'étaient pas utiles :
 - la question à propos de l'enquête réalisée en Ile-de-France : elle n'apportait rien sur la problématique étudiée, de plus, elle est inexploitable puisque je n'ai pas demandé si l'EHPAD se situait dans la région ou pas ;
 - la question à propos des résidents qui gèrent seuls leur traitement était hors sujet bien que très intéressante...

Néanmoins, cette thématique pourrait faire l'objet d'un futur sujet de recherche IDEC (pb médicaments laissés dans les chambres, surveillance et suivi des traitements, risque suicidaire...).

- Enfin, la question sur la procédure de déclaration d'événement indésirable était mal formulée car trop « médicale » à mon sens et, également, hors sujet dans ce mémoire.

Les points critiques

Pour faire ressortir les points critiques de la sécurité de l'administration des médicaments sur le terrain, je reprends point par point les questions posées aux IDEC et IDE :

1- évaluation de la dispensation des médicaments

A - Informations générales

- A propos de vous

Avez-vous suivi une formation complémentaire à la réglementation concernant la dispensation des médicaments ? **NON à 100 % (IDEC + IDE)**

- A propos de votre établissement

- Disposez-vous d'un dossier de soins informatisé ? **OUI à 100 % (IDEC + IDE).**

- Si oui, est-il utilisé en pratique quotidienne ? **OUI à 100% pour les IDEC et à 75% pour les IDE.**

- Dans votre EHPAD, y a-t-il déjà eu une évaluation de la dispensation des médicaments ? **NON à 75 % pour les IDEC et pour les IDE.**

- Une réflexion entreprise avec votre MEDEC ? **OUI à 75% pour les IDEC et à 25% pour les IDE.**

- Y a-t-il déjà eu des réunions d'équipe à ce sujet ? **OUI à 75% pour les IDEC et à 50% pour les IDE.**

ANALYSE DES REPONSES

Pour les IDEC, seul un quart des EHPAD (2/8) ont déjà évalué leur dispensation des médicaments, ce qui est très peu (*cette situation est susceptible de changer rapidement puisque c'est l'un des points étudiés dans le cadre des audits interne et externe*). Néanmoins, les trois quarts ont déjà réfléchi à la dispensation des médicaments avec leur MEDEC et presque autant ont eu des réunions d'équipe à ce sujet sur des thématiques variées (conditionnement du médicament, traçabilité ; liste des médicaments d'urgence, ATB à prioriser ; dispensation du médicament ; organisation du circuit avec participation de la pharmacienne de ville ; écrasement des médicaments,

respect des horaires, sur la prise des médicaments ; nouveau système de dispensation des médicaments).

Les réponses sont similaires pour les IDE, sauf pour la réflexion avec le MEDEC (25 % seulement) ce qui paraît logique, et un peu moins en ce qui concerne les réunions d'équipe sur le médicament (50% seulement). Les thématiques abordées se recoupent (circuit du médicament pour la sécurité ; réappropriation des IDE de la distribution des traitements : refusé pour raison de service ; traçabilité, prise effective du traitement)

2- IDE vacataires/intérimaires

- Faites-vous appel à des IDE vacataires/intérimaires ? **OUI à 75 % pour les IDEC et pour les IDE.**
- Si oui, existe-t-il un protocole spécifique pour eux (elles) ? **NON à 100 % pour les IDEC et 75 % pour les IDE.**

ANALYSE DES REPONSES

Si les trois quarts des EHPAD font appel à des IDE vacataires ou intérimaires, aucun protocole spécifique n'est prévu pour eux.

Cette thématique pourrait également faire l'objet d'un futur sujet de recherche IDEC (que faudrait-il mettre en place pour sécuriser l'administration des médicaments par les vacataires et/ou intérimaires ?)

3- prescriptions et protocoles de soins

B – Prescriptions

- Les prescriptions sont-elles informatisées ? **OUI à 75 % pour les IDEC et 100% pour les IDE.**
- Existe-t-il un guide pratique d'administration des médicaments ? **NON à 50 % pour les IDEC et 75% pour les IDE.**
- Existe-t-il des fiches de surveillance ou protocole : pour les traitements spécifiques (anticoagulants...) ? **OUI à 75 % pour les IDEC et pour les IDE.**

pour les prescriptions en urgence ? **OUI à 50 % pour les IDEC et pour les IDE.**

pour les prescriptions effectuées par téléphone ? **NON à 87,5 % pour les IDEC et 100% pour les IDE.**

ANALYSE DES REPONSES

Dans la quasi-totalité des EHPAD, les prescriptions sont informatisées.

Si un peu moins d'un EHPAD sur 2 dispose d'un guide pratique d'administration des médicaments, les trois quarts ont des fiches de surveillance ou de protocole pour les traitements spécifiques comme les anticoagulants. Par contre, seule la moitié dispose de fiche ou de protocole pour les prescriptions en urgence et, à l'exception d'un seul EHPAD, il n'y a pas de fiche ou de protocole pour les prescriptions effectuées par téléphone. Toutefois, ces prescriptions sont, en majorité, tracées dans le DSI même si elles ne semblent pas toujours régularisées par une prescription écrite, ce qui est contraire aux bonnes pratiques. **LES BONNES PRATIQUES CONCERNANT LES PROTOCOLES DE SOINS NE SONT PAS TOUJOURS RESPECTEES.**

Ici encore, c'est une thématique qui pourrait faire l'objet d'un futur sujet de recherche IDEC (réalisation et suivi de protocoles nominatifs anticipés pour traitements spécifiques type AVK afin d'éviter la prescription téléphonique en cas de modification de traitement ; protocole de gestion des urgences ; problématique des prescriptions faites par téléphone, etc.).

4- préparation des doses à administrer

C/ Préparation des doses à administrer

- Comment sont préparées les doses à administrer ? **Piluliers manuels dans 50 % des cas pour les IDEC et 75% pour les IDE.**

- Qui prépare habituellement les doses à administrer (hors urgence) ? **L'officine dans 87,5 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE.**

Quelle est la période pour laquelle la préparation est réalisée ? **1 semaine dans 50 % des cas pour les IDEC et 100 % pour les IDE.**

ANALYSE DES REPONSES

Si la majorité des piluliers soient préparés de façon manuelle, la majeure partie des préparations sont faites par le pharmacien d'officine. Ces préparations sont effectuées pour une semaine en moyenne.

Dans le contexte réglementaire actuel, cette préparation des doses à administrer par le pharmacien d'officine fait l'objet d'un vide juridique¹⁶. Il n'empêche que la question de la responsabilité vis à vis de cette préparation reste entière : *En cas d'erreur, qui est responsable de la préparation des traitements réalisée par l'officine ? Comment les IDE peuvent-elles contrôler les doses à administrer délivrées par l'officine ?*

Pour y répondre, j'ai contacté Ljiljana Jovic, Directeur des soins et Conseillère technique régionale, Direction de l'offre des soins et médico-sociale (DOSMS) à l'Agence régionale de la santé (ARS) d'Ile-de-France.

Préparation des doses à administrer par les officines

En cas d'erreur, qui est responsable ?

Réponse de Ljiljana Jovic : Par définition, c'est la personne qui prépare qui est responsable de la préparation, en l'occurrence le pharmacien d'officine. Néanmoins, elle doit procurer aux infirmières chargées de les administrer les moyens de pouvoir identifier et contrôler les doses préparées (génériques ou non). Moyens qui devraient être prévus dans la convention signée entre l'officine et l'EHPAD.

Ensuite, selon la réglementation et les bonnes pratiques en vigueur, l'infirmière doit, avant d'administrer le traitement :

- prendre connaissance et vérifier la prescription (cohérence de la prescription, posologie, etc.) ;

¹⁶ cf le chapitre sur les Bonnes pratiques, p. 18

- s'assurer que la dose préparée est la bonne (concordance entre la prescription et la préparation) ;
- vérifier l'identité du résident ;
- s'assurer que son état lui permet de recevoir le traitement (un médicament anticoagulant, par ex. ;
- informer le résident, administrer le traitement, l'enregistrer et surveiller ses effets.

Si l'infirmière qui doit administrer un médicament n'est pas en mesure de répondre à ces exigences, elle doit alerter (en s'appuyant sur la réglementation et les bonnes pratiques) son supérieur hiérarchique. L'administration des traitements est de la responsabilité de l'infirmière, si cette administration ne peut pas être assurée en toute sécurité, elle doit le signaler.

5- écrasement des formes orales sèches

D- Administration des médicaments – sécurisation

- Ecrasement des formes orales sèches

- Un document indiquant les formes orales sèches pouvant être écrasées est-il disponible dans votre EHPAD ? **NON dans 75 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE.**

- Disposez-vous d'équipements pour l'écrasement des formes orales sèches ? **OUI dans 100% des cas.**

- Si oui, sont-ils à usage unique ? **Oui dans 62,5% des cas pour les IDEC et 25% des cas pour les IDE.**

- Pour un résident, comment les formes orales sèches sont-elles écrasées ? **TOUS ENSEMBLES POUR 100% des IDEC et des IDE.**

ANALYSE DES REPONSES

La majorité des EHPAD ne disposent pas de document indiquant les formes orales sèches pouvant être écrasées¹⁷.

¹⁷ renvoyer sur les sources d'infos qui existent

Et la totalité des établissements écrasent tous les médicaments ensemble. **CE QUI EST CONTRAIRE AUX BONNES PRATIQUES.**

6- collaboration avec les AS et AMP

- Administration

- Qui administre habituellement les formes orales sèches ?

Les IDE dans 100 % des cas pour les IDEC et 75% pour les IDE

Les AS/AMP dans 50% des cas pour les IDEC et les IDE

ANALYSE DES REPONSES

En majorité, les formes orales sèches sont administrées par les infirmières ainsi que, dans la moitié des cas, par des AS ou des AMP. Dans 2 EHPAD, les faisant fonction d'AS les administrent aussi. Ce qui pose d'autres questions : *Les IDE peuvent elles collaborer avec les 'faisant fonction' d'AS pour l'administration des médicaments en EHPAD ? D'autre part, lorsque les aides-soignantes aident à la prise des traitements, qui trace l'administration, l'IDE ou l'AS ?* Questions que j'ai également soumises à Ljiljana JOVIC de l'ARS Ile-de-France.

Collaboration avec les AS/AMP

Cette collaboration peut-elle s'étendre aux aides-soignantes non diplômées pour l'administration des médicaments ?

Réponse de Ljiljana Jovic : Dans tous les cas, c'est l'infirmière qui est responsable de l'administration des médicaments. Aujourd'hui, la réglementation en vigueur précise les conditions dans lesquelles une personne peut aider à la prise de médicament dans le cadre des actes de la vie courante. Par ailleurs, le métier d'aide-soignante n'étant pas une profession réglementée, le diplôme d'aide-soignante n'est pas exigé pour exercer les fonctions d'aide-soignante. Cependant, il est préférable que les personnes soient qualifiées. C'est donc bien dans ce cadre réglementaire que l'infirmière, responsable de l'administration, peut confier à une aide-soignante, diplômée ou pas, l'aide à la prise des traitements qui ne présentent pas de difficulté particulière. Mais

uniquement si le médecin a jugé, au préalable, que l'aide à la prise du traitement prescrit relevait d'un acte de la vie courante. **Ce n'est en aucun cas l'infirmière qui le décide mais le médecin qui le précise lors de la prescription.**

Qui trace l'administration des traitements dans le dossier de soins quand c'est l'aide-soignante qui aide à la prise, l'IDE ou l'AS ?

En principe, cela devrait être l'infirmière qui effectue la traçabilité des médicaments administrés.

7- préparation des formes buvables

- Les formes buvables sont-elles préparées immédiatement avant administration ?

TOUJOURS dans 50 % des cas pour les IDEC et les IDE.

SOUVENT dans 50 % des cas pour les IDE.

RAREMENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC.

- Les formes buvables sont-elles préparées séparément ? **OUI dans 87,5 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE.**

- Concernant les formes multidoses (collyres, buvables...), le nom du résident et la date d'ouverture sont-ils systématiquement apposés sur le contenant ? **OUI dans 87,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.**

ANALYSE DES REPONSES

Dans la moitié des cas, les formes buvables sont préparées immédiatement avant administration par les infirmières, et de façon séparée dans la majorité des cas. Concernant les formes buvables, **LE RESPECT DES BONNES PRATIQUES RESTE À AMELIORER.**

8- acte d'administration

- L'administration des médicaments se fait-elle au regard de la prescription ?

TOUJOURS dans 75 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.

SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.

RAREMENT dans 25 % des cas pour les IDE.

JAMAIS dans 12,5% des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.

- L'identité du résident est-elle vérifiée au moment de l'administration ?

TOUJOURS dans 75 % des cas pour les IDEC et les IDE.

SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.

RAREMENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC.

- Quels sont les moyens permettant de s'assurer de l'identité du résident avant administration des médicaments ?

Reconnaissance physique du résident dans 87,5% des cas pour les IDEC et 100% pour les IDE.

Photos dans 50 % des cas pour les IDEC et 75% pour les IDE.

Avec des questions spécifiques dans 25% des cas pour les IDEC.

ANALYSE DES REPONSES

L'administration des médicaments ne se fait pas toujours (seulement à 75% IDEC, 25% IDE et parfois même jamais !) au regard de la prescription. Quant à l'identité du résident elle n'est pas toujours (seulement à 75%) vérifiée au moment de l'administration. **SOURCES D'ERREUR MAJEURES, LE RESPECT DE LA REGLEMENTATION COMME DES BONNES PRATIQUES RESTE ICI À AMELIORER.**

9- respect des horaires des traitements

Quels sont les moyens mis en œuvre pour respecter les intervalles entre les prises des traitements qui l'exigent (antiparkinsoniens toutes les 2 heures par ex) ?

Réponse IDEC	Réponse IDE
Rappel sur le logiciel Medicor et planification.	- PM + blister

Certaines IDE mettent leur montre à sonner. Habitudes des IDE. Respect des horaires d'administration. Les horaires des prescriptions sont respectés par les IDE (médicaments blistérés avec horaires) Heure de prise respectée et programmée pour les spécifiques (10h, 12h...) Prescrit dans Netsoins. Sachet individuel avec heure spécifique Pots individuels avec horaire et nom du résident	- Piluliers adaptés et rappel via les plans de soins journaliers qui sont imprimés chaque jour + tableau - Aucun - Pas de traitement de ce type
---	---

ANALYSE DES REPONSES

Dans la plupart des EHPAD, des moyens sont mis en œuvre pour respecter les horaires de prises des médicaments spécifiques.

10- traçabilité de l'administration

E - Administration des médicaments – traçabilité

- L'administration est-elle notée quelque part ?

TOUJOURS dans 62,5 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE.

SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC.

RAREMENT dans 25 % des cas pour les IDE.

JAMAIS dans 25% des cas pour les IDEC et les IDE.

- Si elle est notée, à quel moment l'est-elle ?

Au moment de l'administration et en temps réel dans 17% des cas pour les IDEC et 33% pour les IDE.

APRES l'administration dans 83% des cas pour les IDEC et 67% pour les IDE.

- Si elle est notée, où l'est-elle ?

DANS LE POSTE INFIRMIER dans 67% des cas pour les IDEC et pour les IDE.

AUPRES DU RESIDENT dans 33 % des cas pour les IDEC et pour les IDE.

- Et par quel moyen ?

INFORMATIQUE dans 83 % des cas pour les IDEC et 67% pour les IDE.

PAR ECRIT dans 17% des cas pour les IDEC et 33% pour les IDE.

- Le refus du résident de prendre son traitement est-il noté dans le dossier de soins ?

TOUJOURS dans 62,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.

SOUVENT dans 12,5 % des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.

RAREMENT dans 25 % des cas pour les IDEC et 50% pour les IDE.

- Est-il possible de préciser les causes de refus ? **OUI dans 75 % des cas pour les IDEC et pour les IDE.**

- Si oui, de spécifier le ou les médicaments refusé(s) ? **OUI dans 75 % des cas pour les IDEC et pour les IDE.**

- Existe-t-il un système d'alerte du prescripteur (ou du MEDEC) en cas d'anomalie liée à l'administration du traitement ?

Non, dans 62,5% des cas pour les IDEC et dans 75% des cas pour les IDE.

ANALYSE DES REPONSES

La traçabilité de l'administration des médicaments pose un vrai problème sur le terrain :

- elle n'est pas toujours notée ;

- et quant elle l'est, elle est tracée en majorité après l'acte d'administration dans le poste de soins.

A noter : dans les EHPAD qui ne tracent pas l'administration, le refus de prendre le traitement par un résident est, par contre, tracé (*est-ce suffisant pour contrecarrer le fait que l'administration en elle-même ne l'est pas ?*)

LE DEFAUT DE TRACABILITE DE L'ADMINISTRATION EST UNE SOURCE D'ERREUR MAJEUR QUI ENGAGE LA RESPONSABILITE DES IDE QUI ADMINISTRENT LES MEDICAMENTS COMME CELLE DES IDEC QUI LES ENCADRENT.

La question de la traçabilité de l'administration est une question majeure qu'il serait intéressant d'approfondir dans une future recherche d'IDEC.

11- déclaration des événements indésirables

F - Evénements indésirables associés aux soins

- Avez-vous une procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins ? **OUI dans 87,5% des cas pour les IDEC et 25% pour les IDE.**
- Connaissez-vous le nombre d'événements indésirables associés aux soins l'an dernier ? **NON dans 75% des cas pour les IDEC et 100% pour les IDE.**
- Si oui, combien d'événements indésirables ont fait l'objet d'une déclaration l'an dernier ? **Aucun pour les 25% des IDEC qui connaissent ce chiffre.**

ANALYSE DES REPONSES

Les EHPAD disposent en majorité d'une procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins.

12- évaluation globale du circuit du médicament

G - Commentaires

- L'administration des médicaments vous semble-t-elle satisfaisante dans votre établissement ? Mettre une note sur 10 (0 = pas du tout satisfaisante ; 10 = très satisfaisante)

Réponses IDEC	Réponses IDE
3 - 8 - ? - 5 - 9 - 6 - 8 - 6	8 - 3 - 4 - 2

Soit en moyenne une note de 5,6 avec des extrêmes à 8 et 9 pour meilleures notes et 2 et 3 pour les moins bonnes.

Selon vous, quelles étapes du circuit du médicament nécessiteraient d'être améliorées ?

La traçabilité (7/12), l'écrasement des médicaments (5/12), l'administration (4/12), la surveillance (4/12), la prescription (3/12),

l'informatisation (3/12), la préparation des médicaments (3/12), le conditionnement des médicaments (1/12).

Que proposeriez-vous pour améliorer la distribution des médicaments des résidents dans votre établissement (par ordre de priorité) ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
<ul style="list-style-type: none"> - IDEC 1 : nous sommes en cours de changement. Notre système de distribution « Medissimo » n'est plus à la pointe. Beaucoup de manipulation. Beaucoup de troubles musculo-squelettiques liés au fait de déblister tous ces médicaments. La traçabilité ++++ qui sera effective lors de notre changement de distribution (logiciel intégré). Des fiches de distribution seront délivrées par le pharmacien avec la photo du résident. - IDEC 2 : du temps – moins de médicaments à donner (ordonnance trop importante) – forme galénique des médicaments parfois non adaptée aux P.A. - IDEC 4 : que les dossiers informatisés soient plus accessibles au pied du résident et non dans un étage. Ordinateur fixe. - IDEC 5 : livret du médicament fait et respecté par les prescripteurs – forme des médicaments adaptée à la personne âgée et sa dépendance - IDEC 6 : écrasement – distribution demande du temps (plus IDE pour informer éduquer le résident) - IDEC 7 : traçabilité en temps réel – autonomie du médecin traitant pour informatiser ses prescriptions. - IDEC 8 : formation des personnels AS - AMP 	<ul style="list-style-type: none"> - pouvoir tracer au lit du patient – avoir des indications sur les médicaments à écraser - réappropriation de la distribution par IDE – ttt en gouttes donné à l'instant T et non préparé en avance - préparation pr pharmacie – vérification par IDE avec classeur ordo – traçabilité administration – distribution sol buvables et collyres par IDE

Concernant la responsabilité de l'IDEC dans l'administration des médicaments, y a-t-il un point qui pose particulièrement problème dans votre pratique quotidienne et pour lequel (laquelle) vous aimeriez avoir une réponse spécifique ?

Réponses IDEC	Réponses IDE
<ul style="list-style-type: none"> - IDEC 1 : je sais que ce point noir met en cause ma responsabilité. La distribution et la traçabilité sont en cours d'étude et devront être réglées dès cet été. La prise des AVK est vraiment un problème avec ses changements permanents (nous possédons un support écrit pour un meilleur suivi). - IDEC 3 : comment tracer objectivement et correctement la prise des médicaments en EHPAD ? - IDEC 5 : quelle est réellement la responsabilité de l'IDEC – comment administrer plusieurs (parfois 5 à 10) médicaments séparément à une P.A. (avec autant d'eau gélifiée) car après problèmes pour la prise du repas car saturation – comment respecter les molécules et leur mode d'action ? - IDEC 6 : une vigilance permanente / contrôle des médicaments – la distribution des médicaments par AS -> traçabilité IDE – les génériques – 	<ul style="list-style-type: none"> - préparation des TTT en gouttes la nuit (vers 5h du matin) par IDE nuit pour une distribution vers 8h – validation des TTT donnés par AS et signature par une IDE (et préparés par une autre IDE) - est-il obligatoire de signer une convention entre le pharmacien de ville et l'EHPAD ?

éducation des résidents (consommateur de médicaments) – pas plus de 5 médicaments (iatrogénie) - IDEC 8 : question sur la responsabilité en cas d'erreur d'administration	
---	--

ANALYSE GLOBALE DES REPONSES

Au regard des propositions faites par les IDEC et les IDE pour améliorer la distribution des médicaments ainsi qu'aux manquements au respect de la REGLEMENTATION comme des BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION constatés dans l'ensemble du questionnaire, la satisfaction concernant l'administration des médicaments est paradoxalement plutôt bonne dans l'ensemble (5,6 en moyenne) même si les IDE sont moins satisfaites (4,25) que les IDEC (6,43). **UNE AMBIGUÏTE POSSIBLEMENT EN RAPPORT AVEC L'ABSENCE DE FORMATION COMPLEMENTAIRE DES IDEC ET DES IDE QUAND A LA REGLEMENTATION CONCERNANT LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS (en début de questionnaire « à propos de vous »).** Mais pas seulement car elle rejoint le constat de **'FAIBLE PRISE DE CONSCIENCE DU RISQUE LIE AU CIRCUIT DU MEDICAMENT EN EHPAD PAR LES PROFESSIONNELS'** rapporté par Dominique Hettler, pharmacien coordonnateur de l'OMEDIT de Champagne Ardennes, dans une intervention sur la Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD en septembre 2013(2)¹⁸.

La question de la responsabilité revient plusieurs fois ainsi que celles de la traçabilité et de la collaboration avec les AS/AMP. Le problème du contrôle des médicaments est abordé une fois.

A noter : Si la traçabilité revient majoritairement dans les propositions, une seule IDEC a mentionné la formation des AS et AMP comme étant nécessaire.

ANALYSE GLOBALE DES REPONSES DES IDE

¹⁸ diapo12

Globalement, les réponses des IDE en formation DU IRES recourent celles des IDEC en poste. Les questions qui se posent sont donc sensiblement les mêmes.

Toutefois, elles posent plus clairement la question de la préparation des formes buvables à l'avance et de la responsabilité des IDE en matière de préparation des traitements, du contrôle de ces préparations et de leur traçabilité (notamment quand elles distribuent des traitements préparés par une autre IDE ou qu'elles tracent l'administration d'un traitement réalisé par un AS).

13- responsabilité de l'IDEC

A ce stade de l'analyse de la situation de terrain et face aux points les plus critiques des manquements à la réglementation comme aux bonnes pratiques (administration au regard de la prescription, vérification de l'identité du résident ; traçabilité ; écrasement des formes orales sèches toutes ensembles), s'est posée à moi la question de la priorisation des axes d'amélioration à mettre en oeuvre pour sécuriser l'administration des médicaments en EHPAD. Question que j'ai posée à Ljiljana Jovic de l'ARS Ile-de-France.

Responsabilité de l'IDEC

Quels sont les points que les IDEC en EHPAD devraient vérifier en priorité afin de sécuriser l'administration des médicaments dans leur établissement ?

Réponse de Ljiljana Jovic : La première chose à faire serait de partir de la réglementation et des bonnes pratiques afin de se poser les bonnes questions à toutes les étapes de l'administration :

- qui fait quoi exactement en réalité ?
- et réfléchir, étape par étape, à qui est censé faire quoi ? C'est le rôle de qui ? la responsabilité de qui ?
- les prescriptions sont-elles bien écrites, datées, signées par les médecins ?

- qui dispense, qui prépare les traitements et dans quelles conditions (ne faudrait-il pas revoir les conventions avec les officines ?) ?

- qui administre réellement (uniquement les infirmières?) ?

C'est à partir de cet état des lieux qu'il sera ensuite non seulement possible d'ajuster, de préciser et d'améliorer l'administration des médicaments (à tous les niveaux : médical, soignant, administratif... en fonction de la responsabilité de chacun), mais aussi d'alerter les autorités (les agences régionales de la santé, notamment) des situations critiques rencontrées sur le terrain pour pouvoir, le cas échéant, faire évoluer la réglementation. C'est cela aussi le rôle de management d'une IDEC, il ne s'agit pas d'être dans le « faire » à tout prix, c'est-à-dire administrer les traitements aux résidents en l'occurrence, mais de réfléchir, de prendre le temps de l'analyse pour « faire faire » dans les meilleures conditions de sécurité possible.

Pour mémoire, l'administration est l'une des activités dans le circuit du médicament, l'IDEC et les IDE ne sont pas responsables de l'ensemble de l'organisation. Or, les conditions d'administration peuvent être « influencées » par l'organisation générale.

CONCLUSION

En partant de l'enquête de terrain et en reprenant la réglementation et les bonnes pratiques d'administration des médicaments, ce mémoire permet de mettre en évidence les **points critiques**, sources d'erreur majeures potentielles. Il s'agit notamment de la fréquente absence de contrôle des prescriptions comme de l'identité des résidents au moment de l'administration des traitements ainsi que de la traçabilité de l'administration qui n'est pour ainsi dire jamais faite en temps réel auprès du résident quand elle est pratiquée. Autre risque, celui de iatrogénie médicamenteuse liée à l'écrasement des formes orales sèches toutes ensemble ainsi qu'au manque de connaissances concernant l'écrasement des traitements.

Du côté des **axes d'amélioration** à envisager, on trouve la réalisation d'un guide d'administration des médicaments, voire d'un guide spécifique pour les IDE vacataires ou intérimaires, la mise à jour des protocoles de prescription en urgence et/ou par téléphone pour les EHPAD qui n'en ont pas ainsi que le respect des bonnes pratiques de préparation des formes buvables pour d'autres...

Responsabilité de l'IDEC

Selon la réglementation, l'administration des médicaments, qui n'est qu'une des étapes du circuit du médicament en EHPAD, est de la responsabilité des infirmières et donc de l'IDEC qui les encadre(24)¹⁹. Une responsabilité qui, comme le précise la directrice des soins et conseillère technique de la DOSMS d'Ile-de-France, ne recouvre pas toute l'organisation du circuit du médicament. C'est ainsi que, par exemple, il relève du médecin traitant, voire du médecin coordinateur, de réévaluer régulièrement le traitement des résidents ainsi que le nombre de prises, en particulier en cas de problème de déglutition, et de réfléchir à la meilleure forme galénique possible avant de passer à l'écrasement

¹⁹ cf les obligations du cadre soignant en matière d'organisation et de contrôle des soins, p. 28 (à vérifier)

des formes sèches. Dans ce cas, le rôle de l'IDEC sera de solliciter les médecins et le médecin coordinateur pour que les prescriptions soient réévaluées, mais aussi le pharmacien d'officine qui prépare les doses à administrer afin d'obtenir toutes les informations utiles concernant l'écrasement des formes sèches.

Néanmoins, c'est bien à elle de s'assurer que les obligations qui relèvent de sa fonction de cadre soignant soient effectives(24) et, si l'organisation dans son établissement ne lui permet pas d'y répondre, d'alerter et de signaler les manquements ou points critiques potentiellement à risque pour les résidents à sa hiérarchie, à savoir le directeur d'établissement, ainsi qu'au médecin coordinateur.

ANNEXES

1 – ENQUETE SUR LE TERRAIN – questionnaire envoyé

2 – CIRCUIT DU MEDICAMENT – V . BERTRAM

3 – BIBLIOGRAPHIE

1- ENQUETE SUR LE TERRAIN – questionnaire envoyé

Questionnaire sur l'administration des médicaments en EHPAD

Objectif

Ce questionnaire a pour objectif d'élaborer un état des lieux des diverses modalités d'administration des médicaments en EHPAD afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées sur le terrain.

A- Informations générales

• **A propos de vous**

Date de votre DE

Ancienneté dans le poste d'IDEC

Avez-vous suivi une formation complémentaire à la réglementation concernant la dispensation des médicaments ?

OUI	<input type="text"/>	NON	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Si oui, en quelle année et par qui (formation interne/externe) ?

• **A propos de votre établissement**

Nombre de résidents

Moyenne d'âge et âges extrêmes des résidents

Moyenne d'âge :

Âges extrêmes :

GMP

Disposez-vous d'un dossier de soins informatisé ?

OUI	<input type="text"/>	NON	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Si oui, est-il utilisé en pratique quotidienne ?

OUI	<input type="text"/>	NON	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Dans votre établissement, y a-t-il des résidents autonomes qui gèrent seuls leurs médicaments ?

OUI	<input type="text"/>	NON	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------

Si oui, combien sont-ils ?

En pratique, comment cela se passe-t-il (gestion et/ou détention totale ou partielle de ses médicaments) ?

--

Si votre établissement est situé en Ile-de-France, avez-vous été sollicité pour répondre à l'enquête menée par l'ARS sur la prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD réalisée en avril dernier ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Dans votre EHPAD, y a-t-il déjà eu une évaluation de la dispensation des médicaments ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Une réflexion entreprise avec votre MEDEC ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Y a-t-il déjà eu des réunions d'équipe à ce sujet ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si oui, sur quels thèmes ?

--

Faites-vous appel à des IDE vacataires/intérimaires ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si oui, existe-t-il un protocole spécifique pour eux (elles) ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

B – Prescriptions

Les prescriptions sont-elles informatisées ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Existe-t-il un guide pratique d'administration des médicaments ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Existe-t-il des fiches de surveillance ou protocole :

- pour les traitements spécifiques (anticoagulants...) ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

- pour les prescriptions en urgence ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

- pour les prescriptions effectuées par téléphone ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

En pratique, comment et dans quel délai ces prescriptions « orales » sont-elles tracées, puis régularisées ?

--

C/ Préparation des doses à administrer

Comment sont préparées les doses à administrer ? (une seule réponse possible)

Piluliers manuels	
Piluliers automatisés (robots)	

Qui prépare habituellement les doses à administrer (hors urgence) ? (une seule réponse possible)

L'officine ou la PUI	
L'infirmier(e)	
L'aide-soignant(e) ou l'aide médico-psychologique ?	
Le résident ou la famille	
Autre	

Quelle est la période pour laquelle la préparation est réalisée ? (une seule réponse possible)

Inférieure à 1 semaine	
1 semaine	
2 semaines	
Supérieure à 2 semaines	

D- Administration des médicaments – sécurisation

- **Ecrasement des formes orales sèches**

Un document indiquant les formes orales sèches pouvant être écrasées est-il disponible dans votre EHPAD ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Disposez-vous d'équipements pour l'écrasement des formes orales sèches ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si oui, sont-ils à usage unique ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Pour un résident, comment les formes orales sèches sont-elles écrasées ? (une seule réponse)

Médicament par médicament	
Tous ensembles	

- **Administration**

Qui administre habituellement les formes orales sèches ?

L'infirmier(e)	
L'aide-soignant(e) ou l'aide médico-psychologique ?	
• diplômée	
• faisant fonction	
Le résident ou sa famille	
Autre	

Les formes buvables sont-elles préparées immédiatement avant administration ?

Toujours	
Souvent	
Rarement	
Jamais	

Les formes buvables sont-elles préparées séparément ? (pas de mélange)

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Concernant les formes multidoses (collyres, buvables...), le nom du résident et la date d'ouverture sont-ils systématiquement apposés sur le contenant ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

L'administration des médicaments se fait-elle au vu de la prescription ?

Toujours	
Souvent	
Rarement	
Jamais	

L'identité du résident est-elle vérifiée au moment de l'administration ?

Toujours	
Souvent	
Rarement	
Jamais	

Quels sont les moyens permettant de s'assurer de l'identité du résident avant administration des médicaments ?

Reconnaissance physique du résident	
Photos	
Bracelets	
Questions spécifiques	
Autres	

Quels sont les moyens mis en œuvre pour respecter les intervalles entre les prises des traitements qui l'exigent (antiparkinsoniens toutes les 2 heures par ex) ?

--

E - Administration des médicaments – traçabilité

L'administration est-elle notée quelque part ?

Toujours	
Souvent	
Rarement	
Jamais	

Si elle est notée, à quel moment l'est-elle ?

Avant l'administration	
Au moment de l'administration, en temps réel	
Après l'administration	

Si elle est notée, où l'est-elle ?

Dans le poste infirmier	
Auprès du résident	
Autre (merci de préciser)	

Et par quel moyen ?

Informatique (scan)	
Par écrit	
Autre (merci de préciser)	

Le refus du résident de prendre son traitement est-il noté dans le dossier de soins ?

Toujours	
Souvent	
Rarement	
Jamais	

Est-il possible de préciser les causes de refus ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si oui, de spécifier le ou les médicaments refusé(s) ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Existe-t-il un système d'alerte du prescripteur (ou du MEDEC) en cas d'anomalie liée à l'administration du traitement ?

Oui (lequel)	
Non	

F - Evénements indésirables associés aux soins

Avez-vous une procédure de déclaration des événements indésirables associés aux soins ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Connaissez-vous le nombre d'événements indésirables associés aux soins l'an dernier ?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Si oui, combien d'événements indésirables ont fait l'objet d'une déclaration l'an dernier ?

G - Commentaires

L'administration des médicaments vous semble-t-elle satisfaisante dans votre établissement ?
 Mettre une note sur 10 (0 = pas du tout satisfaisante ; 10 = très satisfaisante)

Selon vous, quelles étapes du circuit du médicament nécessiteraient d'être améliorées ?

	Prescription
	Informatisation
	Préparation des médicaments
	Ecrasement des médicaments
	Administration
	Traçabilité
	Surveillance
	Autre (merci de préciser) :
	Aucune étape ne nécessite d'amélioration

Que proposeriez-vous pour améliorer la distribution des médicaments des résidents dans votre établissement (par ordre de priorité) ?

Concernant la responsabilité de l'IDEC dans l'administration des médicaments, y a-t-il un point (un problème, une question, une situation) qui pose particulièrement problème dans votre pratique quotidienne et pour lequel (laquelle) vous aimeriez avoir une réponse spécifique ?

2- CIRCUIT DU MEDICAMENT – V. Bertram



CIRCUIT du MEDICAMENT
 Réglementation et enjeux
 en EHPAD et SSIAD
 DIU Médecin Coordonnateur en EHPAD et
 Infirmier(ère)Référént(e) en EHPAD et en SSIAD (IRES)
 13 juin 2014

Circuit du médicament

Intervention de nombreux professionnels

- Salariés
- Libéraux
- &
- Médecins,
- IDE,
- AS et/ou soignant ou personnel pour l'aide à la prise des médicaments / aide aux actes de la vie courante (art. L. 313-26 du CASF)
- Pharmaciens et préparateurs en pharmacie

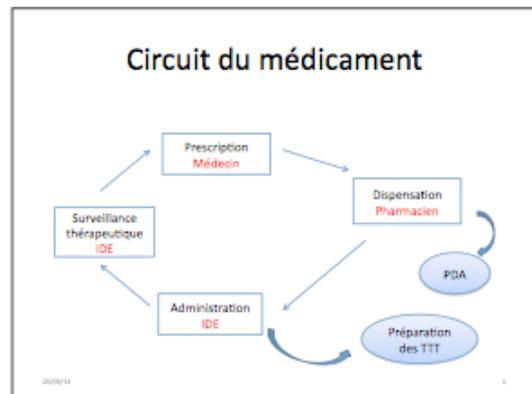
20/05/14 V. Bertram DU IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD

Circuit du médicament

La sécurisation du circuit du médicament

- Pré-requis de la qualité des soins en EHPAD au domicile
- Démarche pluridisciplinaire impulsée par le directeur et impliquant l'ensemble des professionnels de santé en EHPAD

20/05/14 V. Bertram DU IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD



Circuit du méd : PRESCRIPTION

Mieux prescrire

- Prévenir l'iatrogénie
- Améliorer l'observance

➡ **Enjeux majeurs de santé publique** ←

20/05/14 V. Bertram DU IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD

Circuit du méd : PRESCRIPTION

IATROGENIE

« provoqué par le médecin »

Effets indésirables des médicaments

20/05/14 V. Bertram DU IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD

Circuit du méd : PRESCRIPTION

IATROGENIE

Vieillesse normale => modif* absorption, distribution et élimination => **effets médicamenteux indésirables**

➡ Majoré par

- Polypathologie
- Polymédication
- Dénutrition
- Perte de l'autonomie

20/03/14 V. Bodechon-DU PÉD et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD 7

Circuit du méd : PRESCRIPTION

IATROGENIE

- Effets indésirables des médicaments 2 fois plus fréquents chez les + 65 ans
- Responsable de 20% des hospis chez les 90 ans et +
- 30% à 60% des effets indésirables des médicaments seraient prévisibles et évitables
- Peut survenir à chaque étape du circuit du médicament

20/03/14 V. Bodechon-DU PÉD et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD 8

Circuit du méd : PRESCRIPTION

OBSERVANCE

- Dose /prise,
- Heure,
- Règles hygiéno-diététiques,
- Présence aux consultations médicales

10% des hospitalisations seraient dues à un défaut d'observance des ttt

20/03/14 V. Bodechon-DU PÉD et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD 9

Circuit du méd : PRESCRIPTION

3 modalités de prescriptions ont été décrites

- **UNDERUSE** : Pas d'instauration d'1 ttt efficace pour traiter la pathologie alors qu'1 ou plusieurs classes thérapeutiques ont démontré leur efficacité
- **MISUSE** : Utilisation de médicaments aux risques > aux bénéfices attendus
- **OVERUSE** : Utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou d'efficacité démontrée

20/03/14 V. Bodechon-DU PÉD et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD 10

Circuit du méd : PRESCRIPTION

UNDERUSE : Pas d'instauration d'1 ttt efficace pour traiter la pathologie alors qu'1 ou plusieurs classes thérapeutiques ont démontré leur efficacité

Importance des essais cliniques chez les PA **niveau de preuve insuffisant sur la tolérance des médts nouveaux (NACO)**

Exemples :

- Anti ostéoporotiques,
- AVK dans la fibrillation auriculaire
- MO dans les douleurs (cancéreuses),
- IEC + Bbloquant dans l'insuff. cardiaque ,
- AD dans la dépression,

20/03/14 V. Bodechon-DU PÉD et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD 11

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MISUSE : Utilisation de médicaments aux risques > aux bénéfices attendus

- Listes de LAROCHE, de BEERS et de PRISCUS des médicaments inappropriés pour la PA
- Evaluer pour chaque PA le rapport bénéfice / risque d'1 méd, en tenant compte des morbidités

Ex: BZD à T1/2 vie longue

20/03/14 V. Bodechon-DU PÉD et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD 12

Circuit du méd : PRESCRIPTION

OVERUSE : Utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication ou d'efficacité démontrée

- Le médicament n'a pas d'indication => démarche diagnostique précise n'a plus d'indication => à revoir régulièrement
- Ex: IPP, statines
- SMR insuffisant / Commission de transparence
- Déremboursements (vasodilatateurs cérébraux)

20/06/14 V. BERTHOUD IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD 13

Circuit du méd : PRESCRIPTION

- Médecin traitant, spécialistes libéraux, PH, MG
- Médecin coordonnateur : Décret n° 2011-1047 du 2 sept 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du méco exerçant en EHPAD : **prescription en cas d'urgence**

« Sous la responsabilité et l'autorité administrative du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante : [...] 13° Réalise des prescriptions médicales pour des résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées ».

20/06/14 V. BERTHOUD IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD 14

Circuit du méd : PRESCRIPTION

- Seul élément de repère à toutes les étapes du C du méd
- Un élément du dossier du résident = confidentialité
- Accessible aux professionnels concernés
- Lisible, fonctionnelle

↑ Rédigée par le médecin, après examen du malade, sur une ordonnance ↓

20/06/14 V. BERTHOUD IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD 15

Circuit du méd : PRESCRIPTION

ECRITE - manuscrite ou informatique (art. R. 5132-3 du CSP)

- Nom, qualité, identifiant, adresse et SIGNATURE du prescripteur,
- Date,
- Nom, prénom, sexe et âge du patient,
- Poids et taille,
- Clairance de la créatinine (revue au min 1 fois/an),
- Albuminémie si nécessaire

20/06/14 V. BERTHOUD IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD 16

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

- Dénomination du médicament en DCI de préférence,
- Dosage et forme pharmaceutique,
- Voie d'administration (modalités d'injection pour les injectables)
- Posologie journalière
- Répartition journalière,
- Durée du traitement
- Nombre de renouvellements

20/06/14 V. BERTHOUD IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD 17

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

Mention « **acte de la vie courante** »
 => Aide à la prise médicamenteuse / intervention d'auxiliaires médicaux

Art. L. 313-26 du CASF

20/06/14 V. BERTHOUD IRES et Médecin coordonnateur en EHPAD 18

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

A prendre en compte :

- PA présentant des troubles de la déglutition => **formes galéniques adaptées**
- PA gérant seule son ttt => **présentation adaptée**
- PR nominatifs écrits, datés, signés, revus régulièrement par le Médecin

20/06/14 Y. Berthoin-DUJES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 20

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

« SI BESOIN »

- Pas d'interprétation subjective par IDE
- Encadrer par PR nominatif anticipé

AVK, antalgiques, loxen *, normacol *, ...
Antalgiques : échelle de la douleur validée, dernière prise, dose max / 24h, ...

20/06/14 Y. Berthoin-DUJES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 20

Circuit du méd : PRESCRIPTION

Liste préférentielle des médicaments adaptés aux PA
= Outil d'aide à la prescription

- Médecin coordonnateur,
- Pharmacien,
- CCG (arrêté du 5 sept 2011)
- Référentiels de bonnes pratiques gériatriques : HAS, SFGG, ANSM, OMÉDIT...

↓

Politique du médicament
Amélioration de la qualité de PEC des PA / Résidents

20/06/14 Y. Berthoin-DUJES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 20

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

Durée max de prescription / nombre de renouvellements :

- 12 mois = liste I et II des substances vénéneuses
- 28 jours = les hypnotiques
- 28 jours max = morphiniques ou médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants sur ordonnance SECURISEE, avec indications en TOUTES LETTRES

www.meddispar.fr

20/06/14 Y. Berthoin-DUJES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 20

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

Si plusieurs ordonnances de médecins différents, préférable que le médecin traitant responsable

- du résident (EHPAD)
- du patient (domicile) → en fasse la synthèse

20/06/14 Y. Berthoin-DUJES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 20

Circuit du méd : PRESCRIPTION

MANUSCRITE ou INFORMATISEE

La retranscription d'une prescription est formellement interdite : C'est la principale source d'erreur du circuit du médicament

20/06/14 Y. Berthoin-DUJES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 20

Circuit du méd : PRESCRIPTION

Transmission de la prescription à la pharmacie

- Pharmacie de ville
- Pharmacie à Usage Intérieur = PUI

Original à remettre au pharmacien

20/06/14

V. Bodechon-DU PUI et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD

23

Circuit du méd : DISPENSATION

Pharmacien dispensateur
(art. R. 5126-111 à 115 du CSP)

- Pharmacien d'officine pour EHPAD sans PUI
Pharmacien référent ? mission Verger = juillet 2014?
- Pharmacien gérant de la PUI de l'EHPAD

20/06/14

V. Bodechon-DU PUI et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD

25

Circuit du méd : DISPENSATION

Pharmacien dispensateur
art. R 4235-48 du CSP

- Analyse pharmaceutique
- Mise à disposition informations }
• conseils } Bon Usage
- Préparation éventuelle des doses à administrer

20/06/14

V. Bodechon-DU PUI et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD

27

Circuit du méd : DISPENSATION

Pharmacien dispensateur

Analyse pharmaceutique

- Vérifier sécurité, qualité, efficacité et efficience de la prescription
- Vérifier conformité de la prescription
- Si anomalie => avis pharmaceutique au prescripteur, tracé + proposition thérapeutique.

20/06/14

V. Bodechon-DU PUI et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD

28

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

- Médicaments
- mais pas les Dispositifs Médicaux (DM) et petit matériel => LPPR déjà intégrés au forfait soins 2,32€
Arrêté du 30 mai 2008

20/06/14

V. Bodechon-DU PUI et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD

29

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

- 1^{er} cas : DISPENSATION globale
Conditionnement d'origine
Sachet individuel nominatif
Pour 1 mois ou à chaque nouvelle ordonnance
- => IDE préparent les traitements hebdomadaires

20/06/14

V. Bodechon-DU PUI et M. Bodechon-Coordonnateur en EHPAD

30

Circuit du méd

PREPARATION des TRAITEMENTS par IDE

- A partir de la prescription et du ttt individuel
- Pilulier étiqueté au nom et prénom du résident + photo + n° de chambre
- Hygiène, qualité de conservation et sécurité sanitaire => ne pas sortir du conditionnement primaire
- IDE pas dérangée
- Plan de travail
- Contenants et matériel nettoyés
- Contrôle par contre-équipe

20/05/14 V. Bodechon-Barbier et M. Bodechon-Barbier en EHPAD 31

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

2^{ème} cas: PREPARATION des DOSES à ADMINISTRER : PDA par le Pharmacien

- soit Manuelle,
- soit Manuelle + logiciel de traçabilité et/ou d'aide à prép*
- soit Automatisée

Vide juridique

20/05/14 V. Bodechon-Barbier et M. Bodechon-Barbier en EHPAD 32

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

PDA par pharmacien (1)

Vide juridique

Textes en attente de publication:

- Décret sur la PDA,
- Arrêté relatif aux BP de dispensation des médts,
- Convention ehpad-officine (prévu à l'art. L.5126-6-1)

20/05/14 V. Bodechon-Barbier et M. Bodechon-Barbier en EHPAD 33

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

PDA par le pharmacien (2)

- Soit Manuelle 7j

Prép* semainiers = **sur-conditionnement**

Réalisée à l'officine ou dans l'EHPAD

20/05/14 V. Bodechon-Barbier et M. Bodechon-Barbier en EHPAD 34

Circuit du méd

PDA par le pharmacien (2bis)

MANUELLE

- A partir de la prescription et du ttt individuel
- Pilulier étiqueté au nom et prénom du résident + photo + n° de chambre
- Hygiène, qualité de conservation et sécurité sanitaire => conditionnement primaire
- Pas dérangé
- Plan de travail
- Contenants et matériel nettoyés
- Contrôle par autre pharmacien

20/05/14 V. Bodechon-Barbier et M. Bodechon-Barbier en EHPAD 35

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

PDA par le pharmacien (3)

- soit Manuelle + logiciel traçabilité et/ou aide à prép* 7j ou 28j

OREUS, MEDISSIMO, DISTRIMEDIC, PDA-7J-MULTIROIR = **déconditionnement + reconditionnement ou sur-conditionnement**

- soit Automatisée pour 7j

EURAF, DAMSI-Toscho, ROBOTIK-technologie, MACH 4 = **déconditionnement + reconditionnement**

Réalisée à l'officine

20/05/14 V. Bodechon-Barbier et M. Bodechon-Barbier en EHPAD 36

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI
PDA par le pharmacien (4)

- Sur prescription médicale
- Modification du conditionnement primaire
 - ⇒ répartition pour une aide à la prise
 - ⇒ déconditionnement et reconditionnement
 - ⇒ Sur-conditionnement

20/06/14 V. BERTHOUD-DEBIE et M. BÉGIN, coordonnateurs en IDEC 37

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD sans PUI

PDA (5)

Par qui?

- Le pharmacien
- Le préparateur en pharmacie « sous le contrôle effectif du pharmacien », art. L. 4241-1 du CSP

20/06/14 V. BERTHOUD-DEBIE et M. BÉGIN, coordonnateurs en IDEC 38

Circuit du méd : DISPENSATION

EHPAD avec PUI

Médicaments et DM = forfait global

- Dispensation nominative des méds
 - ⇒ mensuelle
 - ⇒ ou hebdomadaire (DHIN)
 - ⇒ ou journalière (DJIN) par la pharmacie
- Préparation
 - ⇒ des piluliers (semainiers) par la pharmacie
 - ⇒ ou des traitements (hebdomadaires) par IDEC

20/06/14 V. BERTHOUD-DEBIE et M. BÉGIN, coordonnateurs en IDEC 39

Circuit du méd : DISPENSATION

→ LIVRAISON

- Par le pharmacien ou son personnel
- Par un prestataire

HYGIENE
SECURITE
CONSERVATION
CONFIDENTIALITE

20/06/14 V. BERTHOUD-DEBIE et M. BÉGIN, coordonnateurs en IDEC 40

Circuit du méd : DISPENSATION

Mission du pharmacien

Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au BU du médicament

Médicaments écrasables ?
Quand les prendre ?
Comment ?
Conservation ?

20/06/14 V. BERTHOUD-DEBIE et M. BÉGIN, coordonnateurs en IDEC 41

Circuit du méd

CONVENTION EHPAD-OFFICINE

- Cadre Qualité & Sécurité de la dispensation
 - ⇒ Identification du médicament
 - ⇒ Stabilité PA / conservation
 - ⇒ Rôle et responsabilité de chacun
 - ⇒ Contrôles

Libre choix du résident en EHPAD sans PUI

20/06/14 V. BERTHOUD-DEBIE et M. BÉGIN, coordonnateurs en IDEC 42

Circuit du méd : DISPENSATION

SSIAD
Médicaments et les DM

- Dispensation nominative
 => mensuelle
- Préparation
 => des piluliers (semainiers) par la pharmacie
 => ou des traitements (hebdomadaires) par IDE ou les aidants

20/02/14 V. BERTHOUD IRES et M. BÉGIN coordinateur en EHPAD 43

Circuit du méd

DETENTION dans l'EHPAD

- Armoire et/ou chariots adaptés, fermés à clef, dans local fermé à clef, inaccessibles aux personnes non autorisées
- Les ttt des résidents stockés dans des casiers individuels et nominatifs
- Contrôles périodiques : ttt arrêté, périmé,...
- Médicaments thermosensibles => réfrigérateur + ctr T°
- Médicaments morphiniques => coffre
- Bouteilles O₂ médical => stockées et arrimées, local ventilé

20/02/14 V. BERTHOUD IRES et M. BÉGIN coordinateur en EHPAD 44

Circuit du méd : DISPENSATION

DETENTION dans l'EHPAD

Quels stocks de médicaments ?

- TTT nominatifs et mensuels des résidents,
- Dotation de médicaments pour soins urgents,
- Trousse d'urgence

20/02/14 V. BERTHOUD IRES et M. BÉGIN coordinateur en EHPAD 45

Circuit du méd

DETENTION au DOMICILE

- Traitements des résidents dont les morphiniques (contenant fermé à clé si danger)
- Contrôles périodiques : ttt arrêté, périmé,...
- Médicaments thermosensibles => réfrigérateur

20/02/14 V. BERTHOUD IRES et M. BÉGIN coordinateur en EHPAD 46

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Faire prendre

le Bon médicament
 au Bon patient
 à la Bonne posologie
 au Bon moment
 par la Bonne voie

Par l'IDE
 Par l'AS ou l'AMP

20/02/14 V. BERTHOUD IRES et M. BÉGIN coordinateur en EHPAD 47

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Concordance

identité du résident et prescription
 doses préparées et prescription

Par l'IDE
 Par l'AS ou l'AMP

20/02/14 V. BERTHOUD IRES et M. BÉGIN coordinateur en EHPAD 48

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration des formes non injectables (1)

Par l'IDE

« soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole, écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin » art. R. 4211-7 du CSP

L'IDE « est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, il est également responsable des actes qu'il assure notamment avec la collaboration des AS qu'il encadre » art. R. 4312-14 du CSP

20/06/14 Y. Bodechon-DUJRES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 49

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration des formes non injectables (2)

Par l'AS

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans 1 établissement ou 1 service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'IDE peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue de ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des PR de soins IDE mentionnées à l'art. R. 4311-3 » art. R. 4311-4 du CSP

20/06/14 Y. Bodechon-DUJRES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 50

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration des formes non injectables (3)

Par l'AS

Dans ces conditions et par leur formation, les AS peuvent

- aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable,
- sous la responsabilité des IDE et dans le cadre de l'aide aux soins réalisés par ces derniers

20/06/14 Y. Bodechon-DUJRES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 51

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration des formes non injectables (4)

Par l'AS

1. L'IDE organise la collaboration avec les AS : contrôle connaissances, compétences, pratiques;
2. L'IDE transmet les instructions nécessaires à la bonne administration;
3. L'IDE coordonne les informations relatives aux soins (dossier médical).

20/06/14 Y. Bodechon-DUJRES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 52

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration des formes non injectables (5)

Par l'AS

1. Respecte les consignes écrites de l'IDE;
2. Transmet les informations importantes;
3. Signale tout événement anormal concernant un résident ou toute difficulté.

20/06/14 Y. Bodechon-DUJRES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 53

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Cadre juridique de l'aide à la prise d'un médicament (1)

« Au sein des établissements et services mentionnés à l'art. L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante »

20/06/14 Y. Bodechon-DUJRES et M. Médecin coordonnateur en EHPAD 54

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Cadre juridique de l'aide à la prise d'un médicament (2)
« L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.
Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des PR de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise » art. L. 313-26 du CASF

20/06/14

V.Berlan-DU-RES et M.Bouché coordonnateur en EHPAD

10

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Cadre juridique de l'aide à la prise d'un médicament (3)

En résumé

L'aide à la prise médicamenteuse peut être réalisée par tout aidant ;

Concerne les médicaments prescrits, pour lesquels le mode de prise ne présente ni difficulté particulière d'administration, ni apprentissage spécifique ;

A condition que les médicaments aient été préparés par 1 IDE

20/06/14

V.Berlan-DU-RES et M.Bouché coordonnateur en EHPAD

10

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration formes **non injectables** (6)

Comprimés et gélules

- En cas de troubles de la déglutition, le prescripteur aura
- fait le choix d'une forme galénique adaptée
 - ou indiqué sur la prescription « cp à écraser/gélule à ouvrir »
- S'assurer que la forme galénique sinon risque :
- Mauvais goût
 - Effets secondaires graves
 - Modification effet thérapeutique

20/06/14

V.Berlan-DU-RES et M.Bouché coordonnateur en EHPAD

10

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration formes **non injectables** (7)

Comprimés et gélules

- Ecraser le médicament / ouvrir la gélule au moment de l'administration
- Nettoyer le matériel entre chaque utilisation
=> Broyeur manuel ou électrique

20/06/14

V.Berlan-DU-RES et M.Bouché coordonnateur en EHPAD

10

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration formes **non injectables** (8)

Solutions et gouttes buvables, sirops

- Mesurer les doses à administrer au moment de l'administration
 - Ne pas les mélanger
- Utiliser:
- Le compte-goutte spécifique à la spécialité. Vertical. Rincer
 - Ne pas utiliser des cuillères jetables : C à café = 5ml, c à soupe = 15 ml

20/06/14

V.Berlan-DU-RES et M.Bouché coordonnateur en EHPAD

10

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration formes **non injectables**

Dispositifs transdermiques

- Décoller le patch précédent
- Changer de site d'application
- Noter date et heure

20/06/14

V.Berlan-DU-RES et M.Bouché coordonnateur en EHPAD

10

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration formes injectables

IDE seulement

20/02/14 V. BERTHOUD, IRES et M. BÉGIN, coordonnateur de l'IDEC

Circuit du méd: ADMINISTRATION

Administration MORPHINIQUES

IDE seulement

- Prélever dans le coffre au moment de l'administration
- Tracer en toutes lettres

20/02/14 V. BERTHOUD, IRES et M. BÉGIN, coordonnateur de l'IDEC

Circuit du méd: ADMINISTRATION

- S'assurer de la prise effective des médicaments par le résident
- Enregistrer l'administration = atteste que le ttt a bien été administré

En absence de réglementation spécifique dans les EHPAD :

- enregistrement en temps réel
- indication des incidents ou non-prises
- support papier ou informatisé : dossier médical

20/02/14 V. BERTHOUD, IRES et M. BÉGIN, coordonnateur de l'IDEC

Circuit du méd: SURVEILLANCE THERAPEUTIQUE

Observation du résident / de la personne (1)

- Déceler tout signe révélateur d'une anomalie
- S'assurer de l'efficacité thérapeutique des médicaments prescrits
- Réévaluation possible du traitement

20/02/14 V. BERTHOUD, IRES et M. BÉGIN, coordonnateur de l'IDEC

Circuit du méd: SURVEILLANCE THERAPEUTIQUE

Observation du résident / de la personne (2)

- Survenue d'un effet indésirable

→ PHARMACOVIGILANCE

« La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain mentionnés à l'art. L. 5121-1 » art. R. 5121-150 du CSP

20/02/14 V. BERTHOUD, IRES et M. BÉGIN, coordonnateur de l'IDEC

Circuit du méd: SURVEILLANCE THERAPEUTIQUE

Observation du résident / de la personne (3)

- Survenue d'un effet indésirable

→ PHARMACOVIGILANCE

Tout membre d'une profession de santé peut faire un **signalement de pharmacovigilance** devant un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à 1 médicament au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) => Cf site ANSM

20/02/14 V. BERTHOUD, IRES et M. BÉGIN, coordonnateur de l'IDEC

Circuit du médicament

Quels autres stocks de médicaments ?

- **Dotation pour soins urgents**

Articles L.5126-6, R.5126-112 et R.5126-113 du CSP

- **Chariot d'urgence** : absence de texte législatif et réglementaire

20/06/14

V.Bertram-DU IRES et Médecin
coordonnateur en EHPAD

67

Circuit du médicament

Dotation pour soins urgents

- Composition qualitative et quantitative peut-être établie par le MEDCO en collaboration avec le pharmacien (réfèrent) et les MG
- Révision et contrôle IDE

20/06/14

V.Bertram-DU IRES et Médecin
coordonnateur en EHPAD

68

Circuit du médicament

Chariot d'urgence

- PEC de urgence vitale
- Evaluation de perspective de morbidité et mortalité du résident âgé

20/06/14

V.Bertram-DU IRES et Médecin
coordonnateur en EHPAD

69

Circuit du médicament

Je vous remercie pour votre attention

Véronique BERTRAM
Pharmacien
veronique.bertram@gmail.com

20/06/14

V.Bertram-DU IRES et Médecin
coordonnateur en EHPAD

70

3- BIBLIOGRAPHIE

(1) Guide – Repères pour votre pratique « **Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** », ARS Rhône-Alpes, mars 2012 (en ligne)

Disponible sur : http://ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Circuit_medicament_EHPAD/201203_Mag_uette_circuit_medicament_EHPAD.pdf (consulté en avril 2014).

(2) Hettler Dominique, « **Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD** », Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMédit) Champagne-Ardenne, 17 septembre 2013 (en ligne)

Disponible sur : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/qualite_performance/secteur_medicosocial/prev_chute_ehpad_2013/52/5_PECM_OMEDIT.pdf (consulté en avril 2014).

(3) Verger Philippe, Rapport sur « **La politique du médicament en EHPAD** », Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2013 (en ligne)

Disponible sur : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf (consulté en décembre 2013)

(4) Fiche thématique : « **Organisation du circuit du médicament en établissement de santé** », HAS, DACEPP, Service de l'accréditation, 2005 (en ligne).

Disponible sur : http://www.infirmiers.com/pdf/circuit_medicament_fiche.pdf (consulté en avril 2014)

(5) Bertram Véronique, « **Circuit du médicament – Réglementation et enjeux en EHPAD et SSIAD** », 13 juin 2014 (Présentation pour le DIU Médecin Coordinateur en EHPAD et Infirmier(ière) Référent(e) en EHPAD et en SSIAD (IRES))

Consultable en annexe.

(6) « **Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments** », HAS, juillet 2011 (en ligne)

Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf (consulté en avril 2014).

(7) « **Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient - La délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé** », Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), novembre 2012 (en ligne).

Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_La_delivrance_nominative_des_medicaments.pdf (consulté en avril 2014)

(8) **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE, Circulaire DGS/PS 3/DAS n° 99-320 du 4 juin 1999** relative à la distribution des médicaments. Non paru au Journal officiel, Bulletin officiel 99-25.

Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-25/a0251638.htm> (consulté en mai 2014)

(9) « **Administration des médicaments : règles de bonnes pratiques** », Blog du Conseil de l'Ordre infirmier de Paris, 14 août 2009 (en ligne)

Disponible sur : <http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?p=528>
(consulté en juin 2014)

(10) Aubert Lucien, Eccli René, Renault Marie-Hélène & al., « **Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail** », 4ème édition Soins infirmiers, Ed. MASSON, janvier 2007, 163 p. (consulté en juin 2014)

(11) Poirier Emmanuel, « **Les 3 responsabilités professionnelles de l'infirmière** », (en ligne), 15 novembre 2012.

Disponible sur : <https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/responsabilite-par-profession-sante/responsabilites-infirmiere.html> (consulté en mai 2014).

(12) Lelièvre Nathalie, « **Les obligations de l'infirmier - responsabilités juridiques et professionnelles** », Ed. Heures de France, 2003, 123 p. (consulté en avril 2014)

(13) Guide du service de soins infirmiers, « **L'accueil de la personne âgée** », Ministère de la santé, 2001 (en ligne)

Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf
(consulté en juin 2014)

(14) Scotti Jean-Charles, « **Des missions du cadre de santé à sa responsabilité juridique** », 15 mai 2012 (en ligne)

Disponible sur le site de la Fédération hospitalière de France :

<http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Management/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique> (consulté en mai 2014)

(15) Buchet-Molfessis Christine, « **Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés** », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/1, N° 92, p. 68-94.

Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-1-page-68.htm> (consulté en avril 2014)

(16) « **Quelle est la responsabilité du cadre de santé dans un service de soins ?** » (en ligne), Editions WEKA, mars 2002.

Disponible sur :

http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/role_du_cadre_de_sante.pdf

(consulté en juin 2014)

(17) « **La responsabilité du cadre infirmier** » (en ligne), Objectif Soins, n°36, octobre 1995.

Disponible sur :

<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/RESPONSABILITES%20CADRE.pdf> (consulté en juin 2014)

(18) Arrêt au fond de la 17° Chambre de la Cour d'Appel d'Aix en Provence du 22 février 2010, n°2010/181, GP/FP D, rôle N° 09/02875. Consulté sur la base de données juridiques Dalloz, BIUM, Université Paris-Descartes, en juin 2014.

(19) Dupuy Olivier, « **L'infirmier – Règles d'exercice professionnel** », Ed. Heures de Fran, 2011, 212 p. (consulté en avril 2014)

(20) « **Les bonnes pratiques d'administration des médicaments** » (en ligne), ARS du Centre, Comité régional du médicament et des dispositifs médicaux (CRMDM), 2002.

Disponible sur : [http://www.optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/CRMDM_r%C3%A9gion-](http://www.optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/CRMDM_r%C3%A9gion-Centre_Guide_Bonnes_pratiques_admin_2002.pdf)

[Centre_Guide_Bonnes_pratiques_admin_2002.pdf](http://www.optimiz-sih-circ-med.fr/Documents/CRMDM_r%C3%A9gion-Centre_Guide_Bonnes_pratiques_admin_2002.pdf) (consulté en mai 2014)

(21) « **Guide auto-diagnostic du circuit du médicament en EHPAD sans Pharmacie à usage intérieur** » (en ligne), ARS Pays de la Loire, mai 2012.

Disponible sur : http://ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/produits-sante/circuit-meds-ehpad/Guide.pdf

(consulté en mai 2014)

Autres documents consultés

Dr Bernard-Fernier Marie-Françoise, Mémoire DU Médecin coordonnateur d'EHPAD, année 2007-2008, « **Dispensation et administration des médicaments en EHPAD** ».

<http://www.ehpads.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2007-2008/Dispensation%20et%20administration%20des%20medicaments%20en%20EHPAD%20-%20Memoire%20de%20Marie-Francoise%20Bernard-Fernier.pdf> (consulté en février 2014)

Delomenie P., rapport n° 2005 022, « **Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées** », Inspection Générale des Affaires Sociales, 2005.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000331/index.shtml>
(consulté en avril 2014)

Gaillande L., debroas B., briesse J-P., galloni d'Istria E., « **Sécurisation des procédures d'administration des médicaments** », *Objectif soins*, mars 2007, pp. 21-31. (consulté en avril 2014)

Jacquín-Mourain Nicole, Girsá Odette, IDEC, Leclere Bernard, pharmacien, « **Gestion de la pharmacie et des thérapeutiques – Comité du médicament, livret thérapeutique** », DU Médecin coordonnateur, 2008.

Disponible sur Internet :

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee2coordonneurssehpad/NicoleJacquinMourain1.pdf> (consulté en mai 2014)

« Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD »,

OMEDIT Basse-Normandie, ARS Basse-Normandie, avril 2013.

Disponible sur internet : http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2194/5382.pdf (consulté en mai 2014)