

SAMIR DRIDI -

UNIVERSITE RENE DESCARTES - PARIS V Faculté Cochin- Port
Royal

IATROGENIE

**LE DANGER DES MEDICAMENTS
ECRASES EN EHPAD**

QUEL EST LE ROLE DE L'IDEC ?

2015

Directrice de mémoire : Brigitte FEUILLEBOIS
Coordonnatrice et conseillère pédagogique, du DU IRCO

IATROGENIE: LE DANGER DES MEDICAMENTS ECRASES EN EHPAD QUEL EST LE ROLE DE L'IDEC ?

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	page 4
INTRODUCTION	page 5
METHODOLOGIE	page 6
PREAMBULE	page 7
I- LE CADRE REGLEMENTAIRE	page 8
1) Le médecin traitant	page 8
2) Le Pharmacien	page 8
3) Le médecin coordinateur	page 8
4) L'infirmier coordinateur	page 9
5) L'infirmier(ère)	page 9
6) Aides-soignants et aides médico-psychologiques	page 9
II - LES BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS ET LEURS OBSERVENCES	page 11
1) Les règles de bonnes pratiques	page 11
A) Administrer le bon médicament	page 12
B) Recommandations sur l'administration	page 12
III- LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE INDUITE	page 12
1) définition	page 13
2) pourquoi s'intéresser a ce sujet	page 13
3) Iatrogénie, problème de santé publique	page 13
4) prévention de la iatrogénie	page 13
5) Les risques encourus de la modification galénique	page 14
a) les risques sur le patient	page 14
b) Des accidents graves	page 15
c) Risque juridique	page 16

IV- Analyse et compte-rendu du questionnaire: page 17

V- Rôle de prévention peut jouer l'IDEC page 25

1) auprès du médecin traitant page 25

2) auprès du pharmacien page 25

3) auprès des soignants non qualifiés page 25

4) auprès des IDE page 25

5) auprès des aides soignants et les aides medico-psychologique page 25

6) auprès du médecin coordinateur page 25

CONCLUSION page 26

BIBLIOGRAPHIE page 27

ANNEXE page 28

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé à l'élaboration de ce mémoire.

En premier lieu, **Brigitte Feuillebois** ma directrice de mémoire qui m'a guidé et m'a accompagné tout au long de mon travail .

Je tiens à remercier aussi toute l'équipe pédagogique du DU et en particulier **Brigitte Feuillebois** et **Simone Lesage**, coordonnatrice et conseillère pédagogique, du DU IRCO.

A toute les personnes que j'ai pu rencontrer lors de ce DU, avec qui les échanges ont été très enrichissants.

A **ma femme** et à **mes enfants** qui m'ont vivement encouragé et soutenu dans mon projet .

INTRODUCTION

L'analyse des pratiques professionnelles est une démarche réflexive que l'infirmier coordinateur doit avoir pour mener à bien sa mission. Elle est le fruit d'une expérience mais aussi du savoir et des preuves scientifiques apportées tout au long de sa formation .

Être coordinateur (infirmier) tel était mon projet professionnel. La iatrogénique médicamenteuse selon toute ces formes présente un déficit énorme devant tous les intervenants toutes catégories confondues : médical, paramédical, pharmacien, cadre de santé...

Plus de 10000 décès et 130 000 hospitalisations par an , surcoût annuel: 80 et 318Millions€.

« *Évitable dans 30 à 60 %des cas!* » Le terme évitable ainsi que le chiffre m'a interpellé et m'a fait penser à des pratiques trop fréquentes en gériatrie et dont les soignants mesurent en général les limites et le danger. Cette pratique qui consiste à écraser les médicaments pour pouvoir les administrer à des patients qui présentent des troubles de la déglutition ou bien à ceux qui refusent de les prendre par des troubles de comportement.

Alors il m'a paru nécessaire de me pencher sur cette problématique et poser ma question « qu'est-ce qui fait que les soignants ont un recours systématique, de leur propre initiative, à l'écrasement des comprimés devant des personnes présentant des troubles de la déglutition et/ou des troubles de comportement?

Afin d'essayer d'apporter des réponses qui me permettent de mener à bien ma mission en tant que responsable et grand de la qualité des soins et apporter un plus pour limiter les risques iatrogéniques à une population fragile par son âge avancé, polymédicalisée et sa polyopathie, ma question de recherche est alors:

« Quel rôle préventif l'IDEC est-il en mesure de jouer afin de prévenir iatrogénie médicamenteuse induite par l'administration non conforme des traitements sous forme orale sèche ? »

En partant du rôle de chaque intervenant à la prise en charge médicamenteuse, des bonnes pratiques, de la jurisprudence et d'une enquête sur le terrain auprès des infirmiers(ères) en exercice, ce travail de recherche se propose d'apporter des réponses à mes différentes questions.

METHODOLOGIE

Présentation de la démarche avant de pouvoir répondre à la question de recherche qui sera l'objet de la finale de ce mémoire, il m'a semblé important :

1) de replacer l'administration des médicaments « qui est la source de iatrogenie médicamenteuse » dans le circuit des médicaments (PREAMBULE).

2) de partir du rôle de tous les acteurs, directs et indirectes de la distribution des médicaments : de la prescription, arrivée à l'administration, et représenter l'ensemble des textes réglementaires qui le régissent afin de pouvoir situer le rôle ainsi que la responsabilité de chaque acteur (LE CADRE REGLEMENTAIRE).

3) de présenter les bonnes pratiques d'administration des médicaments (LES BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS ET LEURS OBSERVANCES).

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-soignants) sont en cause.

5) de réaliser un questionnaire auprès des infirmiers en fonction en EHPAD afin de mettre en évidence les points qui posent le plus de problème sur le terrain (ENQUETE DE TERRAIN).

PREAMBULE

Le circuit du médicament en EHPAD est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : 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 mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique souligne la nécessité d'organiser le circuit du médicament dans des conditions précises qui permettent de limiter les incidents liés aux médicaments. Ce même arrêté définit aussi le rôle propre de chaque intervenant: Le médecin traitant prescrit, le pharmacien dispense, et l'infirmier administre. Mais il faut ajouter à cela le rôle du médecin coordonnateur et celui de l'infirmier coordinateur qui sont des éléments incontournables dans la prise en charge médicamenteuse, de la sécurité des résidents et la prévention de la iatrogénie.

Terminologie:

Dispensation: L'acte de la dispensation du médicament est assuré par le pharmacien. Il 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.

L'administration : L'administration des médicaments est un acte infirmier, il comprend : la prise de connaissance de la prescription médicale, la préparation de l'administration des médicaments, l'acte d'administration proprement dit, l'enregistrement de l'administration et la surveillance thérapeutique du patient.

I- LE CADRE REGLEMENTAIRE

Le Circuit des médicaments en EHPAD, comprend l'ensemble des étapes du parcours, de la prescription initiale, passe par la dispensation et arrive à l'administration au résident.

Toutes ces étapes sont à risque, en effet la prescription et l'administration englobent à elles-seules plus de 80% des accidents.

Qui fait quoi ? « Afin que le bon médicament arrive à la bonne dose dans la bonne bouche ».

1) Le médecin traitant:

Le rôle prescripteur : La prescription marque le point de départ du circuit du médicament. Le médecin traitant a pour rôle de maintenir et d'améliorer l'état de santé des ses résidents sur le plan physique et psychologique, il a alors pour responsabilité de suivre l'état de santé de ses résidents et de prescrire les médicaments. L'ordonnance écrite et signée par le prescripteur comme le précise les différents articles de Loi. Les médecins traitants intervenant au sein des EHAP se doivent d'adhérer au projet de l'établissement mais conservent toutefois toute leur indépendance professionnelle. Provenant substance de l'article R. 4127-5 du code de la santé publique (CSP).

2) Le Pharmacien:

La dispensation

L'article R 4235-48 du Code de la Santé Publique précise que: *«le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament associant à sa délivrance: l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si celle-ci existe, l'éventuelle préparation des doses à administrer: La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ».*

3) Le médecin coordinateur:

Le médecin coordinateur assure l'encadrement médical de l'équipe soignante, sa présence au sein de l'EHPAD est obligatoire comme le mentionne l'article suivant : *« Tout établissement d'hébergement des personnes Âgées dépendantes relevant de l'article L. 312-1 doit se doter d'un médecin Coordinateur »* (Article D312-156 du CASF).

Il a de nombreuses missions au sein de la section soins de l'EHPAD décrites à l'article D312-158 du CASF.

La mission n° 5 du médecin coordinateur en l'EHPAD, veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formulation de toute recommandation utile dans ce domaine et contribution à l'évaluation de la qualité des soins.

La mission n° 13 du médecin coordonnateur consiste aussi à la réalisation des prescriptions médicales pour les 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 37 exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

4) L'infirmier coordinateur:

Encadrement

Le rôle de l'infirmier coordinateur en EHPAD semble bien défini selon les textes même si les textes ne l'énoncent pas explicitement.

Selon le Code de la Santé publique, « *l'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement. Il veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de vie et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité* ».¹

Par sa mission, l'IDEC doit définir alors les rôles des professionnels participant à la prise en charge médicamenteuse et faire respecter les responsabilités des équipes et garantir la sécurité des résidents.

5) L'infirmier(ère)

Administration : L'administration des médicaments est l'étape ultime du circuit du médicament conduisant à sa prise effective par le résident. « *L'acte de l'administration proprement dit consiste à faire prendre le bon médicament au bon patient, à la bonne posologie, au bon moment, par la bonne voie. Cet acte inclut le contrôle de la prise effective du traitement.* »².

La pratique du métier d'infirmier(ère) est régie par le décret du 11 février 2002 relatif aux règles professionnelles des infirmières.

Le Code de la santé publique (CSP) confie aux infirmières la responsabilité 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 : Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable, vérification de leur prise, surveillance de leurs effets et éducation du patient.

Article 2 : Contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative de ou des médecins prescripteurs.

Article 3 : vérification de la prise des médicaments et surveillance de leurs effets.

6) Aides-soignants et aides médico-psychologiques:

Aide à la prise des médicaments : Le rôle de l'AS et l'AMP se résume principalement à l'aide aux personnes qui se trouvent dans l'incapacité d'assurer eux-mêmes les besoins élémentaires de la vie courante comme se mouvoir, se laver, s'habiller, boire et manger seul, au sein de l'équipe soignante de l'EHPAD, il travaille en étroite collaboration et sous la responsabilité de l'infirmière, qui, du fait de l'exercice en établissement médico-social, peut lui déléguer une partie de son travail. Cette responsabilité est bien définie dans l'article 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*

1

Article R4312-31 du décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé publique

2

ARS Rhône-Alpes, Mars 2012: Sécourisation du circuit du médicament dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

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. »

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 l'IDE.

II - LES BONNES PRATIQUES D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS ET LEURS OBSERVANCES:

En gériatrie le personnel soignant est souvent confronté à des difficultés d'administration des médicaments à des personnes présentant des troubles de la déglutition et ou des troubles du comportement. Cette pratique qui est souvent la solution pour l'infirmière pour pouvoir administrer les médicaments à ces patients qui sont dans l'incapacité d'avalier ou bien dans un refus total, n'est pas sans risque et peut avoir des conséquences graves.

Plusieurs études ont été faites à ce sujet et dont celle qui a été effectuée en 2009 par le CHU de ROUEN. Cette étude qui a été menée auprès de 683 patients hospitalisés dans toutes les unités de Gériatrie du CHU (court séjour, SSR, EHPAD, USLD) soit 221 personnes interrogées sur 683 usagers (32.3%). Les résultats sont les suivants :

- **1528 médicaments écrasés par jour. 41.5%** de ces comprimés ou gélules administré(e)s après écrasement avaient une forme galénique interdisant l'écrasement
- Usagers souffrants de troubles de déglutition (67.1%) et/ou de troubles du comportement (27.5%)

Quelques chiffres:

- Effets Indésirables Médicamenteux 2 fois plus fréquents en moyenne après 65 ans
- 10 à 20% des Effets Indésirables Médicamenteux conduisent à une hospitalisation
- Plus de 10000 décès et 130 000 hospitalisations par an
- Après 80ans, 20% de ces accidents conduisent à une hospitalisation
- 30 à 60% des Effets Indésirables Médicamenteux sont prévisibles et de ce fait évitables

1) Les règles de bonnes pratiques:

En 1999, l'ISMP (Institute for Safe Medication Practices): énonce la règle des 5 Rights (5 R') qui devient le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse : « *Administrer le Bon médicament, à la Bonne dose, au bon moment, sur la Bonne voie, au Bon patient* ». Ils représentent des objectifs à atteindre, pour lesquels des stratégies sont définies et mises en œuvre.

- **Administrer le bon médicament:** L'administration du bon médicament consiste aussi à l'administrer en toute conformité avec la prescription médicale sans aucune modification.

Écraser un médicament revient à modifier sa galénie.

Definition La galénie : La galénique d'un médicament correspond à la forme de présentation de celui-ci : sirop, comprimé, gélules, spray, liquide injectable, etc. La galénique est adaptée au profil d'absorption du médicament (par le sang, la peau, le tube digestif, les poumons etc.), à son mode de distribution spécifique dans l'organisme et chaque fois que possible aux préférences du patient. La plupart des médicaments mis sur le marché ont une forme galénique complexe, dont le choix de la galénique repose sur quatre critères principaux :

« 1. les critères physico-chimiques (stabilité du principe actif, incompatibilité. . .)

2. Les critères pharmacocinétiques (libération du principe actif, biodisponibilité. . .)

3. les critères pharmacodynamiques (dose initiale, durée de l'effet. . .)

4. Les critères de confort et commerciaux (goût, confort de la prise, couleur. . .) » in FODIL M et al, *Considérations portant sur l'écrasement des comprimés en gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie* –

Gériatrie 2013, En ligne).Écrasement des médicaments sous forme sèche : on désigne par cette appellation l'écrasement des comprimés, mais aussi l'ouverture des gélules, l'écrasement des microgranules d'une gélule et la division d'un comprimé non sécable.

Qui peut réaliser le broyage? « L'administration des médicaments inclut les actes techniques de préparation des piluliers et de broyage. Il s'agit donc d'une activité devant être réalisée par l'infirmier(ère) sans délégation possible aux aides-soignant(e)s ».

Il faut distinguer :

- l'administration des médicaments avec un acte technique = compétence exclusive de l'infirmier(ère)
- l'aide à la prise de médicaments = l'infirmier(ère) peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants(e)s ou d'aidant(e)s. Cette collaboration correspond à l'administration des médicaments préparés et distribués par l'infirmier(ère).

Le broyage d'un médicament n'est donc pas une aide à la prise médicamenteuse . (OMéDIT Centre - Décembre 2013 - actualisation Juin 2014).

B) RECOMMANDATIONS SUR L'ECRASEMENT:

Sur cette pratique il n'y a pas de recommandations officielles sur les bonnes pratiques en matière de transformation des formes solides. Les recommandations sont le résultat d'une étude faite en juin 2009 par le CHU de Rouen, menée auprès de 683 usagers hospitalisés dans toutes les unités de Gériatrie du CHU (court séjour, SSR, EHPAD, USLD). Cette étude a montré 41,5% des médicaments écrasés avaient une forme galénique contre-indiquant cette pratique ! Formes galéniques contre-indiquant l'écrasement : Comprimés à libération prolongée (LP) ou modifiée (LM), gastro-résistant, sublingual, Multicouches, Capsules en gélatine molles, Microgranules enrobés contenus dans une gélule. Cette dernière étude a bien signalé que la pratique de broyage des comprimés n'est pas sans risque pour le patient.

La Haute Autorité de Santé a émis en 2010 un outil dans lequel elle fait des préconisations :

- *Ne pas mélanger deux produits écrasés qu'après l'avis du pharmacien*
- *Utiliser une substance véhicule neutre de type eau gélifiée*
- *Chercher des alternatives galéniques (solution buvable, etc.)*
- *Identifier le motif d'écrasement et le renseigner sur la prescription*
- *La préparation (écrasement des comprimés) doit être assurée par une infirmière*
- *L'administration doit être réalisée par une l'infirmière, mais peut être déléguée à l'aide soignante*
- *Toujours vérifier si le médicament est écrasable*
- *Mettre à la disposition des infirmières une liste des médicaments qui peuvent être écrasés »* (<http://www.has-sante.fr/>).

III. LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE INDUITE:

« *Derrière ce terme se cache les conséquences sur la santé d'un mauvais usage des médicaments*».

On désigne par ce terme, les risques provoqués par des pratiques non recommandable et dont les accidents sont évitables.

1) DEFINITION :

Iatrogénie? – «iatros», médecin – «gènes», engendrer (en grec).

Selon l'OMS La iatrogénie se définit comme *«Toute réponse néfaste et non recherchée à médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement»*.

Le CCECQA a défini l'événement iatrogène comme *« un événement qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de cet événement »* in **CCECQA/2003** : Comité de coordination de l'évaluation clinique & de la qualité en Aquitaine.

Une définition a retenue et nous semble plus adaptée à notre sujet, est celle qui a été retenue par le rapport de ENEIS (Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins) en 2009 : *<< Un événement indésirable évitable se définit comme un événement indésirable qui n'aurait pas eu lieu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de sa survenue. Le caractère évitable est apprécié à l'issue d'une évaluation précise de la situation clinique du patient et des conditions de prise en charge>>*. Dans le rapport ENEIS 2009)

Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins

Selon ENEIS **40 à 60 % de ces événements iatrogènes sont évitables** (ENES, 2004).

2) Pourquoi s'intéresser à ce sujet ?

La prévention des accidents iatrogénique s'impose comme un thème majeur à travers la Stratégie Nationale de Santé et le projet de loi *« Adaptation de la société au vieillissement »* est une priorité affichée depuis la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Quelques chiffres :

L'écrasement des médicaments en gériatrie est une pratique fréquente : 32,3% des patients et résidents d'unités de gériatrie en moyenne prennent leur traitement de façon écrasés, cela justifié le plus souvent par des troubles de déglutition (67,1%) et/ou par des troubles du comportement (27,5%). Cette pratique n'est pourtant pas sans risques et la décision de modifier la galénique d'un médicament ne doit pas être prise à la légère étant donné les risques potentiels associés.

3) Iatrogénie : un problème de santé publique

Plus de 10000 décès et 130 000 hospitalisations par an

- Surcoût annuel: 80 et 318 Millions€
- Évitable dans 30 à 60% des cas!
- Accidents iatrogènes médicamenteux deux fois plus fréquents après 65 ans
- Après 80 ans, 20% de ces accidents conduisent à une hospitalisation

La prévention des accidents iatrogéniques doit s'imposer comme un thème majeur de santé publique!

4) Prévention de la iatrogénie : projet médical et projet de soins

Le projet de soins s'intègre dans le projet d'établissement. Son objectif général est de garantir aux personnes âgées accueillies et à leur famille une prise en charge adaptée dans le cadre d'une démarche qualité.

L'article L 6143-2 du Code de la santé publique précise que « *le Projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement* »,

le projet médical qui est établi dans l'intérêt du résident et le respect de la réglementation, a pour objectif d'assurer une prise en charge optimale qui amènera à ce sujet à améliorer la qualité des soins et prévenir les risques iatrogéniques

5) Les risques encourus de la modification galénique

Transformer la galénique d'un médicament n'est pas aussi anodin qu'on pourrait croire. Utiliser un médicament dont la forme est modifiée peut modifier le profil de libération et d'absorption du médicament, ce changement peut modifier l'efficacité du médicament ce qui peut engendrer des risques pour le patient et aussi implique une responsabilité juridique pour le soignant car la modification est considérée comme une utilisation hors AMM.

Les revues professionnelles infirmières anglaises ont bien identifié le problème dès 2002 un article précise les risques et la nécessité d'un accord écrit du prescripteur. Il précisait également l'existence de risques cliniques, mais aussi de risques médico-légaux: de la faute professionnelle à la mise en cause judiciaire !

(1) Nurs Stand. 2002 Jul 3-9;16(42):33-8. Medication administration in nursing homes. Wright D. School of Pharmacy, University of Bradford. d.wright@bradford.ac.uk

(2) Nurs Times. 2004 Dec 14-2005 Jan 3;100(50):28-9. The legal and clinical implications of crushing tablet medication. James A. Castle Hill Hospital, Cottingham, East Yorkshire.

Modification galénique des formes orales sèches :

a) : Les risques pour le patient

a) **DEFAUT D'EFFICACITE DU MEDICAMENT** : par dégradation du principe actif qui est sensible à la lumière, à l'humidité ou à l'air, ce principe actif est protégé par l'enrobage ou un pelliculage. De même, les principes actifs sensibles à l'acidité gastrique sont protégés par un enrobage gastrorésistant. Lors du broyage, cet enrobage protecteur est détruit.

b) **RISQUE D'INTERACTIONS CHIMIQUES** : Lors de l'écrasement simultané de tous les médicaments prescrits à un même malade, un risque d'interactions chimiques peut exister et provoquer une diminution de l'efficacité des médicaments.

c) **RISQUE DE SURDOSAGE** : Lors du broyage, une partie du médicament écrasé peut être perdue, de même, lorsque la poudre obtenue est mélangée avec un aliment qui n'est pas consommé en totalité, la dose prescrite n'est pas totalement ingérée, entraînant alors un sous dosage en médicament

d) **RISQUE DE DEFAUT D'OBSERVANCE** : Certains principes actifs ont un mauvais goût, ou une odeur désagréable, masqués par un enrobage. Le broyage détruit cet enrobage et ainsi peut résulter un défaut d'observance thérapeutique.

e) **RISQUE DE TOXICITE** : Certains médicaments renferment des substances pouvant irriter ou ulcérer les muqueuses digestives. Le broyage de ces médicaments va entraîner la libération de ces substances et ainsi provoquer une toxicité locale. On peut citer par exemple des cas rapportés d'ulcérations buccales imputables au sulfate de fer broyé et administré directement dans la bouche.

f) **RISQUE DE CONTAMINATION CROISEE** : Dans le cas où un même dispositif de broyage est utilisé pour broyer le traitement de tous les malades, un défaut de nettoyage entre chaque patient peut entraîner une contamination croisée entre les traitements

g) **RISQUE DE DESTRUCTION DE LA PRESENTATION DE LA LIBERATION PROLENCE OU MODIFIE** :

Les formes LP ou LM permettent une libération progressive du principe actif. La destruction lors du broyage de ces formes provoque une libération immédiate du principe actif entraînant un risque potentiel de surdosage

h) **RISQUE DE DENUTRITION** : Selon une étude effectuée par le CHU de Nice et Solidages (société spécialisée dans la recherche sur la santé buccale et la nutrition) sur le goût des médicaments et leurs effets sur la nutrition 90% des patients en fin de vie souffrent de dénutrition, le mauvais goût des médicaments écrasés en est un facteur très important

(Modalités particulières d'administration des médicaments par voie orale Juillet 2014 RéQua Réseau qualité des établissements de santé Franche-Comté)

b) Des accidents graves:

Cas N°1 : Décès lié à l'écrasement d'un comprimé

Décès en réanimation d'une patiente diabétique de 38 ans, hospitalisée pour infection respiratoire, d'un arrêt cardiaque sur état de choc récidivant, 1er arrêt sur choc après réintroduction traitement oral par SNG et écrasement, 2ème arrêt fatal sur choc le lendemain après nouvelle administration du traitement par la SNG. La recherche de la cause du décès a montré : état de choc par hypotension sévère liée à l'écrasement de Nifédipine LP, tachycardie compensatoire impossible du fait de l'administration concomitante d'un bêtabloquant (Ann Pharmacother. 2003 Oct;37(10):1420-3. Fatality from administration of labetalol and crushed extended-release nifedipine Schier JG, Howland MA, Hoffman RS, Nelson LS),

Cas N°2 : Large ulcération nécrotique de la bouche.

Une patiente de 87 ans, en unité de long séjour, reçoit divers médicaments dont du sulfate de fer (Tardyferon). Tous sont pilés et mis directement dans sa bouche, du fait de troubles de la déglutition. Une large ulcération nécrotique de la face interne de la joue est apparue. La patiente en a guéri avec des soins locaux 3 semaines après l'arrêt de sulfate de fer. Sept observations similaires ont été enregistrées par la pharmacovigilance française.

« Difficulté à avaler les médicaments : gare au sulfate de fer - Revue Prescrire, Novembre 2011, Tome 31 n 337 p, 833 ».

Cas N°3 : Mucite par mastication de gélules.

Un patient atteint de néoplasie prostatique est traité au domicile par estraumustine (Estracyt), 2gélules matin et soir. Lors d'une hospitalisation, l'examen clinique de ce patient révèle des microcoupures de la bouche. Le lendemain, un écoulement purulent est visible au niveau de la bouche. Après 4 jours d'hospitalisation, l'infirmière remarque que le patient mâche ses gélules d'estraumustine et peine à avaler. La famille confirme qu'il s'agit d'une habitude prise au domicile. Dans la suite du séjour, les douleurs buccales persistent et l'empêchent de s'alimenter normalement, une perte de poids de 10% est constatée. Malgré l'arrêt de l'estraumustine et la prescription de soins de bouche, l'état du patient s'est dégradé.

« Cas présenté lors de la 2ème journée des CREX organisée par l'OMéDIT Centre le 27 juin 2013 »

«c) Risque juridique :

« En cas de préjudice dû à l'administration d'un comprimé écrasé ou d'une gélule ouverte, l'infirmière peut être mise en cause pour négligence. Il peut lui être reproché d'avoir écrasé des comprimés ou d'avoir procédé à l'ouverture des gélules si ce n'était pas prescrit par le médecin ». (OMéDIT Centre - Décembre 2013 - actualisation Juin 2014)

Questionnaire

IV- Analyse et compte-rendu du questionnaire:

Ce questionnaire a été adressé au IDE en exorcises.

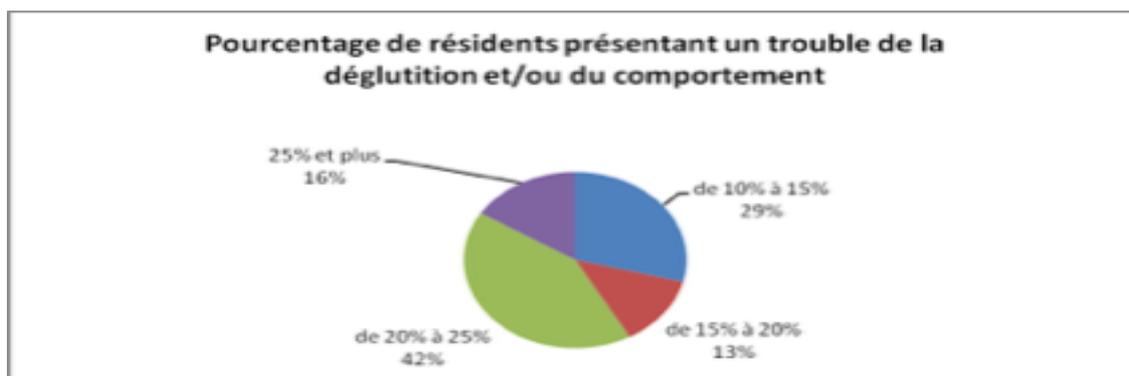
37 EHPAD ont été contactés pour répondre à ce questionnaire. La répartition entre EHPAD associatif, public, privé lucratif, etc, est relativement égale. 70% des EHPAD se situent dans la région parisienne, le reste dans des villes moyennes de province.

50 questionnaires ont été envoyés à 37 établissements différents.

J'ai eu le retour de 31 questionnaires provenant de 20 établissements différents, dont les capacités d'accueil varient de 56 places à 139.

J'ai opéré une analyse des réponses des questionnaires retournés. Au vu du nombre de questionnaires retournés (62%), nous avons un aperçu relatif de la situation. A noter tout de même, que l'analyse de ce questionnaire ne représentera pas pour moi des vérités statistiques, mais bien un aperçu permettant de faire émerger les problématiques les plus courantes.

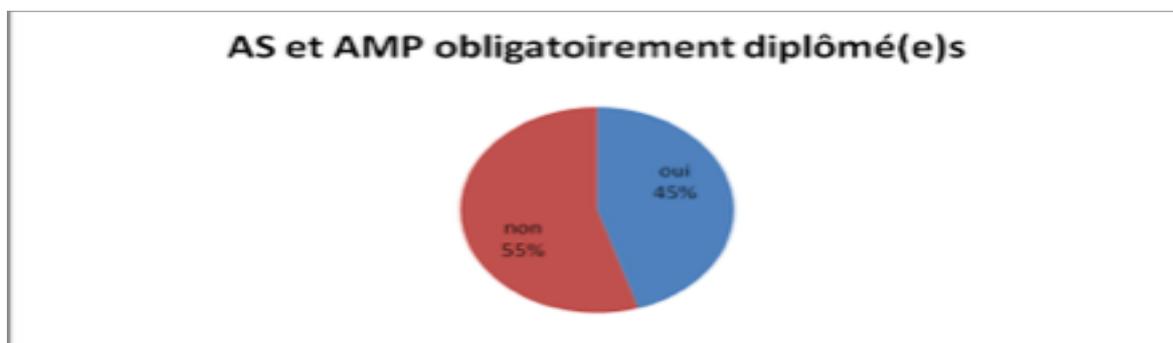
Nombre de résidents de l'établissement présentant un trouble du comportement et/ou trouble de la déglutition :



Ainsi donc, le nombre de résidents présentant un trouble de la déglutition et/ou un trouble du comportement se situe à 42% entre 20 et 25% du nombre total de résidents présents dans les établissements. Cela concerne une partie non négligeable des résidents.

A noter que cette réponse à été correctement remplie par la totalité des 31 questionnaires retournés.

Les aides-soignantes et aides médico-psychologiques sont-elles toutes diplômées ?

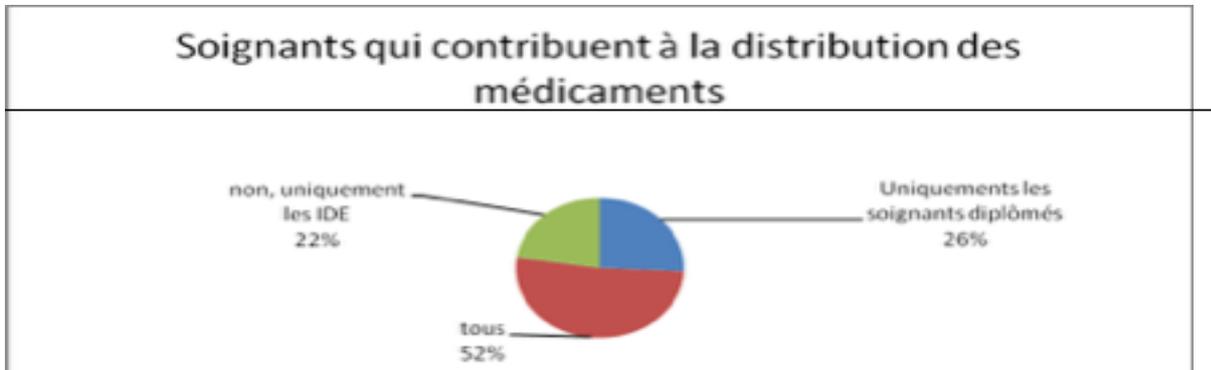


Ainsi donc, pour 55% des établissements concernés, les AS et AMP ne sont pas obligatoirement diplômé(e)s. Cela entraine nécessairement des conséquences plus ou moins sérieuses dans l'accompagnement des résidents, et, dans la problématique qui nous intéresse ici, sur la prise en charge

médicamenteuse et des risques iatrogéniques qui en découlent. En effet, les AS et AMP tiennent un rôle important dans la distribution des traitements en EHPAD. Un manque de formation entraîne un manque de connaissance qui provoque nécessairement des situations à risque.

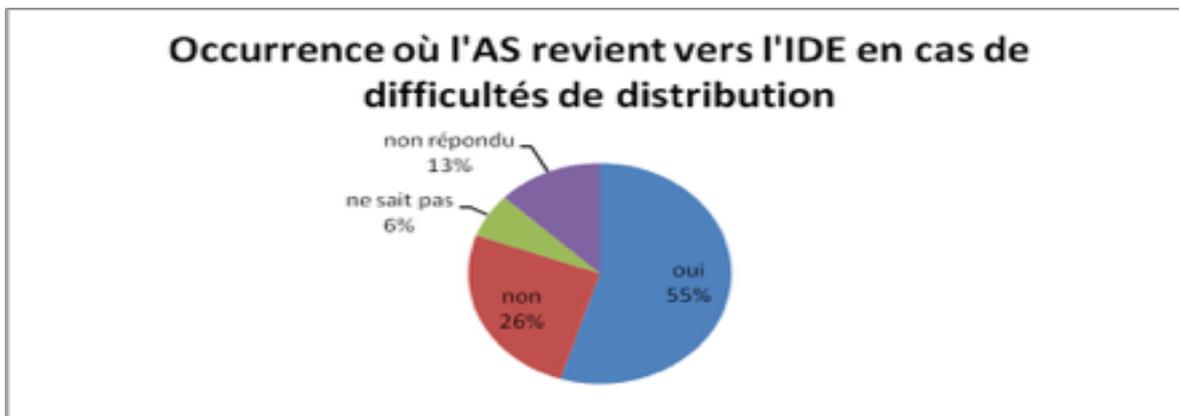
J'ai choisi cette question pour voir l'occurrence de la situation que j'ai pu voir sur deux établissements où j'ai eu l'occasion de travailler.

Soignants qui contribuent à la distribution des médicaments



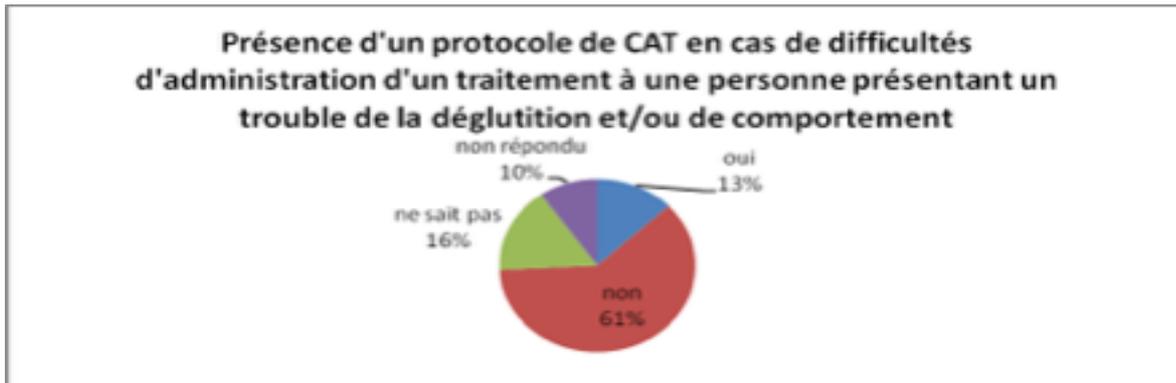
Cette question découle directement de la précédente. En effet, si les soignants n'interviennent pas dans la distribution des traitements, cela n'aurait aucune conséquence sur notre travail. Or, ici, il s'avère que dans 52% des établissements concernés, des soignants non diplômés interviennent dans la distribution des traitements. Le risque d'erreur lié à une méconnaissance est donc très lourd.

Occurrence où en cas de difficultés à faire avaler les médicaments à un résident, l'AS revient vers l'IDE



Seulement 55% des AS reviennent vers l'IDE en cas de difficultés de distribution d'un traitement. Le geste de broyage du traitement est considéré comme un geste banal, alors même qu'il nécessite une réelle compétence infirmière afin de déterminer si tel ou tel substance peuvent être broyées et mélangées entre elles pour éviter les risques iatrogéniques, à cela s'ajoute bien évidemment la présence d'une prescription médicale du médecin traitant établie en bonne et due forme.

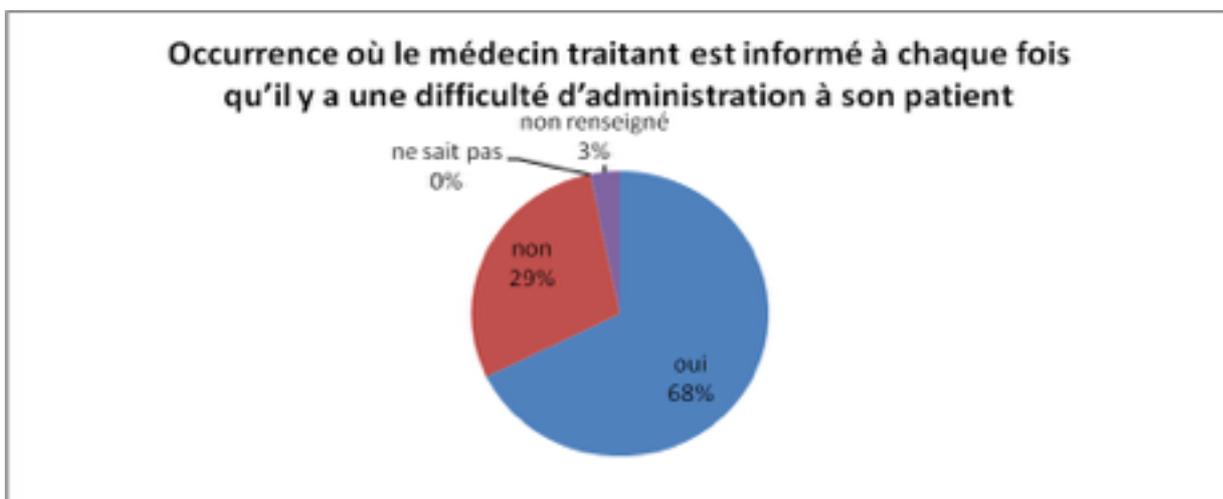
Présence d'un protocole à suivre en cas de difficultés d'administration des médicaments à des personnes présentant des troubles de la déglutition et/ou du comportement



Soit 61% des établissements (au minimum au vu des réponses non renseignées et non connues), qui ne sont pas dotés d'un protocole de conduite à tenir en cas de difficultés d'administration des médicaments à des personnes présentant des troubles de la déglutition et/ou du comportement et ce malgré les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, de l'HAS, de l'ARS ou encore de l'OMEDIT.

C'est un levier d'action prioritaire de l'IDEC et du MEDCO.

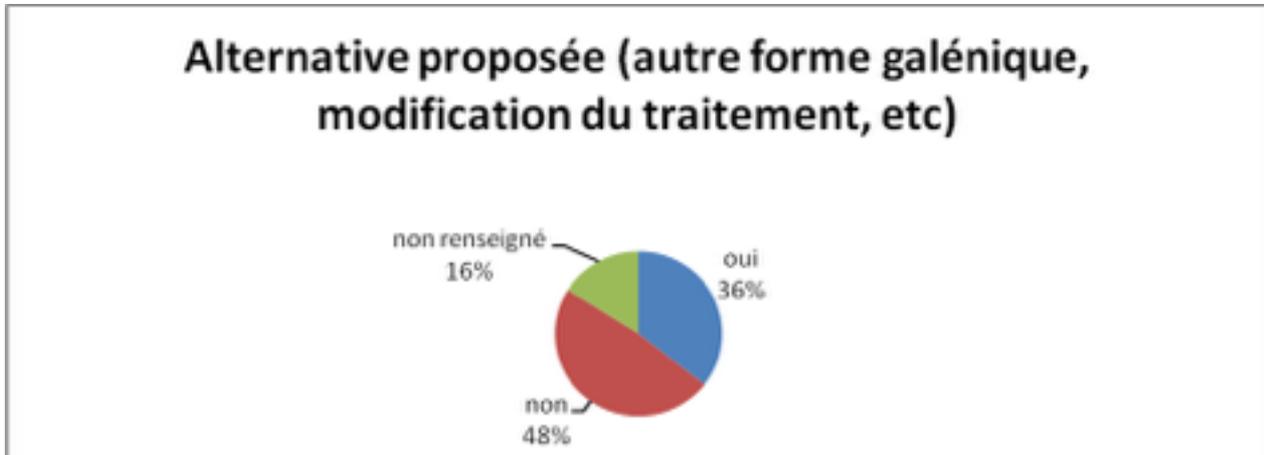
Occurrence où le médecin traitant est informé à chaque fois qu'il y a une difficulté d'administration à son patient



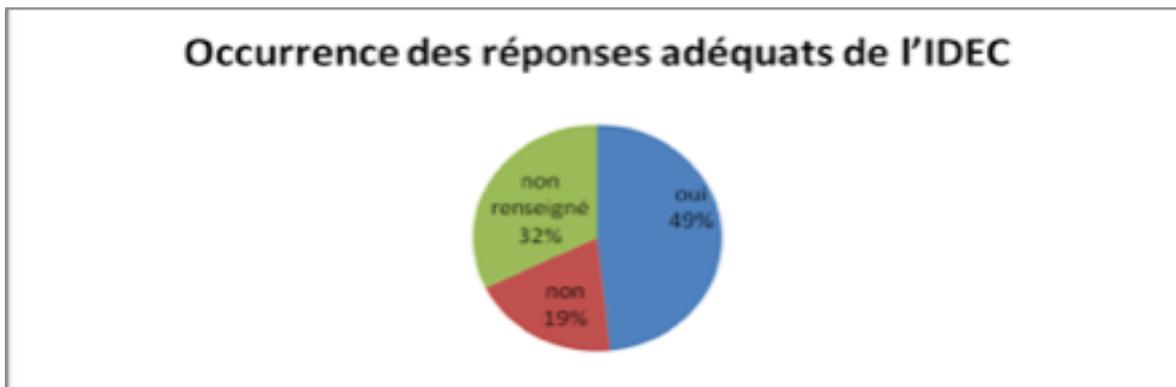
68% des IDE informent le médecin traitant du résident des difficultés d'administration du traitement de leur patient. Ce résultat est assez bon, intéressons-nous maintenant au suivi de cet entretien.

Alternative proposée suite au constat d'une difficulté d'administration

Ainsi donc, cela se traduit malheureusement rarement par le changement de forme galénique du traitement, alors que l'on sait que pour 90% des médicaments en gériatrie, il existe une autre forme galénique disponible (goutte, patch, etc).

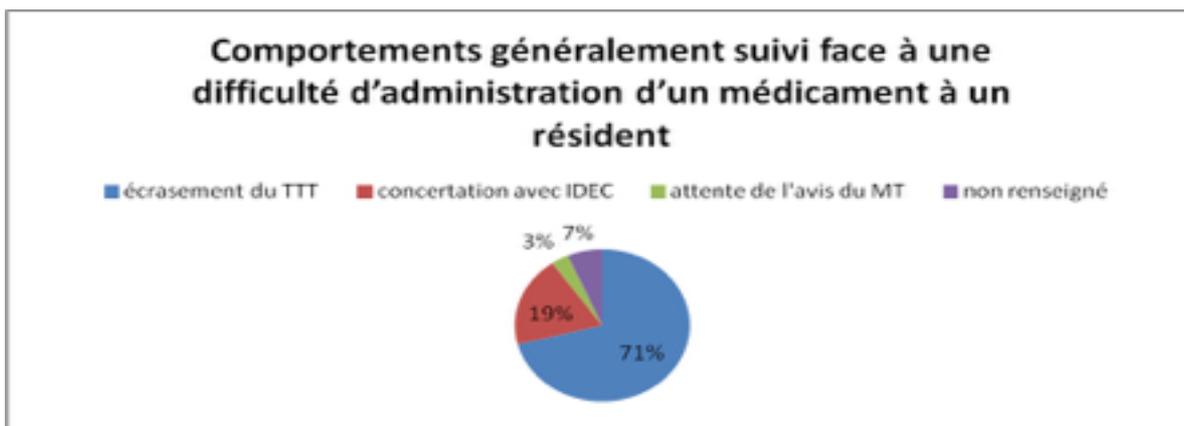


Occurrence des réponses adéquats de l'IDEC



Si 49% des réponses indiquent que la réponse de l'IDEC est adéquate, cela ne correspond pas à la réalité car 32% des questionnaires n'ont pas été renseignés. Ainsi donc, 19% des réponses apportées par l'IDEC ne sont pas adaptées, soit environ 1/5. Y-a-t-il un défaut de formation de l'IDEC

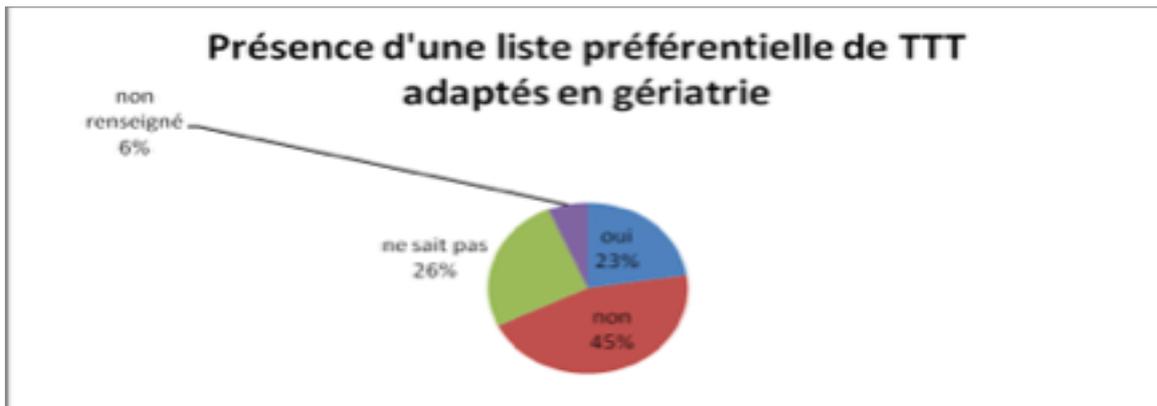
Comportements généralement suivi face à une difficulté d'administration d'un médicament à un patient.



Face à la difficulté d'administration d'un traitement à un résident, 71% des professionnels choisissent généralement de procéder à l'écrasement du traitement, sans concerter au préalable le médecin traitant ou même l'IDEC.

Ainsi, dans presque les $\frac{3}{4}$ des cas, l'IDEC n'est même pas mis au courant d'une difficulté de prise d'un traitement par un résident à noter qu'environ $\frac{1}{5}$ des professionnels préviennent l'IDEC et lui demande conseil avant de procéder à l'écrasage du traitement, ou à la non distribution. Et, seulement 3% des professionnels, attendent l'avis du médecin traitant, seul compétent en la matière. La difficulté de contacter le médecin traitant peut être compliquée et donc responsable de cet omission des professionnels. Mais dans la plupart des EHPAD, il existe un médecin coordonnateur qui pourrait agir dans une telle situation, en attendant une proposition de modification de la forme galénique du traitement par le médecin traitant.

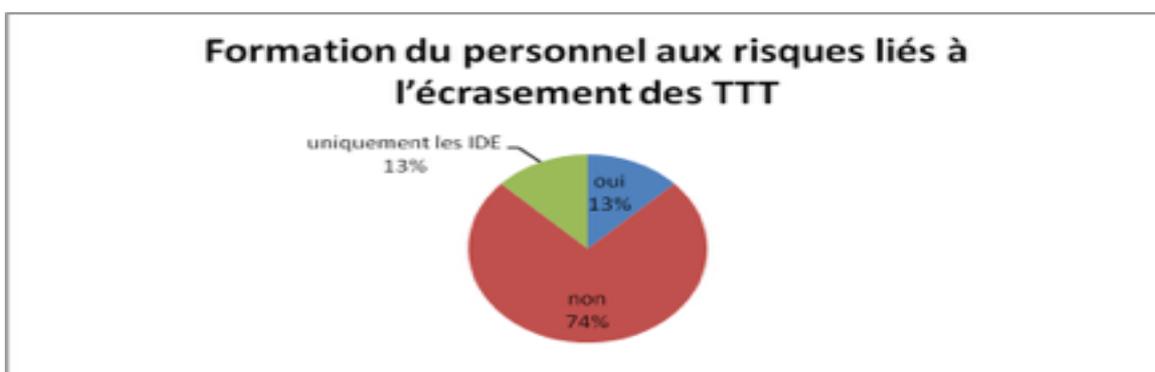
Présence d'une liste préférentielle des traitements adaptés aux personnes âgées en EHPAD



Près des $\frac{3}{4}$ des établissements ne possèdent pas de liste préférentielle de traitements adaptées aux personnes âgées, ou ne savent pas s'ils en possèdent, ce qui revient relativement au même.

Pourtant, il existe une réelle gamme de traitements dont les formes galéniques sont réellement adaptées aux personnes âgées, et cette liste fait partie des recommandations de bonnes pratiques des divers autorités de santé : HAS, ANESM, OMEDIT, etc.

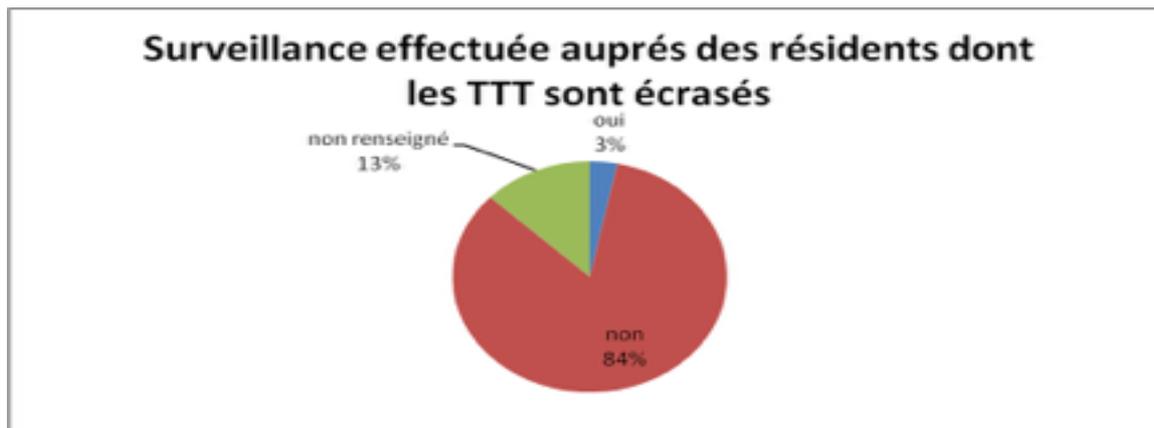
Formation du personnel aux risques liés à l'écrasement des TTT



L'ouverture des gélules et l'écrasement des comprimés entraînent des risques importants (risques iatrogéniques, mélange des substances parfois véritablement toxiques, etc).

Or, selon notre enquête, près des $\frac{3}{4}$ des professionnels ne sont pas formés à ce risque important. A noter tout de même qu'une minorité de 13% forme son personnel (AS et IDE) à ce risque présent au quotidien.

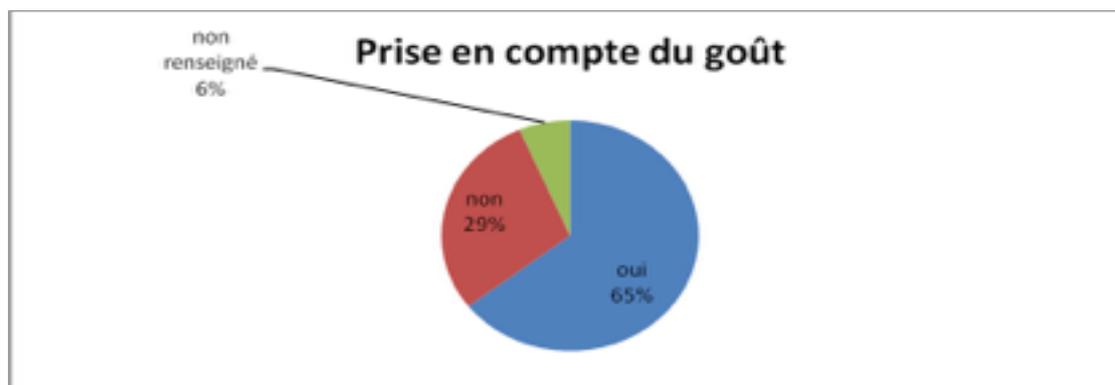
Surveillance effectuée auprès des résidents dont les TTT sont écrasés



La pratique est si courante dans les EHPAD qu'une surveillance des résidents ayant eu des traitements écrasés est assez difficile à opérer pour être efficace.

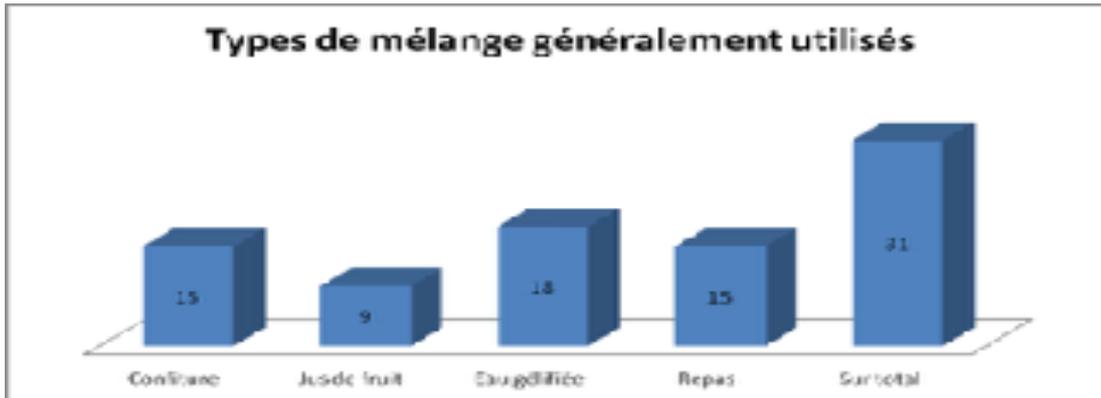
Le graphique montre un réel problème à ce niveau là et souligne l'occurrence réelle de la pratique. Presque 85% des établissements n'opèrent pas de suivi des résidents ayant reçu un traitement écrasé.

Prise en compte du problème de goût



Le résultat de cette question est plutôt surprenant au regard des autres réponses. Le problème de goût paraît être plus pris en compte que le risque iatrogénique lui-même. En effet, près des 2/3 des questionnaires renseignés prennent en compte les goûts des résidents pour l'administration du traitement. Il s'agit dès lors de s'intéresser avec quel type de produit le traitement peut être mélangé.

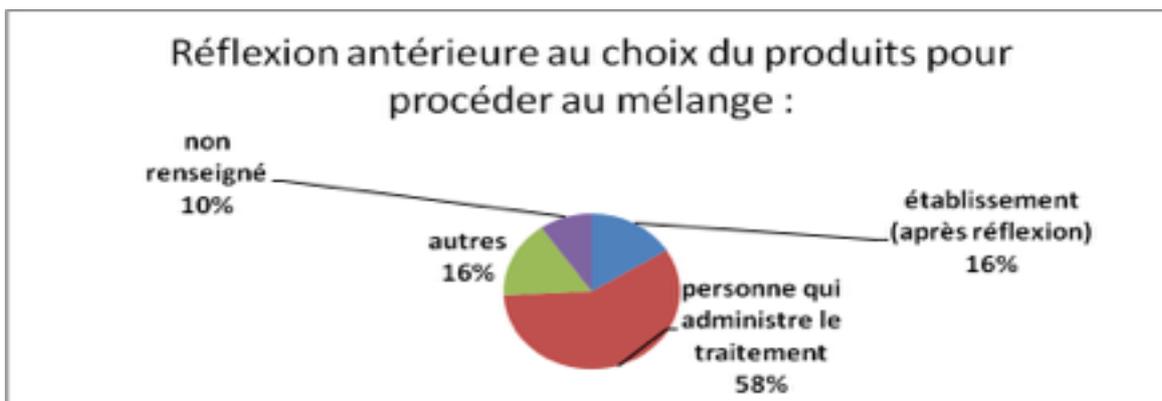
Type de produit généralement utilisé pour le mélange



Différents types de produits sont utilisés : confiture, eau gélifiée, jus de fruit, etc. Au vu des résultats, il apparaît plutôt que les différents produits utilisés sont généralement ceux qui se trouvent sous la main de celui qui donne le traitement et non à l'issue d'une réelle réflexion pluridisciplinaire et en lien avec les volontés du résidents.

La recommandation de l'HAS est d'utiliser un véhicule neutre tel que l'eau gélifiée. Les produits chauds ou acides ou bien salés peuvent contribuer à la modification chimique des médicaments écrasés.

Réflexion antérieure au choix du produits pour procéder au mélange



Seuls 16% des personnes ayant répondues indiquent une réflexion pluridisciplinaire qui aurait proposé tel ou tel choix de mélange préférentiel pour le résident.

Le goût est très important dans la prise en charge du résident ,car le mauvais goût des médicaments contribue énormément a la dénutrition comme l'a démontré l'enquête effectuée par le CHU de Nice
Évocation de ce problème au cours des réunions STAFF :

IV/ Rôle de prévention peut jouer l'IDEC :

L'infirmier coordinateur joue un rôle de proximité important auprès des soignants, il est le garant des bonnes pratiques et il est le responsable des défaillances car c'est lui qui organise le travail, évalue les pratiques, fait les fiches de poste, distribue les tâches, évalue les pratiques professionnelles des équipes soignantes, encadre les pratiques professionnelles. L'IDEC définit le rôle des soignants et organise le travail de l'équipe pour assurer une prise en charge de qualité.



Dans le cadre de sa fonction l'infirmier coordinateur, en collaboration avec le médecin coordinateur assure la formation de l'équipe soignante, à veiller à l'application des protocoles mis en place.

Cela évidemment demande aussi à intervenir à plusieurs niveaux et avec tous les intervenants. Comme l'a bien montré l'enquête effectuée concernant la pratique de broyage des comprimés et prise à la légère et cela pas toujours par négligence mais souvent par manque de formation.

Le champ d'intervention est vaste

- 1) Auprès du médecin traitant : jouer le rôle de relais pour avoir une prescription adéquate avec l'état de leurs patients et qui prendra en compte les troubles qu'ils ressentent de déglutition et/ou de comportements car *la décision de l'écrasement ou de l'ouverture du médicament revient au médecin prescripteur après avoir cherché une autre alternative galénique ou la suspension ou l'arrêt d'un traitement*.

- 2) Auprès du pharmacien : Le pharmacien est un support de taille dans cette prise en charge pluridisciplinaire, son rôle est incontournable dans la dispensation alors sécurisation des médicaments, le solliciter quand un problème de cet ordre arrive peut bien aider et éviter des risques pour le patient ainsi que pour le résident.

RéQua (Réseau Qualité des Établissements de Santé de Franche-Comté), a bien précisé le rôle du pharmacien devant des difficultés d'administration des médicaments.

« IATROGENIE : LE DANGER DES MEDICAMENTS ECRASES EN EHPAD - QUEL EST ROLE DE L'IDEC ? » Par Samir DRIDI - Octobre 2015
« Analyse la prescription en tenant compte des troubles de la déglutition, de la mastication et/ou du comportement du patient Donne un avis pharmaceutique : propose des alternatives galéniques, ou des alternatives médicamenteuses (activité pharmacologique équivalente) Valide la prescription Délivre les médicaments », (Guide RéQua - Administration particulière des médicaments par voie orale - juillet 2014)

-3) Auprès des soignants non qualifiés : Fixer les règles et ne pas laisser du personnel non qualifié et parfois non diplômé, distribuer les médicaments, les écraser sans prévenir l'IDE comme l'a bien montré l'enquête. Des formations peuvent désengrener ce problème.

-4) Auprès des IDE : Être le relai quand les difficultés de communication s'imposent avec les médecins. Mettre à disposition une liste des médicaments non écrasable, les avertir sur les risques encourus, et développer une culture de rigueur qui sera transmise aux élèves à fin d'améliorer les pratiques.

-5) Auprès des AS et AMP : Cibler leurs besoins de formation en particulier en cas de problème de déglutition ou de comportement des résidents et tracer les limites entre l'acte infirmier surtout lors de la préparation qui demande un geste technique et l'acte AS qui se limite à l'aide.

- 6) Au près de médecin coordonnateur : C'est avec le médecin coordonnateur que tout ce travail doit être fait et ce n'est qu'en binôme que ce travail pourra être fructueux (le projet de soin et le projet médical). L'IRCO et le MEDCO sont ensemble garant d'une prise en charge de qualité.

CONCLUSION

En partant de l'enquête de terrain et en reprenant la réglementation et les bonnes pratiques d'administration des médicaments, ce mémoire m'a permis de mettre en évidence la non qualification d'un bon nombre de personnes participant à la distribution des médicaments, l'absence de protocole ou bien d'outils qui peut être une référence et aider les soignants à éviter l'écrasement des médicaments d'une façon systématique.

La iatrogenie médicamenteuse liée à l'écrasement des formes orales sèches est évitable et c'est l'affaire de tous.

L'infirmier coordinateur par son rôle d'encadrant et ces qualités managériales, peut jouer un rôle important au près de tous les intervenants dans la prise en charge médicamenteuse. C'est en collaboration étroite avec le médecin coordonnateur, que ce projet médical et projet de soin sera bien mener à terme et combler le manque de connaissances et d'informations claires à ce sujet, et cela par des formations des soignants participant à l'administration des médicaments (IDE, AS, AMP) et même ceux et celles qui font la fonction d'AS pour éviter tous risques pour une population fragile.

BIBLIOGRAPHIE

- 1)ARS: Agence Régionale de la Santé(Champagne Ardenne) : Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD: www.ars.champagne-ardenne.sante.fr
- 2) ARS:Pays de la Loire - Guide auto-diagnostic du circuit du médicament en EHPAD sans PUI - Mai 2012
- 3) NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2013) 13, 35—40:
Considérations portant sur l'écrasement des comprimés en gériatrie
- 4) Celine Martin-Borret. *Troubles de la déglutition en g'eriatrie : optimisation de l'administration des formes orales solides. Pharmaceutical sciences. 2013.*
- 5) J. Doucet : Administration non conventionnelle des médicaments
- 6) FRANCO Pablo:Recommandation d'administration des médicaments par sonde enterale 2003
 - 7) « 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-circmed.fr/Documents/CRMDM>
 - 8) « La responsabilité du cadre infirmier » (en ligne), Objectif Soins, n°36, octobre 1995. Disponible sur : <http://www.lereservoir.eu>
 - 9)) « Administration des médicaments : règles de bonnes pratiques », Blog du Conseil de l'Ordre infirmier de Paris, 14 août 2009 (en ligne)
 - 10)HAS Liste des comprimés non sécables et non broyables :http://www.has-sante.fr/guide/SITE/documents/Guide/BOITE_LISTE_NON_SECABLES.pdf
 - 11) IDERCO :Place et Role de l'Infirmière Référente/Coordinatrice <https://iderco.wordpress.com/category/place-et-role-de-linfirmiere-referente-coordinatrice>

ANNEXE

QUESTIONNAIRE Adressé aux IDE

Dans le cadre de la préparation du mémoire du diplôme universitaire d'infirmier coordinateur, je suis amené à diffuser un questionnaire portant sur le circuit du médicament, auquel je souhaiterais que vous répondiez.

En vous remerciant d'avance du temps que vous allez consacrer pour répondre au questionnaire.

Contact @: samirtn1@gmail.com

- 1) Quel est le nombre de résidents dans votre établissement?

- 2) Le nombre de résidents présentant un trouble de la déglutition et / ou trouble du comportement sont de :
 - 10% et 15%
 - 15% et 20%
 - 20% et 25%
 - plus

- 3) Dans votre établissement les A.S et AMP sont ils (elles) tous (toutes) diplômés (ées) ?
 - oui
 - non

- 4) Contribuent-ils à la distribution des médicaments?
 - que les diplômés
 - tous
 - non

- 5) Si oui, en cas de difficulté à faire avaler les médicaments à un résident, l'aide soignant revient vers l'IDE à chaque fois ?
 - oui
 - non

- je ne sais pas
- 6) Existe t-il dans votre établissement un protocole à suivre en cas de difficulté d'administration des médicaments à des personnes présentant des troubles de la déglutition et/ou trouble du comportement ?
 - oui
 - non
 - je ne sais pas
- 7) Le médecin traitant est-il informé à chaque fois qu'il y a une difficulté d'administration à son patient?
 - oui
 - non
 - je ne sais pas
- 8) Y a t-il à chaque fois une alternative proposée ?
 - oui
 - non
 - précisez
- 9) Face aux difficultés d'administration des médicaments, les réponses de l'IDEC correspondent - elles à vos attentes ?
 - oui
 - non
- 10) Si non , expliquez:
- 11) Devant une difficulté d'administration d'un médicament à un résident :
 - vous écrasez le médicament et vous l'administrez ,
 - vous vous concerter avec l'IDEC,
 - vous attendez l'avis du médecin
- 12) Avez-vous à votre disposition une liste préférentielle de médicaments adaptés aux personnes âgées en EHPAD ?
 - oui
 - non
 - je ne sais pas
- 13) Les soignants qui contribuent à la distribution des médicaments (IDE,AS,AMP),ont-ils tous une formation particulière sur les risques auxquels s'exposent les personnes âgées suite aux broyages des comprimés et l'ouverture des gélules ?
 - oui
 - non
 - que les IDE

14) Y a-t-il une surveillance particulière faite aux personnes ayant eu des comprimés écrasés et/ou des gélules ouvertes ?

- oui non

15) si oui citez-en quelques unes

-
-
-

16) Le problème du goût est-il pris en compte dans l'administration des médicaments écrasés aux résidents de votre établissement?

- oui non

17) Avec quel produit mélangez-vous les médicaments écrasés ?

- De la confiture
 Un jus de fruit
 De l'eau gélifié
 le repas
 autre

18) Le choix du produit utilisé pour mélanger les médicaments écrasés est :

- celui de l'établissement après réflexion ?
 celui de la personne qui administre les médicaments
 autre, précisez

19) Lors des réunions d'équipe, ce problème d'administration des traitements pour certains résidents est-il évoqué ?

- Oui non

20) Si oui, par qui ?

- MEDCO
 l'IDEC
 l'IDE/ l'AS
 l'AMP
 autre, précisez