

Mme Virginie BOURSE  
Mme Zeinabou KONE  
Mme Aurore SUCH  
Mme Sarah VERGISON

## Mémoire

Le Rôle de l'IDEC dans la sécurisation de la distribution  
et de l'administration des médicaments en EHPAD

## **Remerciements**

Nous souhaitons tout d'abord remercier notre directrice de mémoire Véronique BERTRAM pour son implication, son expertise et son dévouement à nos côtés. Nous la remercions de sa patience et de nous avoir aidées à dépasser nos limites.

Nous tenons également à remercier Mme Catherine QUIGNON qui fut notre première directrice de mémoire et qui nous a aidées dans la construction de notre thème et dans nos premières relectures.

Nous remercions également Brigitte FEUILLEBOIS, Vincent KAUFFMAN et Philippe De OLIVEIRA LOPES pour leur disponibilité et la qualité de leur encadrement.

Puis, nous tenons aussi à remercier notre entourage pour nous avoir soutenues et aidées dans la réalisation de ce mémoire.

## **Liste des sigles utilisés**

AMP : aide médico-psychologique

AS : aide-soignante

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : haute autorité de santé

IDE : infirmière diplômée d'état

IDEC : infirmière diplômée d'état coordonnatrice

MEDCO : médecin coordonnateur

PDA : préparation des doses à administrer

PUI : pharmacie à usage interne

UVP : unité de vie protégée

# TABLE DES MATIERES

<b><u>Introduction</u></b> .....	p.1
<b><u>Les faits</u></b> : .....	p.2
<b><u>I - CADRE CONCEPTUEL</u></b>	
1. L'IDEC .....	p.3
1.1. Rôle de l'IDEC .....	p.3
1.2. Définition management .....	p.4
1.3. L'IDEC dans l'organisation dans un objectif de qualité des soins.....	p.4
2. Circuit du médicament .....	p.5
2.1. Définition .....	p.5
2.2. Intervenants du circuit du médicament .....	p.6
2.2.1. Le médecin prescripteur-La prescription .....	p.6
2.2.2. Le pharmacien – la dispensation .....	p.6
2.2.3. L'infirmière – la préparation, la distribution et l'administration.....	p.7
2.2.4. L'infirmière – la surveillance thérapeutique .....	p.8
2.2.4.1. L'erreur médicamenteuse .....	p.8
2.2.4.2. Iatrogénie .....	p.9
3. Distribution et administration .....	p.10
3.1. Le stockage .....	p.10
3.2. La préparation des médicaments par les infirmières .....	p.11
3.3. La distribution et l'administration des médicaments .....	p.11
4. Collaboration entre IDE et AS-AMP .....	p.13
4.1. Législation .....	p.13
4.2. Les circonstances .....	p.14

4.2.1. Rôle de l'IDEC dans la collaboration entre les IDE et AS/AMP	p.15
4.2.2. Cas particulier de l'UVP .....	p.16
4.2.3. Rôle de l'IDEC dans la collaboration IDE et AS/AMP de nuit ..	p.16
4.3. Les modalités (formation et intégration) .....	p.17
4.3.1. IDEC un rôle de formation en trois temps .....	p.17
4.3.2. L'IDEC un rôle d'intégration .....	p.19
4.4. Rôle de l'IDEC .....	p.20
4.4.1. Les missions de l'IDEC .....	p.20
4.4.2. L'IDEC un rôle de contrôle et de suivi .....	p.20
4.5. Cas particuliers .....	p.21
4.5.1. L'organisation de l'IDEC face aux traitements « si besoin » ..	p.21
4.5.2. L'organisation de l'IDEC face aux traitements écrasés .....	p.22
Conclusion .....	p.23
<b>II - <u>Méthodologie de l'enquête</u></b>	
1. Choix du questionnaire .....	p.25
2. Elaboration des questionnaires .....	p.25
<b>III - <u>Résultat de l'enquête</u></b>	
1. Choix des EHPAD enquêtés .....	p.26
2. Limite des questionnaires .....	p.26
<b>IV - <u>Analyse des résultats</u></b>	
<b><u>Conclusion</u></b>	
<b><u>Résumé en anglais / Summary</u></b>	
<b><u>Annexes</u></b> .....	p.37

# Introduction

La distribution et l'administration des médicaments sont parfois à l'origine d'erreurs médicamenteuses en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que les protocoles, les procédures et les différents outils mis en place dans les établissements.

En EHPAD, l'infirmière coordonnatrice (IDEC) doit être en mesure de coordonner les soins tout en préservant la sécurité et la liberté du résident.

En nous appuyant sur ces différents constats, nous allons, dans un premier temps, étudier le rôle de l'IDEC dans l'organisation des soins et le management.

Nous présenterons ensuite le circuit du médicament afin d'en comprendre les étapes et d'identifier les différents intervenants selon la réglementation en vigueur.

Nous poursuivrons en nous focalisant sur l'étape de la distribution et l'administration des thérapeutiques médicamenteuses, qui nous paraît être l'étape où le rôle de l'IDEC est le plus déterminant.

Ces recherches sont donc nées de différents questionnements :

Comment l'IDEC peut-elle participer à la sécurisation de la distribution et de l'administration des médicaments ? Comment peut-elle organiser le service ? Est-ce un travail pluridisciplinaire ? et qui intervient ?

## Les faits :

Après différents échanges de groupes (Infirmière, IDEC et Médecin coordonnateur) nous nous sommes rendus compte que malgré un nombre d'outils importants existants et notamment fournis par l'ARS, malgré nos connaissances et bonnes pratiques acquises avec notre diplôme d'état infirmier et les protocoles, les procédures existantes dans l'EHPAD, il existe encore des erreurs de distribution et d'administration médicamenteuses. Nous sommes notamment parties d'une situation clé au sein d'un EHPAD vécue par l'une d'entre nous.

*« Cela s'est déroulé un soir dans un EHPAD d'environ 90 lits où n'était présente qu'une seule infirmière. Cet établissement bénéficie d'un mode de dispensation des médicaments par PDA (Préparation de Dose à Administrer) robotisé. L'organisation interne nécessite (après préparation par l'infirmière) l'administration des traitements par une AS (aide-soignante). Ce jour, une AS embauchée depuis peu de temps administre les traitements des résidents pendant la distribution des repas. Après une dizaine de résidents, elle comprend avoir administré les mauvais médicaments aux mauvais résidents, c'est-à-dire avoir fait des erreurs d'administration. »*

Cette situation pose beaucoup de questions. Que s'est-il passé et comment éviter que cela ne se reproduise ? La distribution et l'administration des traitements qui sont confiés à une AS sont-elles bien organisées ? Quel est le rôle de l'IDEC dans l'organisation de cette collaboration Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) et AS ? Quelles sont les recommandations en matière d'identitovigilance ?

Nous pouvons ainsi voir que ces différentes problématiques restent une réalité de terrain et que l'IDEC ainsi que le médecin coordonnateur et le directeur se trouvent confrontés à la gestion de ces erreurs médicamenteuses évitables.

## **I - CADRE CONCEPTUEL**

### **1. L'IDEC**

#### **1.1 Rôle de l'IDEC**

Le rôle de l'IDEC est la coordination auprès des différents intervenants de la prise en charge de résidents d'un EHPAD dans le domaine du soin.

L'infirmière coordonnatrice est la « plateforme tournante » des résidents, des équipes de soins, de direction et des familles. Elle a de multiples rôles à jouer dans le circuit du médicament.

Elle a un rôle de management. L'infirmière coordonnatrice doit gérer de nombreux professionnels : salariés, libéraux, infirmières, aides-soignants, AMP (Aides Médico-Psychologique). Elle doit également collaborer avec : les médecins prescripteurs, le médecin coordonnateur, le directeur d'établissement et les professionnels de la pharmacie, ceci dans un objectif d'organisation de la sécurité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.



## **1.2 Définition management**

*Ensemble des méthodes d'organisation efficace (définition et partage des responsabilités) et de gestion rationnelle (en fonction d'objectifs ou de programmes fixés) employées dans la direction d'une affaire, d'une entreprise.<sup>1</sup>*

## **1.3 L'IDEC dans l'organisation dans un objectif de qualité des soins**

*Tout d'abord, qu'est-ce que la qualité des soins ? C'est<sup>2</sup> « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Cette définition pourrait être utilisée comme objectif principal de la fonction d'infirmière coordonnatrice. Cela nécessite une réévaluation et une adaptation permanente de la vie au sein d'un EHPAD. Dans notre travail de recherche, nous nous focaliserons sur la sécurité du médicament mais cette même définition sera également notre finalité. Comment assurer une qualité des soins dans la sécurisation du médicament au sein d'un EHPAD malgré des réalités de terrain parfois complexes.

Pour cela, nous allons commencer par aborder le circuit du médicament.

## **2. Circuit du médicament**

---

<sup>1</sup> [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr) >lexicographie >management

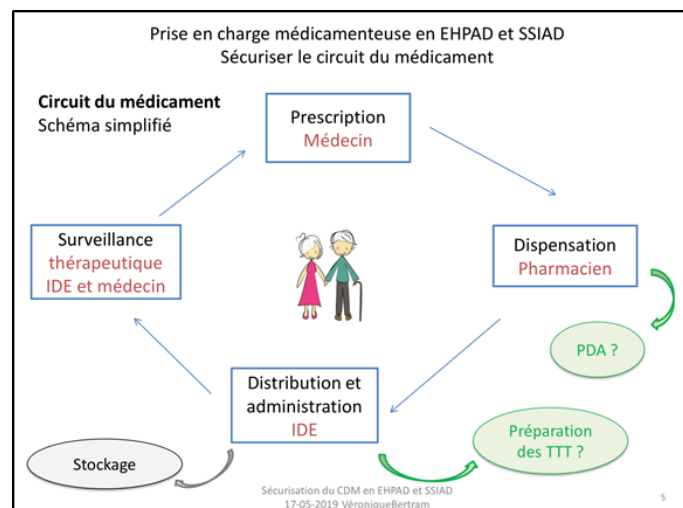
<sup>2</sup> Selon le site [santepublique.eu](http://santepublique.eu) et de la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Retranscrit le 23.07.2019 à 8h30.

## 2.1. Définition

« Le circuit du médicament est complexe. On le définit généralement par les différentes étapes successives qui permettent, à partir de l'examen clinique du patient par le médecin et de la prescription faite par ce dernier, d'aboutir à la prise du médicament et, après surveillance de ses effets, d'en réévaluer la nécessité. »<sup>3</sup>

Nous pouvons déduire de cette définition que les différentes étapes du circuit du médicament sont : la prescription, la dispensation, la distribution et l'administration, puis le suivi et la réévaluation.

Il existe donc dans chacune de ces étapes des intervenants différents qui interagissent selon leurs responsabilités, leurs compétences et collaborent pour sécuriser la complexité de cette chaîne. Nous allons donc nous pencher sur les rôles de chacun des intervenants.



## 2.2. Intervenants du circuit du médicament

<sup>3</sup> Définition du livre « Organiser la prise en charge médicamenteuse en Ehpads » Collection Les guides Directions. Edition Décembre 2018. De S.Armand-Branger, O.Blanc, N.Deshormière, T.Froidevaux et M.Le Bot. Page 11

Par la définition précédente nous pouvons constater que les intervenants au sein du circuit du médicament sont nombreux et divers, ce qui peut multiplier les risques d'erreur. Il est important que les actions individuelles de chacun tendent vers un maximum de sécurité et de qualité. Nous allons donc définir l'activité et les rôles de chacun afin de mieux comprendre l'ensemble.

### **2.2.1. Le médecin prescripteur – La prescription**

Le choix du médecin traitant revient au résident lui-même. Il interviendra si nécessaire en fonction des modifications de l'état de santé (aggravation des troubles, fractures, pathologies bénignes, malignes...) mais aussi au renouvellement des prescriptions avec la participation active de l'infirmière qui lui aura signalé les informations. L'IDEC s'assure du passage régulier du médecin traitant et de la traçabilité idéalement sur le logiciel de soin. Elle lui crée un code et l'initie à son utilisation. Les prescriptions doivent être à jour, datées et signées.

### **2.2.2 Le pharmacien – la dispensation**

La dispensation des traitements se fait sous la responsabilité du pharmacien.

<sup>4</sup> « *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

*1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*

*2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;*

---

<sup>4</sup> Selon l'article R4235-48 du Code de la Santé Publique

*3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. »*

De par cet article, nous comprenons alors tous le rôle du pharmacien et l'intérêt de nommer un pharmacien qui sera le référent de la structure et donc l'interlocuteur au quotidien, notamment auprès de l'infirmière. L'IDEC devra s'assurer que le moyen de communication et d'échange avec l'EHPAD soit le plus approprié notamment pour les ordonnances : fax, mail, logiciel informatique, manuscrit ... l'IDEC organise une réunion semestrielle (ou annuelle) avec le pharmacien d'officine, en présence du médecin coordonnateur, afin de faire un point sur le partenariat.

### **2.2.3. L'infirmière –la préparation, la distribution et l'administration**

La préparation des piluliers : L'un des principaux rôles de l'infirmière est la préparation (si le pharmacien ne réalise pas la PDA) et la distribution des médicaments. Lors de la distribution, c'est elle qui a la responsabilité de contrôler la concordance entre l'ordonnance et les traitements qui sont en sa possession (piluliers, blister etc.) et l'identité du résident.

La règle des 5B éditée par l'HAS doit être suivie attentivement par l'IDE pour permettre de sécuriser l'administration des médicaments.

Il s'agit du rôle propre de l'infirmière : administrer le Bon médicament, au Bon patient/résident, à la Bonne dose, par la Bonne voie d'administration, au Bon moment. En cas de doute, elle doit faire appel à un médecin.

L'infirmière enregistre en temps réel (de préférence) l'administration du traitement dans le dossier médical du résident (papier ou informatisé), ainsi que les difficultés rencontrées (refus, non prises...) dont elle informe le médecin.

L'infirmière doit également réaliser une surveillance thérapeutique.

#### **2.2.4. L'infirmière – la surveillance thérapeutique**

Assurée par l'IDE (art R 4311-5 du CSP) et le médecin traitant, la surveillance thérapeutique débute par l'observation du résident : soit il y a efficacité du traitement, soit il y a un évènement anormal.

S'il y a une altération de l'état clinique du résident : soit il y a un problème d'iatrogénie, soit un évènement indésirable médicamenteux est survenu. Dans les deux cas, une modification de la prescription est nécessaire.

##### **2.2.4.1. L'erreur médicamenteuse**

L'erreur médicamenteuse est due à une omission ou une réalisation non intentionnelle ; entre autres : une erreur de pilulier, de résident, de dose médicamenteuse ...

L'erreur est évitable, et l'IDEC a un rôle à jouer car elle doit s'assurer de l'application de la réglementation et du respect des bonnes pratiques. Elle doit mettre en place une gestion des risques médicamenteux, qu'elle conduira avec les IDE, AS, médecins et pharmacien.

##### **2.2.4.2. Iatrogénie**

C'est l'effet indésirable d'un médicament avec ou sans mauvais usage, par exemple une erreur thérapeutique : mauvaise indication, non-respect des contre-indications, posologie excessive, traitement trop prolongé, mauvaise observance, automédication inappropriée.

L'IDEC ainsi que tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à une dégradation de l'état de santé du résident : réaction anormale, chute, désorientation... surtout chez une population à risque.

L'iatrogénie doit être signalée par le biais de la déclaration de pharmacovigilance.

Dans tous les cas, l'IDEC s'assurera de la bonne transmission des données au médecin et de l'importance de surveiller l'état général du résident et donc de sensibiliser les soignants à ces signes. Des micro-formations peuvent être réalisées.

Après avoir détaillé le circuit du médicament, nous allons détailler plus particulièrement les étapes de distribution et d'administration.

### **3. Distribution et administration**

Les résidents en EHPAD sont de plus en plus dépendants et pour des raisons de sécurité et de qualité des soins, leurs traitements médicamenteux sont gérés par les IDE (exception faite pour le rare résident autonome et lorsque son médecin traitant l'autorise et le notifie sur la prescription).

### **3.1 Le Stockage :**

Les traitements nominatifs doivent être stockés de façon individuelle dans une pièce identifiée à accès sécurisé et réglementé. Les seuls à y accéder sont les médecins, les IDE/IDEC et les pharmaciens/préparateurs.

L'IDEC devra s'assurer du respect des règles de stockage des différents médicaments en planifiant des contrôles : elle rédigera des protocoles : de stockage des médicaments, de contrôle des stocks, de nettoyage et d'entretien de l'armoire de stockage et du chariot de distribution. Le protocole de contrôle devra stipuler : pas de stock supplémentaire, pas de traitement dans la chambre d'un résident, des casiers individuels et nominatifs, veiller à ce qu'il n'y ait pas de casier supplémentaire (départ, décès d'un résident), date de péremption (liste des durées d'utilisation après ouverture), bonne intégrité de l'emballage, respect de la chaîne du froid (insuline et divers) et les stupéfiants dans un coffre adapté. Le planning de contrôle devra être fait systématiquement et sera programmé dans une routine de soin par les IDE. Par exemple : tous les premiers mardis du mois.

Avec l'aide de ces protocoles mis en place, il faut qu'elle évalue la réalisation de la mise en place de ces mesures, interpréter les résultats pour trouver des solutions d'amélioration.

### **3.2 La préparation des médicaments par les infirmières :**

Dans le cas où le pharmacien ne fait pas les PDA, la préparation des médicaments relève du rôle propre de l'IDE.

Il est préconisé de réaliser des piluliers nominatifs pour sept jours maximums. En effet, les traitements sont amenés à changer en fonction de l'état de santé du résident. L'IDEC doit veiller à l'élaboration d'une procédure de préparation des médicaments par l'IDE ainsi qu'une procédure en cas de modification de la prescription. Elles doivent être évaluées et améliorées en continu. Ces procédures sont rédigées en collaboration avec l'équipe infirmière, ce qui permet une réévaluation des connaissances des IDE et de les responsabiliser. Ce temps d'échange permettra à chaque IDE d'exprimer les difficultés rencontrées lors de la préparation et lors des modifications.

### **3.3 La distribution et l'administration des médicaments :**

L'IDEC doit s'assurer que la distribution des médicaments soit faite selon les bonnes pratiques.

L'IDEC fait en sorte que le matériel de distribution soit adapté pour travailler en sécurité et en qualité. Elle vérifie que les IDE s'assurent de la concordance des traitements administrés avec l'ordonnance ainsi que de l'identité du résident. Le chariot de distribution doit être adapté à l'organisation de l'établissement et au système de préparation de doses de médicaments à administrer. Par exemple : pour le système PDA, il devra y avoir des casiers nominatifs individuels ainsi que la place pour y placer les hors sachets nominatifs.



L'IDEC s'assure que l'IDE utilise les outils mis à sa disposition :

- Logiciel informatique, tablette, classeur d'ordonnances, trombinoscope...
- Elle doit établir des plannings de présence des IDE.
- Elle réalise une fiche de tâches pour préciser le déroulement de la journée de chacun
- Elle doit s'assurer que l'IDE applique bien la règle des 5B.

Par un suivi quotidien, l'IDEC doit vérifier et/ou réajuster la distribution. Exemple : le LEVOTHYROX ® doit être pris à jeun, que faire en cas de fausse route ? peut-on écraser un comprimé ? Que faire des médicaments non utilisés ?

Elle proposera alors des mini-formations ou de simples rappels quotidiens aux IDE. Elle se rendra également disponible pour toutes questions ou problématiques afin d'améliorer les pratiques professionnelles, la qualité, la continuité et la sécurité des soins et ainsi diminuer les risques liés à la distribution des médicaments.

La distribution en amont dans les chambres des résidents sur le plateau ou en salle à manger est strictement interdite car l'IDE ne pourra pas réaliser les 5B. Cela majore les erreurs d'administration. Car il ne faudrait pas que le résident prenne seul son traitement au mauvais moment ou encore qu'un autre résident puisse l'avaler. L'IDEC doit s'assurer que les IDE ne pratiquent pas cette méthode mais surtout qu'ils soient sensibilisés aux risques que cela peut entraîner. De plus, l'IDE ne peut pas s'assurer d'une prise effective d'un traitement laissé sur un plateau repas, ce qui engendre un défaut de traçabilité.

## **4. Collaboration IDE-AS/AMP**

Cette collaboration peut être réalisée conformément à la réglementation en vigueur.

### **4.1 Législation**

La collaboration entre infirmière et aide-soignante dans le cadre de l'administration des médicaments est strictement réglementée.

Selon l'**article R4312-14 du CSP** : L'IDE « *est personnellement responsable des actes professionnels qu'elle est habilitée à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, elle est également responsable des actes qu'elle assure notamment avec la collaboration des aides-soignantes qu'elle encadre* ».

De plus, selon l'article R4311-4 du Code de la santé publique « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre ... l'IDE peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'AS, ... ou d'AMP qu'elle 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* ».

Cela est précisé par la circulaire n°99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments. Il apparaît ainsi que « *la prise de médicaments dument prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir le geste, peut-être dans ce cas assuré, non seulement par l'infirmière 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. [...]* ».

*En effet, selon l'article L313-26 du <sup>5</sup>CASF les « 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 prise ».*

L'AS/AMP ne peut pas administrer : injection, solutés buvables, dispositifs transdermiques, suspensions pour inhalation, médicaments pour application locale, suppositoires, ovules ou médicaments stupéfiants.

## **4.2 Circonstances**

Cette collaboration ne doit pas se faire de façon systématique mais uniquement dans certaines circonstances. C'est le rôle de l'IDEC d'encadrer cette collaboration afin d'éviter un glissement de tâche.

Dans certains cas, l'IDE ne peut pas toujours administrer les traitements : la nuit il n'y a pas d'infirmière présente dans les EHPAD. Bien souvent, dans les Unités de Vie Protégée (UVP), l'IDE n'a pas le temps d'administrer les médicaments car les résidents sont indisponibles, opposants ou déambulant du fait de leur pathologie. Dans ce cas, les AS/AMP peuvent être amenées à administrer les traitements. L'IDEC sécurisera cette collaboration dans le cadre de l'aide aux actes de la vie courante.

---

<sup>5</sup> Code de l'Action Sociale et des Familles

#### **4.2.1 Rôle de l'IDEC dans la collaboration entre les IDE et AS/AMP :**

L'IDEC va déterminer les conditions d'administration d'un traitement per os, par l'intermédiaire d'une procédure qu'elle aura écrite avec le MEDCO et devra également fixer les modalités selon lesquelles l'AS peut administrer un traitement per os. Au regard des dispositions légales, il convient donc de tenir compte de la nature du médicament, du mode de prise et des circonstances pour déterminer si la distribution du médicament peut être qualifiée d'acte de la vie courante (précisé dans le libellé de la prescription), et dans ce cas l'intervention de l'aide-soignante est possible.

Ainsi, l'IDEC devra s'assurer que le médecin traitant a bien prescrit acte de la vie courante pour les résidents concernés.

Les AS/AMP doivent être informées du moment des prises. L'IDEC doit mettre en place un classeur des principaux médicaments exceptionnellement administrés par les AS avec l'indication de ces traitements et les éventuelles surveillances. En effet, les AS sont amenées à les administrer la nuit (antalgiques, somnifères, anxiolytiques, neuroleptiques). L'IDE doit alors faire quotidiennement une liste des résidents à qui les AS/AMP devront donner les doses à administrer nominatives ainsi que les heures d'administrations.

L'IDEC, lors de l'écriture de la procédure, doit stipuler que les AS et AMP sont informées des doses prescrites par le médecin. Ces doses sont préparées en amont par l'IDE et sous sa responsabilité. Elle doit alors sécuriser au mieux son intégrité (sachet PDA, Pot nominatif correctement identifié) sinon l'IDEC s'assurera de commander le matériel nécessaire et elle devra s'en assurer par des passages et des observations quotidiennes.

L'IDEC doit intégrer au plan de soin un item « aide à la prise des médicaments » qui doit être validé par les AS/AMP, une fois qu'elles ont administré les médicaments, pour permettre la traçabilité.

#### **4.2.2 Cas particulier de l'UVP :**

Les Unités de Vie Protégée (UVP) ont un fonctionnement généralement différent d'un service d'EHPAD classique. En effet, l'UVP permet aux résidents présentant une maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées à un stade avancé de pouvoir déambuler à leur guise tout en bénéficiant de soins adaptés à leur rythme de vie. Les EHPAD ne bénéficiant pas pour la plupart d'une IDE dédiée à l'UVP font donc appel à la collaboration entre IDE et AS/AMP. Elle permet souvent une administration des traitements au moment où le résident décide de manger et donc lors de la présence de l'aide-soignante.

#### **4.2.3 Rôle de l'IDEC dans la collaboration IDE et AS/AMP de nuit :**

Mais beaucoup d'EHPAD ne disposent pas d'IDE la nuit. Dans ce cas, il n'y a pas d'autres choix que la mise en place de la collaboration entre IDE et AS/AMP. La nuit est un travail bien différent que celui de la journée. Les équipes ne bénéficient pas d'IDE en cas de problème, ces professionnels doivent être plus autonomes dans leur pratique. C'est pourquoi, ils doivent pouvoir s'appuyer sur des formations régulières, des procédures, et des réunions avec le trio doivent être mise en place de manière régulière. Le résultat de l'application de toutes ces méthodes et ces protocoles doit être mesuré.

Le contrôle des soins est beaucoup plus difficile par l'IDEC car ils ne correspondent généralement pas aux horaires de travail de celle-ci. Même si c'est aussi sa responsabilité de venir parfois la nuit pour accompagner. Ainsi, elle se doit de les rencontrer, de lire les transmissions quotidiennes et de comprendre les éventuelles difficultés rencontrées afin de les rectifier.

Pour sécuriser les traitements préparés par l'IDE pour l'équipe de nuit, l'IDEC devra s'assurer d'avoir à disposition un chariot ou une boîte sécurisée (par clé ou code) réservée au personnel de nuit pour le stockage de ces traitements avant qu'ils soient administrés par les AS/AMP formées. En effet, aucun traitement ne doit être laissé sans surveillance, ou en libre accès.

### **4.3 les modalités (formation et intégration)**

#### **4.3.1 IDEC un rôle de formation en 3 temps :**

L'IDEC participe activement à la formation du personnel soignant avec le MEDCO qui l'appuie et apporte son expertise.

Le médecin coordonnateur est un interlocuteur direct de l'équipe soignante, il appuiera le discours de l'IDEC.

Les AS/AMP qui peuvent être amenées à administrer certains médicaments doivent bénéficier d'un accompagnement et d'une formation en trois temps :

**Temps 1** : la phase d'apprentissage dans laquelle l'IDEC explique la théorie sur la distribution des médicaments. Tout d'abord, elle devra préciser le lieu de stockage sécurisé par code ou par clé des traitements. Il semble important de leur expliquer où

et comment sont notés sur chaque traitement le nom du résident, numéro de chambre, heure d'administration et le nom du médicament. L'IDEC doit expliquer comment vérifier la prise effective du médicament et la traçabilité sur le logiciel dans lequel l'IDEC aura préalablement introduit dans le plan de soin l'acte à valider par les aides-soignantes. Elle signifiera l'emplacement du classeur avec les grandes familles de médicaments, à quoi ils servent, les effets indésirables principaux et la conduite à tenir par l'AS en cas de problème, de changement de comportements ou de l'état de santé du résident qui pourrait être lié à un événement indésirable médicamenteux. Cela afin d'alerter l'IDE et/ou l'IDEC et de prendre en charge le résident. Il peut être intéressant de faire de petits exercices de mise en situation afin de mieux capter l'attention des soignantes et ainsi de mieux retenir. Et pour finir, laisser un temps libre pour toutes les questions et redonner sa disponibilité dans la vie professionnelle de tous les jours ainsi que celle de l'équipe infirmière.

**Temps 2** : la phase d'accompagnement de la réalisation, le « faire avec » afin de vérifier que les choses ont été comprises. L'IDEC supervisera l'action d'administrer et pourra profiter de ce moment pour poser des questions sur d'éventuelle problématique en lien avec l'état du résident. Elle permettra à l'IDEC de vérifier le raisonnement et les gestes des soignantes.

**Temps 3** : la phase de validation pendant laquelle l'IDEC regarde faire et constate de la maîtrise du soin.

L'IDE et l'IDEC s'assurent de la bonne réalisation de l'acte, en réalisant par exemple les premières administrations en binôme IDE-AS/AMP ou IDEC-AS/AMP. Elles contrôlent également la traçabilité sur le dossier patient.

L'IDEC doit garder une trace écrite par liste d'émargement du personnel formé.

Lors des formations, l'IDEC rappellera les limites d'actions de chacun : IDE, AS et AMP, pour éviter les glissements de tâches.

#### **4.3.2 L'IDEC un rôle d'intégration :**

Le jour de l'intégration d'un nouveau membre du personnel soignant ou d'une infirmière vacataire, l'IDEC aura un rôle spécifique, et portera une attention particulière pour faire connaître les procédures et protocole. L'IDEC tracera cette action en faisant signer le personnel soignant qui ne connaît ni les résidents, ni l'organisation de l'EHPAD. Cette interactivité humaine facilitera leur intégration. Cette procédure doit être mise dans un endroit accessible aux infirmières en poste, comme aux vacataires et nouveaux arrivants. C'est la responsabilité de l'IDEC de vérifier que cette procédure soit accessible et connue de tous.

L'IDEC pourrait former un groupe de travail pour créer une affiche expliquant le circuit du médicament, qui pourrait être distribuée à chaque IDE sous forme de triptyque ou exposé dans chaque poste de soins

L'IDEC doit accompagner les nouvelles IDE dans l'application des protocoles, faire avec elles pour s'assurer de la bonne compréhension et des bonnes pratiques. Communication et formation sont obligatoires.



## **4.4 - rôle de l'IDEC**

### **4.4.1 Les missions de l'IDEC :**

L'IDEC joue un rôle d'organisation et de coordination des soins. Elle doit alors s'aider d'outils mis à sa disposition ou qu'elle devra mettre en place. Cela peut être :

- Des protocoles et outils qui devront être mis à disposition de façon que tout personnel habilité ou impliqué dans le circuit du médicament puisse y avoir accès.
- Des formations planifiées pour les IDE en poste
- Le contrôle des connaissances, des compétences et des pratiques des AS/AMP diplômées qui sont amenées à administrer les médicaments. Pour ce faire, des audits, des entretiens annuels sont programmés, un management de proximité pour veiller aux bonnes pratiques quotidiennes et des formations adaptées réalisées par l'IDEC.

### **4.4.2 L'IDEC un rôle de contrôle et de suivi :**

Enfin, pour évaluer si les protocoles établis sont appliqués et efficaces, elle relève le nombre d'évènements indésirables en lien avec cette étape précise du circuit du médicament, les analyse et propose des axes d'amélioration. Cette analyse se fait en collaboration avec le MEDCO et le pharmacien. Elle peut également mettre en place des référentes IDE sur ce thème et des groupes de travail afin d'impliquer les équipes. Le rôle d'accompagnement de l'IDEC est de faire progresser les équipes pour obtenir un taux d'erreur proche de zéro. La culpabilisation doit être évitée. Au contraire la déclaration d'une erreur servira à faire progresser et à améliorer le système mis en place et le travail de chacun.

Il existe également une guide d'auto évaluation de l'ANAP qu'elle doit utiliser une fois par an afin de se situer sur la sécurisation du circuit du médicament.

## **4.5 Cas particuliers**

### **4.5.1 L'organisation de l'IDEC face aux traitements « si besoin » :**

Les « si besoin » sont source d'erreurs et d'incompréhension. L'IDEC doit donc sensibiliser les IDE. Elle doit demander au médecin de préciser la prescription pour s'assurer de la bonne compréhension (par exemple si troubles du comportement, privilégier : si agressivité physique). Les transmissions quotidiennes sont un bon moyen d'en parler et d'évaluer la bonne utilisation de ces traitements avec les équipes : IDE, AS/AMP, auxiliaires de vie ...qui connaissent et prennent soin des résidents au quotidien. L'IDEC est le pivot entre les IDE et les médecins pour l'évaluation des médicaments prescrits en si besoin. Elle demande au médecin traitant de préciser les prescriptions dans la mesure du possible, si le médicament est toujours pris par le résident le faire prescrire systématiquement ou à l'inverse s'il n'est jamais pris par le résident, l'enlever de la prescription.

L'IDEC s'assurera auprès des IDE que le stock des médicaments prescrits en « si besoin » est conforme aux prescriptions et aux besoins. Si ce n'est pas le cas, il faudra demander au pharmacien référent de réajuster le nombre de boîtes à délivrer selon les besoins.

#### **4.5.2 L'organisation de l'IDEC face aux traitements écrasés :**

Les traitements écrasés sont administrés aux résidents ayant des troubles de la déglutition ou du comportement. Mais tous les médicaments ne s'écrasent pas. Tout médicament écrasé doit être prescrit (par le médecin préalablement informé et discuté en équipe pluridisciplinaire), le pharmacien vérifiera que cela est réalisable. Le pharmacien doit fournir la liste des produits écrasables et ce dossier doit être mis à disposition dans le bureau des infirmières ou intégré dans le protocole de distribution et d'administration. Elle pourra par exemple mettre cette liste de médicaments écrasables en lien sur l'ordinateur de l'infirmierie (comme celle éditée par OMEDIT Normandie : <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/10910/medicaments-ecrasables-omedit-normandie-janvier-2018.pdf>).

Un traitement ne peut être écrasé à l'avance mais uniquement lors de l'administration.

L'IDEC doit donc régulièrement attirer l'attention des IDE sur l'importance du risque des traitements écrasés qui ont tendance à être banalisés. Informer qu'il existe d'autres alternatives comme les médicaments effervescents, orodispersibles.

Elle participe avec le MEDCO à la commission de coordination gériatrique pour établir une liste préférentielle des médicaments à utiliser et sensibiliser sur l'utilisation de forme galénique adaptée. Cette liste préférentielle permet de réduire le nombre de molécules et de formes galéniques utilisées dans l'établissement.

L'IDEC devra également mettre à disposition des IDE un appareil adapté pour écraser les traitements sur le chariot de distribution des médicaments.

## **Conclusion**

Le rôle de l'IDEC est de veiller à l'exécution des recommandations et bonnes pratiques car elle est le garant de la continuité et de la qualité des soins. Elle est alors présente quotidiennement sur le terrain afin de veiller aux bonnes pratiques gériatriques et en même temps entretenir ce management de proximité.

Dans un objectif de qualité de soins, l'IDEC doit assurer la sécurisation du circuit du médicament dans les étapes de distribution et d'administration.

L'IDEC manage une équipe soignante en précisant les responsabilités des IDE et AS-AMP et collabore avec le médecin coordonnateur et la direction. C'est pourquoi, elle doit connaître les professionnels qui interviennent dans le circuit du médicament et identifier leurs rôles afin d'organiser les soins et de manager les équipes.

Comme nous avons pu le voir la distribution et l'administration des traitements sont réalisées par l'IDE.

Lors de certains cas particuliers définis au préalable en équipe pluridisciplinaire, notamment en absence d'IDE la nuit et lors de situations particulières la journée comme les traitements pour les résidents des UVP (déments déambulant) l'administration peut alors être réalisée en collaboration avec les AS/AMP, sous la responsabilité de l'IDE/IDEC.

Nous avons fait le choix de nous focaliser sur la distribution et l'administration des médicaments à la vue des situations rencontrées sur nos différents lieux de travail dans le but d'identifier et de tenter de limiter au maximum les risques et les erreurs médicamenteuses liées à l'administration et la distribution.

Ainsi nous avons fait le choix de réaliser des questionnaires afin d'identifier les facteurs de risques et les différents intervenants susceptibles d'être à l'origine d'erreurs médicamenteuses.

Nous analyserons les résultats des questionnaires et déterminerons les axes d'amélioration possible et réalisable au sein d'EHPAD.

## **II - Méthodologie de l'enquête**

### **1. Choix du questionnaire**

Nous avons choisi de réaliser des questionnaires. Cet outil nous paraissait le plus adapté afin de ne pas induire de manière indirecte les réponses apportées. A la différence des entretiens où le non verbal « environ 90% » permet de s'exprimer. En effet, aux vues des réponses attendues l'anonymat du soignant nous paraissait primordial. C'est pourquoi, nous avons imprimé beaucoup de questionnaires que nous récupérons au bout d'environ 10 jours afin de garantir l'anonymat. Nous avons choisi de distribuer nos questionnaires sous forme papier directement dans les services pour toucher un maximum de soignants en une fois, malgré l'essor que prend internet, les soignants n'étaient pas tous enclin à nous remettre leur adresse mail. Cela nous a également permis d'expliquer le sujet de façon simple et moins impersonnel qu'aurait pu être la version internet. Nous pensons donc que les questionnaires permettent une meilleure transparence des informations recueillies. L'objectif de cette méthode va nous permettre de confronter notre analyse au quotidien de la population interrogée en confirmant ou en infirmant notre questionnement.

De plus, les questionnaires sont faciles et rapides à remplir ce qui va nous permettre de recevoir un plus grand nombre de réponses avec un certain nombre de professionnels et ainsi une meilleure réalité de terrain.

### **2. Elaboration des questionnaires**

Nous avons dans un premier temps réalisé un questionnaire dit « test » afin de voir si le soignant comprenait nos questions ou non et si les réponses apportées étaient logiques et comprises.

Nous avons fait le choix de créer des questions pour la plupart fermées afin d'en faciliter l'analyse tout en laissant un large choix de réponses qui nous semblaient suffisantes en vue des réponses attendues.

Nous avons également laissé des questions ouvertes afin de voir si d'autres réponses auxquels nous n'aurions pas pensées et analysés pouvaient être rajouté.

Et enfin nous avons créé des questions dites mixtes car la première partie de la réponse constitue une question fermée mais le résultat de cette dernière évolue en question ouverte laissant libre choix au soignant de répondre à la question.

### **III - Résultat de l'enquête**

#### **1. Choix des EHPAD enquêtés**

Nous avons fait le choix de distribuer nos questionnaires dans 3 EHPAD différents : public, privé et à but non lucratif. Tous les 3 sont de capacités différentes ce qui nous a permis de distinguer les organisations, les formations et informations données et le nombre de personnels.

#### **2. Limite des questionnaires**

Nous avons souhaité réaliser une question sous forme de schéma afin que le soignant puisse entourer la réponse attendue à la question tout en numérotant par ordre d'importance. Mais nous nous sommes rendu compte que son analyse était impossible et incompréhensible malgré des diagrammes en données croisées.

## IV - Analyse des résultats

Le questionnaire a été rempli essentiellement par des femmes à 92%. Ce qui est certainement en lien avec la prédominance de femmes dans le milieu paramédical.

Nous pouvons remarquer que les agents ont de l'expérience professionnelle, 44.6% ont entre 5 et 9 ans d'expérience et 38%, 9 ans ou plus.

84% des soignants sont des AS/AMP, ce qui démontre l'implication de celles-ci au sein des EHPAD pour le circuit du médicament, et peut sous-entendre un effectif plus élevé que les IDE (9%) et IDEC (6%).

Notre questionnaire regroupe un panel d'EHPAD variés : petit (38%), moyen (46%) et grand (15%).

En ce qui concerne les systèmes de délivrance : 49% utilisent les piluliers contre 50.7% en PDA.

Pour les différents systèmes de stockage, nous retrouvons : 58% de chariots fermés, 15% de coffres collés au mur et 26% pièces fermées à code. Cela montre différents modèles mais ont le même centre d'intérêt : la sécurisation du circuit du médicaments.

Malgré un plus grand nombre d'AS/AMP, ce sont à 81% les IDE qui administrent les traitements contre 18% d'AS/AMP. Nous pouvons en déduire que le fait que l'administration par les AS/AMP doit rester une pratique occasionnelle est bien réelle.

Ce qui explique le taux d'erreur d'administration par les IDE plus élevé, 69% contre 23% pour les AS/AMP.



On retiendra que 7% des soignants pensent que l'erreur peut survenir dès la prescription.

L'implication des soignants au niveau de la sécurisation de l'administration des médicaments est démontrée dans la question 15 : 69% des soignants connaissent le protocole à suivre lors d'un repérage d'erreur médicamenteuse.

Le nombre d'erreurs restent à 36% au maximum de 5 erreurs par an, mais nous ne connaissons pas l'impact de ces erreurs (majeurs ou mineurs).

Seulement 49% des soignants pensent avoir besoin d'une formation sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse alors que selon 34% des soignants, une erreur subsiste chaque année.

Enfin 52% des soignants interrogés connaissent la procédure de déclaration d'erreurs médicamenteuses, alors que selon 83% des soignants, les professionnels de santé ne connaissent pas et ne sont pas formés à cette procédure.

Schémas des étapes médicamenteuses : sur 65 questionnaires, 55 schémas ont été rempli :

<b>Prescription</b>	1	1	1	2	1	1	4	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2
<b>Dispensation</b>	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3
<b>Distribution &amp; administration</b>	3	3	3	3	/	/	1	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
<b>Suivi &amp; réévaluation</b>	4	4	4	4	/	/	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Prescription	3	1	1	1	1	3	3	/	3	2	2	2	3	3	3	3	2
Dispensation	2	3	2	2	3	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	3
Distribution & administration	1	2	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	
Suivi & réévaluation	4	4	4	4	/	4	4	/	4	/	/	/	4	/	4	4	4

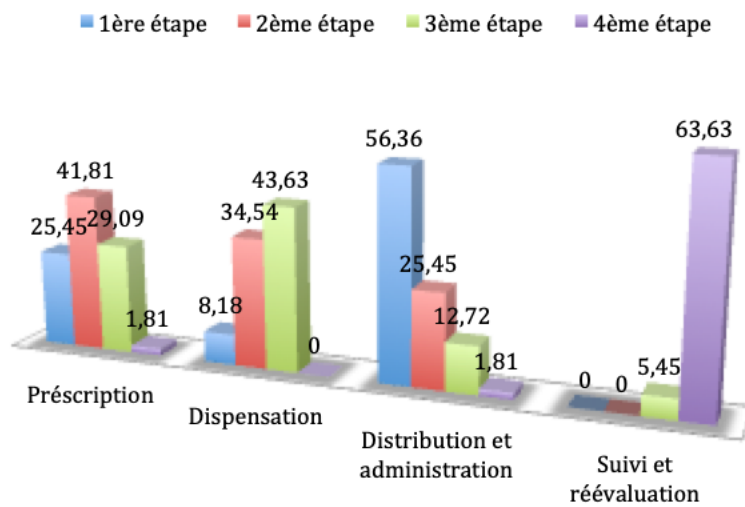
Prescription	2	2	3	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1
Dispensation	3	3	1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	/	1	/	3
Distribution & administration	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2
Suivi & réévaluation	/	/	/	/	/	/	4	4	4	/	/	4	4	4	/	3	4

Étapes	1	2	3	4	/
Prescription	14/55	23/55	16/55	1/55	1/55
Dispensation	10/55	19/55	24/55	0/55	2/55
Distribution et administration	31/55	14/55	7/55	1/55	2/55
Suivi et réévaluation	0/55	0/55	3/55	35/55	17/55

1. La première étape ou les erreurs médicamenteuses surviennent d'après 55 soignants est l'étape, de **la distribution et l'administration à 56%**.
2. La deuxième étape est **la prescription à 41%**.
3. La troisième étape est **la dispensation à 43.6%**.
4. La quatrième étape est **le suivi et réévaluation à 63.6%**.

On notera que selon **30% des soignants, le suivi et la réévaluation** ne font pas partie des étapes ou peuvent survenir les erreurs médicamenteuses.

## Les étapes des erreurs médicamenteuses selon les soignants interrogés



### Connaissances d'une erreur médicamenteuse

Erreur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Oui																			
Non																			

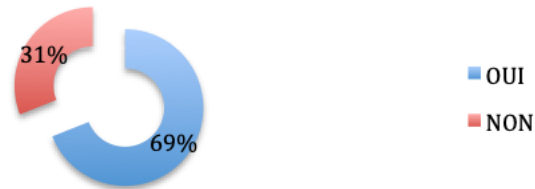
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59

60	61	62	63	64	65

**69% des soignants** ont déjà eu connaissances d'une erreur médicamenteuse.

## Avez-vous déjà eu connaissance d'une erreur médicamenteuse ?



On retrouve 3 types d'erreurs :

### 1. Problème d'identité : 40/65 soit 61%

On retrouve patient non identifié.

Médicaments donnés au voisin de table.

### 2. Mauvais dosages : 18/65 soit 28%

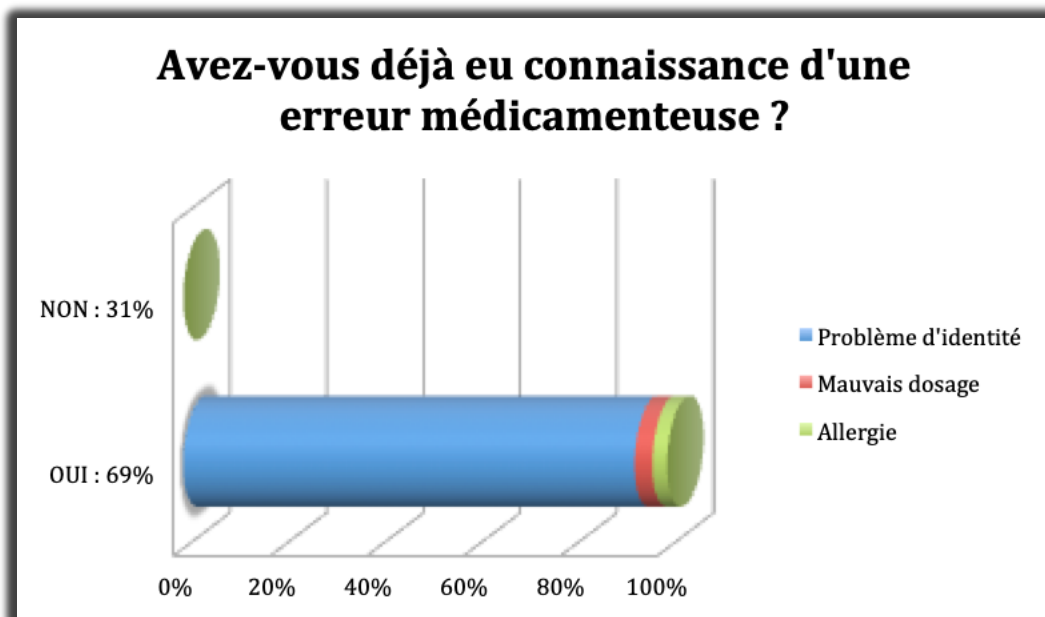
Dosages délivrés différents que celui inscrit la prescription

Erreur d'administration du nombre de gouttes

### 3. Allergie : 7/65 soit 11%

Allergie non identifiée, mais connue

Allergie non connue.



#### L'erreur d'administration peut-elle être évitée ?

Sur 65 questionnaires, seulement 2 questionnaires reviennent sans réponses.

Erreurs Évitable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
Oui																				
Non																				

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39

	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59

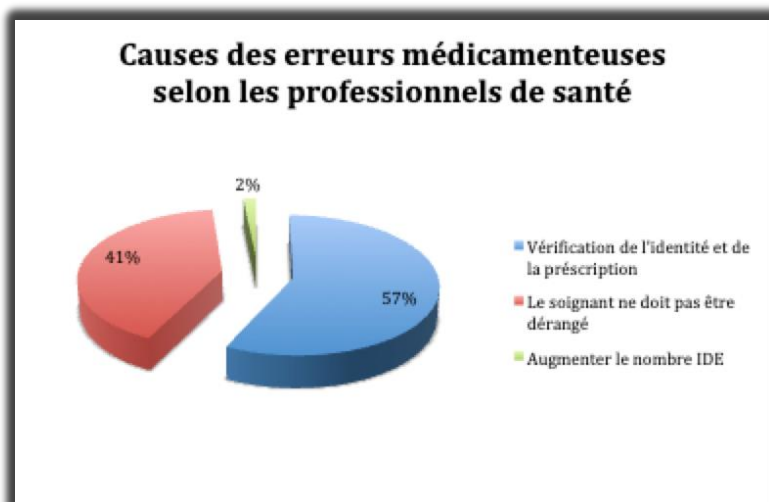
	60	61	62	63



Selon 98% des soignants ayant répondu une erreur d'administration médicamenteuse peut être évitée.

On distingue 3 réponses :

1. **Vérification de l'identité et de la prescription : 36/63, soit 57%**
2. **Le soignant qui administre ne doit pas être dérangé : 26/63, soit 41%**
3. **Augmenter le nombre d'infirmière : 1/63 soit 1.6%**



## Conclusion

Ce mémoire avait pour ambition de comprendre et analyser les risques d'erreurs médicamenteuses, de se questionner sur les actions de l'IDEC pour participer à la sécurisation de la distribution et l'administration et enfin de trouver des solutions à mettre en place pour limiter ces erreurs.

En effet, un grand nombre d'erreurs sont liées à des mauvaises pratiques ou à certaines tâches (distribution et l'administration) quand elles sont faites par des soignants qui ne sont pas habilités à le faire et notamment sans avoir mis en place une organisation et des actions sécurisantes.

Il a fallu dans un premier temps définir le circuit du médicament, examiner les différentes étapes et les différents acteurs et ne sélectionner que les plus pertinents dans lesquels l'IDEC a un rôle essentiel.

Nous avons obtenu un nombre suffisant de réponses grâce aux différents types d'EHPAD visés.

Au moyen de l'analyse de nos questionnaires mais aussi du cadre conceptuel, il a été possible de se lancer dans ce travail.

Il convenait de s'intéresser à la distribution et l'administration des médicaments. Un parti fort a été adopté dans cette étape, celui de rechercher la place de l'IDEC dans l'organisation du service et le management de l'équipe soignante avec la collaboration IDE/AS-AMP et de confronter la théorie et la pratique.

A la vue des résultats des questionnaires, une majeure partie d'AS-AMP sont impliqués dans la sécurisation de la distribution et l'administration avec une connaissance d'erreur médicamenteuse qui peut être évitée. De toutes ces analyses, nous posons donc la question : Comment l'IDEC peut-elle garantir cette sécurité des

soins face à une conjoncture actuelle qui resserre toujours plus les budgets des EHPAD et donc d'une diminution du personnel et d'une augmentation de la charge de travail ?



## Résumé en anglais / Summary

The aim of this thesis was to understand and analyze the risks of medication mistakes, **to question the actions of coordinating nurse's to participate in securing distribution** and administration and finally to find solutions to put in place to limit these risks.

Indeed, a large number of errors are related to **bad practices** or certain tasks (distribution and administration process) when they are done by caregiver who are not empowered to do **so and in particular without having set up an organization and reassuring actions**.

In a first time, we had to define the medicine circuit , check the different steps **with** the different actors and **select only the most relevant ones in which IDEC has a key role**.

We obtained a sufficient number of responses thanks to the different types of EHPADs targeted.

Through the analysis of our questionnaires **and** the conceptual framework, it was possible **to start** this work.

We decided to focus on the distribution and drugs administration.

One of the main topic was to identify the place of the coordinating nurse in the team management and the organization of the service with the collaboration of caregiver **and to compare** theory and practice.

After checking questionnaires, most of the caregivers are ***involved in the security of the distribution and administration with a knowledge of medication errors that can be avoided.***

**From** all those analysis, we ***ask ourselves the question:*** how can coordinating nurse guarantee the safety of treatments in a situation that is tightening retirement house budgets, ***decreasing*** the staff and ***increasing*** workload ?

Questionnaire  
**La sécurité du circuit du médicament en EHPAD**

Madame, monsieur, infirmières en formation continue DU infirmier (ère) référent et coordonnateur (trice) en EHPAD et en SSIAD (DU IRco).

Nous réalisons un mémoire sur « le rôle de l'IDEC dans la sécurisation de l'administration des médicaments en EHPAD.

Pour nous aider à rédiger ce mémoire nous avons élaboré un questionnaire.

Nous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre projet en remplissant ce questionnaire.

Nous vous garantissons l'anonymat des soignants et des structures.

Nous reviendrons rechercher les questionnaires 10 jours après vous les avoir déposés.

Madame Zeinabou KONE  
Madame Sarah VERGISON  
Madame Aurore SUCH  
Madame Virginie BOURSE

---

1. Vous êtes :  Un homme  Une femme

---

2. Depuis combien de temps exercez-vous dans cet établissement ?  Moins de 1 an  
 Entre 1 an et 4 ans  
 Entre 5 ans et 9 ans  
 9 ans et plus

---

3. Vous êtes :  Infirmier(e)  
 Infirmier(e) Coordonateur(trice)  
 Aide soignant / AMP  
 Médecin Coordonateur(trice)  
 Pharmacien / Préparateur en pharmacie  
 Autre : Précisez : .....

---

4. Votre EHPAD comporte combien de lits ?  Moins de 50 lits  
 Entre 50 et 100 lits  
 Plus de 100 lits

---

5. Quel est le nombre d'AS/AMP diplômé présent par jour ? .....

---

6. Quel est le nombre d'infirmier présent par jour ? .....

---

7. Votre établissement bénéficie d'une:  PUI (pharmacie à usage interne)  
 Pharmacie de ville / Officine

---

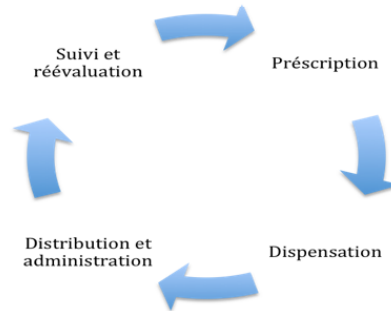
8. Quel est le mode de dispensation médicamenteuse ?  Pilulier  
 PDA (préparation de dose à administrer individuelle et nominative) (sachets ou alvéoles)  
 Autre : .....

---

9. Quel est votre mode de stockage des médicaments :  Chariot fermé à clé/code  
 Coffre scellé au mur  
 Pièce fermée à clé/code  
 Autre : .....

---

10. Selon vous, à quelle(s) étape(s) survient les erreurs médicamenteuses ? (chiffrez dans l'ordre de fréquence.)



11. Avez-vous déjà eu connaissance d'une erreur médicamenteuse ?

- Oui, La(es) quelle(s) : .....  
 Non

12. Dans votre EHPAD, quel professionnel administre les traitements aux résidents ? Et pour quel(s) raison(s) ?

.....  
.....

13. Selon vous, une erreur d'administration médicamenteuse peut-elle être évitée ?

- Non  
 Si oui, par quel(s) moyen(s) ? .....

14. Quel professionnel en a été à l'origine ? .....

.....

15. Existe-t-il un protocole à suivre lors du repérage d'une erreur médicamenteuse au sein de votre établissement ?

- Oui  Non

16. Selon-vous, votre établissement recense environ combien d'erreur médicamenteuse par an ?

- Aucune  
 Entre 1 et 2  
 Entre 3 et 5  
 Plus de 5 : Précisez .....

17. Selon vous, auriez-vous besoin d'une formation sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ?

- Oui  Non



UNIVERSITÉ  
PARIS  
DESCARTES

Diplôme Universitaire infirmier référent et coordonnateur en EHPAD et en SSIAD  
Promotion 2019

18. Connaissez-vous la procédure de déclaration des erreurs médicamenteuses ?

Oui     Non

---

19. Tous les professionnels de santé connaissent-ils et sont-ils formés à l'utilisation de cette procédure ?

Oui     Non

---