

Octobre 2022

Université Paris Descartes



L'accompagnement des auxiliaires de soins
par l'IDEC dans le cadre de
l'administration des médicaments en
EHPAD

PIRER Laurie

DU Infirmière référente et Coordinatrice en EHPAD et en SSIAD

Directrice de mémoire : Mme CIPRIANO Paula

Remerciements :

- ✓ Je tiens à remercier Mme CIPRIANO Paula, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de m'accompagner et pour l'avoir fait avec bienveillance et rigueur.
- ✓ Je remercie de même, mes proches qui sont toujours présents pour moi.
- ✓ Une pensée également pour mes collègues et ma hiérarchie qui m'ont facilité la tâche en acceptant d'organiser mon planning.
- ✓ Enfin, à tous les professionnels qui m'ont permis d'élaborer ce travail ; ceux qui, à travers un « oui » m'ont accordé de leur temps, partagé avec moi un peu de leur histoire professionnelle, je dis un grand MERCI, ce travail ne serait rien sans votre contribution.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Chapitre I : EXPLORATION THEORIQUE DU PROBLEME DE RECHERCHE

- A. Le circuit du médicament
- B. Cadre réglementaire
 - 1. Administration des médicaments
 - 2. Notion de collaboration IDE/auxiliaire de soins
 - 3. Concepts fondamentaux
 - 4. Notion d'acte de la vie courante
 - 5. Causes d'erreurs d'administration médicamenteuse

Chapitre II : EXPLORATION PRATIQUE DU PROBLEME DE RECHERCHE

- A. Méthodologie suivie
- B. Difficultés rencontrées
- C. Analyse des entretiens

Chapitre III : CONFRONTATION

- A. Convergences
- B. Divergences
- C. Reformulation de la question de recherche

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES :

- A. Annexes I : Guide d'entretien
- B. Annexe II : formulaire de consentement

RÉSUMÉ

ABSTRACT

INTRODUCTION

Le sujet de ce mémoire provient de mon expérience professionnelle que je traiterai en introduction. En préambule, je vous présenterai donc le contexte qui a fait émerger cette problématique. Actuellement, j'évolue au sein d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique d'une capacité de 45 lits qui héberge en son sein un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 15 lits. L'établissement se compose de 2 étages de 30 lits chacun répartis sur 4 ailes de 15 lits, dont une dédiée à l'EHPAD. Le personnel de l'EHPAD et celui du SSR sont différents, ils se croisent mais, ne travaillent pas ensemble.

À la suite de l'absence de l'infirmière de l'EHPAD, il m'a été demandé de réaliser la distribution des médicaments des résidents. N'ayant jamais eu à intervenir à l'EHPAD, je ne connaissais pas les résidents, de ce fait, j'étais dans l'incapacité de les identifier. Je me suis reposée sur les aides-soignants (AS) de l'EHPAD avec qui je collaborais ce jour.

Conformément à la prescription médicale, j'ai procédé personnellement à l'administration des traitements aux résidents présents au réfectoire. Pour ceux qui n'y étaient pas encore, j'ai délégué la tâche aux AS afin de poursuivre mon travail au niveau du SSR. A la fin de notre service les AS et moi avons brièvement échangés concernant d'éventuelles difficultés au moment de l'administration.

Cette situation m'a questionnée à un niveau éthique et par rapport au cadre réglementaire. En effet, le souci de temps a fait que je n'ai pu donner d'indications ni de précisions à l'AS. Elle disposait des traitements nominatifs et la posologie, sans indications complémentaires. Les éléments qui m'ont mis en confiance dans l'application de cette procédure, qui pourrait être qualifiée de « dégradée », est qu'il s'agissait d'une AS d'expérience (plus de 20 ans d'ancienneté dans le service). Je me suis reposée sur sa connaissance des résidents et des habitudes du service. En effet, ce fonctionnement « dégradé » est récurrent au sein du service, depuis ma prise de fonctions dans cet établissement, j'ai été informée qu'il y avait une disparité de la distribution des traitements entre l'EHPAD et le SSR.

Cette première situation a fait émerger le questionnement suivant :

- Quelles sont les règles qui régissent la dispensation des traitements en EHPAD ?
- Quelles sont les limites de la délégation de cet acte aux auxiliaires de soins ?
- Quel est le niveau d'information communiqué aux équipes sur le cadre lié à la dispensation du médicament ?
- Qu'en est-il au niveau de la traçabilité ? Comment cela est retranscrit ?

Dans un second temps, l'organisation même du travail au sein de cette structure a mis en exergue une autre problématique. L'infirmière diplômée d'état (IDE) n'étant présente que de 7h à 14h, les auxiliaires de soins sont en autonomie le reste du temps. L'importance de ce laps de temps augmente les risques liés aux médicaments au vu de la fragilité des personnes hébergées. Cette situation interroge la fonction de l'infirmière coordinatrice des soins (IDEC), notamment sa mission d'amélioration de la qualité des soins. En effet, selon le Code de la Santé publique¹, « *l'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de soin et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.* »

L'ensemble des observations me conduisent, dans le cadre de ce mémoire, à approfondir la question de la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD. Plus précisément, quel est le rôle de l'IDEC auprès de ses équipes dans la sécurisation du circuit du médicaments en EHPAD ?

Avant de pouvoir répondre à la question de l'implication de l'IDEC dans la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD, qui fera l'objet de la discussion finale de ce mémoire, il convient de commencer par resituer succinctement les phases du circuit du médicament, avant de définir le cadre réglementaire. Puis, partant des résultats de l'enquête de terrain menée auprès des auxiliaires de soins, ce travail de recherche se propose d'apporter un éclairage sur l'amélioration des pratiques qui pourrait être réalisée.

¹ Article **R4312-36**

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496685#:~:text=L'infirmier%20charg%C3%A9%20de%20toute,d'%C3%A9tudiants%20en%20soins%20infirmiers

Chapitre I : EXPLORATION THEORIQUE DU PROBLEME DE RECHERCHE

A. LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

En EHPAD, le circuit du médicament, du fait de l'âge des résidents qui modifie leur physiologie, majore le risque de polyopathie et impacte la pharmacocinétique des médicaments, est identifié en 2013 comme un « processus à haut risque » par l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMédit²).

Pour ce travail de recherche, nous allons nous focaliser sur trois des dix-sept étapes du circuit du médicament telles qu'identifiées par Philippe VERGER³ dans son rapport sur la politique du médicament, que sont la prescription, la préparation des traitements ainsi que l'administration du traitement et la surveillance des effets :

- **Étape 1 : Prescription**

La prescription est un acte médical qui est généralement effectué par le médecin traitant. Néanmoins, du fait que l'EHPAD soit le lieu de vie des résidents, d'autres prescripteurs peuvent intervenir tels qu'un spécialiste, ou encore, le médecin coordonnateur qui dispose d'un pouvoir de prescription élargi depuis juillet 2019 ou encore un médecin urgentiste dans le cadre d'une hospitalisation.

L'outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments proposé par la Haute Autorité de Santé en 2011 préconise que le prescripteur prend une décision thérapeutique, prescrit les médicaments, rédige l'ordonnance et enregistre la prescription dans le dossier patient, informe le patient et recueille son consentement, évalue la pertinence du traitement en gardant à l'esprit la balance bénéfice risque. Le prescripteur fait la synthèse et l'ordonnance est transmise par l'IDE au pharmacien. Le mode de transmission (fax, mail, dossier patient) est protocolisé et laissé à l'appréciation de chaque établissement.

² Société française de pharmacie clinique, « *La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés, une méthode d'amélioration de la qualité des soins* », 2014, p.11

³ Rapport du DR Philippe VERGER , « *la politique du médicament en EHPAD* », septembre 2013

Les « bonnes pratiques » prévoient un certain nombre de recommandations, des éléments de précision doivent figurer sur la prescription médicale. Ces derniers sont repris dans le cours⁴ de cette année sur le circuit du médicament, il s'agit notamment, de cas particuliers tels que :

- « « À écraser » dans le cadre de trouble de la déglutition et/ou troubles du comportement, cette notion est d'ailleurs renforcée par le guide des recommandations sur l'écrasement des médicaments en gériatrie⁵ qui précise même que « l'identification du motif d'écrasement » doit être renseigné sur la prescription
- « Acte de la vie courante » en cas d'intervention des auxiliaires de soins AS/AMP
- « Si besoin » qui doit être encadré d'un protocole nominatif, afin d'éviter toute erreur d'interprétation »
- **Étape 2 : Préparation des traitements**

Cette étape concerne à la fois l'EHPAD et la pharmacie qu'il s'agisse de la PUI (Pharmacie à Usage Intérieur) au sein de l'établissement ou une pharmacie d'officine. La préparation du traitement est réalisée par le pharmacien et le préparateur en pharmacie sous contrôle effectif du pharmacien.

L'article R. 4235-48 du CSP prévoit que :

- Le pharmacien réalise dans son intégralité l'acte de dispensation en commençant par l'analyse pharmaceutique et la validation de chaque prescription. Il peut émettre une opinion en cas de besoin.
- Cette première étape est suivie du contrôle de la préparation et /ou fabrication des doses à administrer (PDA) afin de les délivrer en s'assurant de maîtriser les stocks. Cette phase consiste à préparer des piluliers ou blisters nominatifs pour chaque résident et concerne uniquement les formes sèches solides.
- Enfin, le pharmacien met à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament c'est-à-dire signaler les contre-indications ou interactions éventuelles et précautions d'emploi au professionnel de santé et/ou résident.

⁴« **Sécurisation du circuit du médicament** », DU MEDCO-IDEC, avril 2022, p.14

⁵ « **Recommandation sur l'écrasement des médicaments en Gériatrie** », mai 2010

Comme nous venons de le voir, certains médicaments ne rentrent pas dans le cadre de la PDA. Le guide pour la préparation des doses à administrer⁶, en précise la liste :

- Les traitements présentant des conditions particulières de conservation (médicaments sensibles à l'humidité, air, lumière) ou de manipulation ;
- les médicaments dont l'administration doit suivre des règles très strictes (ex : Bisphosphonates) ;
- les comprimés effervescents ;
- les comprimés orodispersibles, des comprimés dispersibles ;
- les capsules molles ;
- les médicaments à conserver au réfrigérateur ;
- les prescriptions conditionnelles (médicament en « si besoin ») ;
- les AVK, nécessitant une adaptation posologique régulière ;
- les traitements particuliers comme la clozapine (suivi biologique), les médicaments hormonaux (danger pour la santé du personnel) : finastéride, dutastéride, anastrozole, l'ultra-levure (risque de rupture de gélule et contamination automate par les levures)
- les stupéfiants ;
- les anticancéreux per os ;
- les antibiotiques en traitement aigu.

La liste ci-dessus reprend les traitements qui demandent une attention supplémentaire au moment de l'administration. Ils sont généralement mis à part et bénéficient d'un étiquetage particulier.

- **Étape 3 : Administration du traitement et surveillance des effets**

Cette étape fait intervenir deux catégories socio-professionnelles que sont les infirmiers(ères) ainsi que les auxiliaires de soins reprenant les professions d'Aide-soignant et d'Aide Médico-Psychologique.

⁶ « *Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-social* », ARS Rhône Alpes, mars 2017

D'après le rapport de l'ANAP ⁷, « *Lors de l'activité d'administration des médicaments par l'IDE, les doses nominatives sont prélevées du chariot de soins pour l'administration au patient. L'administration est enregistrée par l'IDE, ce qui constitue la dernière phase du circuit du médicament avant l'observation et la surveillance des effets du traitement.* »

D'autre part, dans le cadre de son rôle propre et selon l'article R. 4311-5 du CSP⁸, l'infirmier(ère) :

- Alinéa 4° : aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable
- Alinéa 5° : vérification de leur prise,
- Alinéa 6° : surveillance de leurs effets et éducation du patient. »

Sous la responsabilité de l'infirmier(ère), l'article R. 4311-4 du CSP indique que « l'aide-soignant(e), les auxiliaires de puériculture ou les aides médico-psychologiques, aident à la prise de médicaments non injectables. ».

Outre les autorisations légales précédentes, l'acte d'administration fait également intervenir des précautions d'usage et de bonnes pratiques professionnelles. Dans son guide de recommandations, l'HAS santé⁹, en reprend quelques-unes au sujet des traitements écrasés.

En ce qui concerne le pharmacien, il convient de prévoir une mise à disposition de la liste des médicaments pouvant être écrasés ainsi que la précision des précautions particulières à prendre pour certains traitements. Pour ce qui est du personnel soignant, idéalement, il doit :

- Utiliser un système écraseur-broyeur par patient.
- Écraser et administrer les médicaments un à un.
- Ecraser le médicament immédiatement avant de l'administrer. Sinon refaire la préparation.
- Éviter d'utiliser un récipient intermédiaire entre l'écrasement et le transfert dans la substance- véhicule. Sinon, en utiliser un sans relief, avec le nom du patient et du médicament.
- Le véhicule doit être neutre : eau épaissie.

⁷ Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient, la délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé, ANAP, p.19

⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893

⁹ « **Recommandation sur l'écrasement des médicaments en Gériatrie** », HAS santé, mai 2010

- Respecter les horaires d'administration par rapport aux repas.
- Respecter les précautions particulières de manipulation de certains médicaments (cytotoxiques...)
- Pratiquer le lavage des mains avec la SHA entre chaque patient.

En somme, la distribution et l'aide à la prise des médicaments constituent une collaboration IDE/AS ou AMP. Pour mener à bien cette pratique, l'IDE doit apporter de nombreuses informations complémentaires

B. CADRE REGLEMENTAIRE

Après avoir identifié les différents acteurs et les étapes du circuit du médicament, il semble pertinent de poursuivre en s'intéressant aux « bonnes pratiques ». Elles sont définies dans le cadre réglementaire et font référence dans le secteur médico-social.

1. Administration des médicaments

D'après le guide¹⁰ ci-référencé, l'acte d'administration 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.

Il convient de distinguer :

- L'administration des médicaments impliquant un acte technique (injections, aérosols, ...) qui est de la compétence exclusive de l'IDE ;
- L'aide à la prise qui, faisant partie du rôle propre de l'IDE, peut être assurée en collaboration avec un AS.

L'acte d'administration est suivi de son enregistrement puis de la surveillance thérapeutique, cette dernière ayant pour objectifs :

- D'observer les effets du médicament sur les symptômes ;
- De déceler les éventuels effets indésirables ou secondaires.

¹⁰ Guide régional « *circuit du médicament en EHPAD, sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)* » ARS Auvergne-Rhône-Alpes, mars 2012, mis à jour septembre 2017, p.20

Il est recommandé que ce soit la même personne qui assure l'administration du traitement, avec les vérifications propres à chaque étape.

En somme, l'acte d'administration du médicament fait intervenir deux acteurs qui travaillent étroitement et dont il faut connaître les règles de fonctionnement.

2. Notion de collaboration IDE/auxiliaire de soins

La notion de collaboration entre IDE et auxiliaire de soin est encadrée par le code de la santé publique.

Article R4311-4 du Code de la Santé Publique (CSP)¹¹ : “Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l’infirmier ou l’infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d’aides-soignants, d’auxiliaires de puériculture ou d’aides médico-psychologiques qu’il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s’inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l’article R. 4311-3”.

Cette collaboration est précisée par des textes de loi et des référentiels :

- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d’État d’aide-soignant Annexe I : Référentiel¹² de formation du diplôme professionnel d’aide-soignant : les AS peuvent aider à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable
- Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d’État d’aide médico-psychologique, annexe I : Référentiel professionnel¹³ : les AMP exerçant une fonction d'accompagnement et d'aide à la vie quotidienne peuvent "sous la responsabilité de l'infirmier, effectuer certains soins et aider à la prise de médicaments sous forme non injectable".

¹¹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856905,

¹² Arrêté du 22 octobre 2005 www.legifrance.gouv.fr

¹³ Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d’Etat d’aide médico-psychologique <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-05/a0050052.htm>

- Art.14 du décret n°93-221 du 16 février 93 ¹⁴ sur les règles professionnelles indique que : dans le cadre de son rôle propre, l'IDE est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des Aides-soignants et des Auxiliaires de puériculture qu'il encadre. Les soins relevant du rôle propre de l'infirmière ne peuvent être délégués que s'ils figurent au programme de formation des Aides-Soignants

Dans le guide du circuit du médicament¹⁵, de l'ARS Auvergne, de nouvelles précisions sont apportées. Ainsi, lorsque le traitement n'est pas administré par l'IDE, il lui incombe :

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

L'AS ou l'AMP doit notamment :

- Respecter les consignes écrites de l'IDE ;
- Transmettre précisément à l'IDE les informations importantes (non prise d'un médicament par exemple) ;
- Signaler tout événement anormal concernant un résident ou toute difficulté rencontrée.

3. Concepts fondamentaux

L'article R.4311-4 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « seuls les aides-soignants, auxiliaires de puéricultures et aides médico psychologique, peuvent collaborer avec le personnel infirmier ».

Le cadre réglementaire distingue **les notions de collaboration et de délégation**.

1. Délégation¹⁶: C'est l'**acte** par lequel le dépositaire d'une fonction en transmet l'exercice à un tiers. C'est une transmission de pouvoir, mais sans abandon de la responsabilité.

¹⁴ Art.14 du décret n°93-221 www.legifrance.gouv.fr

¹⁵ Guide régional « *circuit du médicament en EHPAD, sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes(EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)* » ARS Auvergne-Rhône-Alpes, mars 2012, mis à jour septembre 2017

¹⁶ www.medix.free.fr, encyclopédie médicale

La délégation ne fait pas disparaître la responsabilité pénale de celui qui **délègue**, ni de celui qui est **délégué**.

2. Responsabilité : Art. 15.¹⁷ du décret n°93-221 du 16 février 93 - L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.
3. Collaboration¹⁸ : De confier à une personne ou un ensemble de personnes certaines tâches liées à une hiérarchie, à une compétence et toujours en exerçant un contrôle. L'infirmière laisse à l'aide-soignant l'exécution de soins qu'il peut réaliser seul uniquement.

4. Notion d'Acte de la vie courante

Les règles de partenariat IDE/AS, ne sont pas les seuls éléments que les textes de loi éclaircissent. C'est L'Article L. 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)¹⁹ qui précise cette fois les circonstances dans lesquelles l'auxiliaire de soins est habilité à procéder à l'administration des médicaments. Ainsi, « **Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF (établissements et services sociaux et médico-sociaux), lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.**

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

¹⁷

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000179742/#:~:text=%C3%A9galement%20%C3%AAtre%20mixte.-,Art.,il%20est%20habilit%C3%A9%20%C3%A0%20effectuer.>

¹⁸« **Collaboration IDE/AS, rôle aide-soignant** », formation aide-soignant, CHU de nice,2018

¹⁹ Code de l'Action Sociale et des Familles, Article L.313-26,

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892776/#:~:text=L'aide%20%C3%A0%20la%20prise%20des%20m%C3%A9dicaments%20peut%2C%20%C3%A0%20ce,administration%20ni%20d'apprentissage%20particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise ».

Ce décret explicite les rôles de chacun et précise que ces actes peuvent être réalisés hors de la présence de l'infirmière.

5. Causes d'erreurs d'administration médicamenteuse

Après s'être intéressé à la notion d'acte de la vie courante, il convient d'aborder les causes d'erreurs liées au circuit du médicament. Dans le guide qui traite de la sécurisation du médicaments, l'HAS²⁰ confirme que : les étapes constitutives de l'acte d'administration peuvent se dérouler de manière inadaptée, erronée ou retardée. Les analyses existantes des erreurs médicamenteuses (EM) observées (REMEDI (19), Afssaps (17), ENEIS (11) etc.) soulignent qu'une grande part des erreurs trouvent leur origine dans des causes multifactorielles telles que :

- Le produit de santé lui-même dont la présentation ou les modalités de préparation peuvent contribuer à la survenue d'une erreur
- Le patient et son comportement face à sa pathologie et son traitement
- Les professionnels de santé dont les connaissances, les compétences et l'expérience influencent leur décision et en particulier la balance bénéfices/risques lors de la prise en charge thérapeutique du patient,
- L'organisation des pratiques professionnelles qui structure la PECTM du patient, le circuit du médicament
- L'environnement de la PEC du patient et les moyens mis à la disposition des professionnels et du patient lui-même

²⁰« **Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments** », HAS, mai 2013, [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevaluation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf)

- La gestion logistique du circuit du médicament (commande, réception, transport et livraison, stockage, prélèvement et préparation des doses)
- Le management institutionnel et professionnel de la qualité et la sécurité des soins et de la PEC des patients.

Le circuit du médicament est un processus complexe qui présente des risques à plusieurs de ces étapes. Après avoir mis en exergue le cadre qui l'entoure et présenté les acteurs principaux, il faut s'attacher maintenant à mener une enquête de terrain pour en approfondir les idées.

Chapitre II. EXPLORATION PRATIQUE DU PROBLEME DE RECHERCHE

A. Méthodologie suivie :

Dans le cadre de mon exploration pratique, j'ai ciblé les auxiliaires de soins et articulé mon enquête autour de cette catégorie professionnelle. J'ai ensuite différencié les AS et les AMP ainsi que le travail de jour et de nuit.

Les professionnels interrogés faisaient partie de quatre EHPAD de capacité d'accueil différente afin de renforcer la représentativité de l'échantillon.

Le protocole de recherche a été réalisé en deux étapes :

- Un premier entretien semi-directif proposé à deux AS : l'une exerçant de nuit dans un EHPAD de capacité modérée et l'autre, de jour dans un EHPAD de grande capacité d'accueil.
- Dans un deuxième temps un groupe de discussion a été proposé à 4 auxiliaires de soins : deux AS et deux AMP.

La volonté de se focaliser sur les auxiliaires de soin plutôt que sur le binôme IDE/auxiliaire de soin vient du fait que l'IDE est dans son rôle propre.

Les modalités d'enquête étaient les suivantes : les participants ont été interrogés dans un endroit calme à un moment propice de leur temps de travail (ou l'activité était moins dense), en s'assurant que la hiérarchie ne soit pas présente (notamment le week-end) afin de libérer la parole.

Les entretiens se sont déroulés en suivant le même guide d'entretien (cfr annexe I) :

- Dans un premier temps, le cadre était présenté aux interviewés par une brève introduction précisant le sujet et l'importance d'un échange libre.
- Dans un deuxième temps, les caractéristiques socio-démographiques et leurs années d'expérience étaient recueillies.
- Ensuite, le recueil de l'expérience du terrain à l'aide de questions ouvertes.
- Enfin, la vérification de la connaissance du cadre réglementaire.

Les personnes interrogées ont toutes consenti à être enregistrées.

Le tableau ci-dessous permet d'apprécier le raisonnement suivi pour construire le guide d'entretien :

Question	Objectifs	Eléments attendus	Questions de relance
Questions 1 à 5	Etoffer l'échantillonnage	Avoir des agents, d'ancienneté différente, dans des établissements de capacité différente, de formations différentes à des années différentes pour prendre en compte les éventuelles innovations apportées dans les formations	
Q6. Comment cela se passe en pratique quand l'infirmière vous demande d'administrer des traitements aux résidents ?	Contextualiser ma situation de départ	Déterminer comment se passe la transmission IDE/AS	Que vous dit l'infirmière ?
Q7. Quelle place cet acte de soin occupe-t-il dans votre temps de travail ?	Comprendre si l'organisation et les effectifs sont suffisants		Trouvez-vous toujours le temps de donner les traitements ? Présente-il-une contrainte de temps ?
Q8. Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors d'une administration de médicaments, si oui, lesquelles ?	Recueillir les expériences Confronter la littérature à la réalité		

Question	Objectifs	Eléments attendus	Questions de relance
<p>Q9. Une surveillance de la prise effective du médicament, est-elle réalisée ?</p>	<p>Vérifier la faisabilité de la surveillance</p> <p>Développer la notion de traçabilité</p>	<p>Savoir comment l'administration est tracée</p>	
<p>Q10. Avez-vous connaissance de la législation qui encadre l'administration des médicaments en EHPAD ?</p>			<p>Avez-vous eu des modules à ce sujet durant votre formation ?</p> <p>Avez-vous eu une formation à ce sujet en intégrant votre structure ou au cours de votre poste ?</p>
<p>Q11. Avez-vous des supports à disposition ?</p>	<p>Commencer à visualiser ce que l'IDEC peut faire</p>	<p>Evaluer leur connaissance des supports existants</p> <p>Déterminer les éventuels manquements et besoins des professionnels</p>	<p>Quels protocoles ?</p> <p>Y avez-vous accès facilement et à tout moment ?</p> <p>Sont-ils récents ?</p>
<p>Q12. Selon vous, quelles améliorations peuvent être apportées pour mieux vous accompagner ?</p>	<p>Valider l'intérêt de mon questionnaire</p> <p>Trouver des pistes de solutions avec les principaux acteurs</p>	<p>Recueillir des axes d'amélioration</p> <p>Mettre en lumière les besoins à combler</p>	

L'objectif principal de cette recherche était de contextualiser le processus de prise des médicaments, de leur remise à l'auxiliaire de soin à la traçabilité dans le dossier du patient. Afin d'identifier les étapes qui majorent le risque d'erreur.

B. Difficultés rencontrées

La méthodologie, particulièrement le fait de s'assurer que les entretiens se déroulent hors temps de présence des cadres a facilité la réalisation de cette étude. Ainsi, la difficulté rencontrée concerne l'animation d'un groupe. En effet, je n'avais jusque-là pas encore eu l'occasion d'animer un groupe.

J'ai pu être confrontée à la nécessité de mettre en œuvre une dynamique de groupe sur un laps de temps court. Ce qui m'a confronté à la nécessité de travailler en double tâche, en animant le groupe tout en analysant les réponses afin d'ajuster les interventions suivantes.

C. Analyse des entretiens

J'ai choisi, pour mieux les visualiser de présenter les résultats de l'enquête sous forme d'une énumération thématique. Cette manière de procéder me semble plus visuelle et m'aide à repérer les réponses communes et les éléments de divergence. C'est ainsi que, j'ai pu faire ressortir les éléments suivants :

- Comment se passe la transmission de l'IDE vers l'AS :
 1. Pour les auxiliaires de nuit : les traitements leur sont laissés de manière nominative dans de petits pots et des sachets sans qu'il leur soit possible d'identifier le traitement, surtout qu'ils ne croisent pas nécessairement l'infirmière
 2. Pour les auxiliaires de jour : les traitements hors PDA sont mis dans les piluliers, sans emballage ou éléments d'identification. Les comprimés devant être cassés, le sont et mis dans les piluliers.
 3. Les IDE déposent simplement les traitements dans les plateaux repas

- Quelles sont les sources de difficultés :
 1. Les traitements en si besoin
 2. Les modalités de prise : écraser, ouverture de gélules
 3. Le manque de clarté ou de précision des prescriptions médicales
 4. La durée de stabilité du traitement
 5. La non-identification de certains traitements, si écrasés ou déjà ouverts
 6. Le manque de formation pendant les études et sur le lieu de travail
 7. Le traitement laissé n'a pas l'aspect habituel
 8. Savoir s'ils peuvent accéder en toute autonomie a la DBU pour les « si besoin »
 9. Valider la prise sur le logiciel ou non
 10. Quantité d'eau à rajouter
 11. Mode d'administration : poudre à diluer ou pas
- En cas de difficultés, quelles sont les réactions des soignants :
 1. Soignant dans le doute, le traitement ne semble pas être le traitement habituel
 2. Soignant perdu
 3. Soignant face au refus du résident de prendre les traitements non écrasés sans savoir si les médicaments peuvent l'être
- Les éléments favorisant un bon soin :
 1. Effectif suffisant
 2. Qualité de la transmission IDE/AS (prévenir l'AS, lui expliquer la nature du traitement.)
 3. Organisation et coordination du soin en fonction de la charge de travail (le choix du mode d'administration, de la forme)
- Documents de références mis à disposition :
 1. Rareté des protocoles
 2. Précision insuffisante les protocoles concernent souvent le circuit du médicament mais ne font pas références aux AS
 3. Manque de communication des protocoles surtout aux nouveaux arrivants
 4. Actualisation des protocoles trop lente par rapport à tous les changements de formation des auxiliaires de soin

- Traçabilité du soin :
 1. AS et AMP cochent dans le diagramme de soin et non dans le plan de soin
 2. Si incident, note dans le cahier de liaison du service
 3. Transmission orale à l'infirmière qui n'est pas toujours en capacité de le consigner dans le dossier
 4. Traçabilité en temps réel difficilement réalisable

- Solutions proposées :
 1. Rédaction et mise à disposition de protocole de soins généraux et/ou individualisés selon le résident
 2. Module de pharmacologie plus développé incluant en détail la législation, durant la formation d'AS/AMP
 3. Transmission/ communication plus fonctionnelle entre AS et IDE notamment sur l'identité du traitement, les risques
 4. Clarification dans les textes des compétences nécessaires, du degré de formation, de la fréquence des mises à jour professionnelles
 5. Favoriser une organisation de soins qui permette aux agents de ne pas se sentir démunis ou dans des interrogations face aux traitements telle que : concordance des horaires avec temps de présence des IDE, administration pendant les repas, si travail de nuit, avoir un temps de transmissions
 6. Permettre aux soignants de toujours identifier les traitements qu'ils administrent avec possibilité de contrôle sur la prescription en cas de doute
 7. Inclure cette information dans le livret d'accueil des nouveaux soignants
 8. Procéder à la mise à jour régulière des protocoles et de leur diffusion auprès des équipes
 9. En cas de changement de traitement ou autre modification, informer le personnel pour qu'il ne soit pas surpris d'un changement d'aspect, de couleur ou de quantité
 10. Faire des réunions d'équipe de sensibilisation aux risques médicamenteux
 11. Former le personnel aux bonnes pratiques d'administration des médicaments

Chapitre III : CONFRONTATION

A. Convergences

Le premier consensus mis en évidence par les entretiens, est que pour les auxiliaires de soins, la formation initiale pourrait être améliorée. En effet, ils s'accordent à dire que leur formation initiale, n'est suffisamment riche et détaillée. Quelle que soit l'année de formation, et le diplôme obtenu AS ou AMP, globalement une insuffisance au niveau de la formation est rapportée.

Ensuite, à plusieurs reprises, les personnes interrogées ont fait référence aux interrogations qui naissent face au traitement et ses modalités d'administration. Pourtant, l'auxiliaire de soin ne doit avoir aucun questionnement, tout est supposé être écrit et précisé surtout en l'absence d'IDE. D'ailleurs, si l'on se réfère de nouveau au guide de préparation des PDA, cela débute par le pharmacien ²¹qui doit fournir à l'EHPAD les modalités de fonctionnement de la PDA (sous forme de procédure ou de fiche technique) :

- Instruction d'utilisation de l'emballage de PDA ;
- Procédure en cas de conditionnements manquants ou perdus ;
- Inclusion de produits nouvellement prescrits ;
- Mode de conservation des conditionnements ;
- Instructions nécessaires à une bonne observance et compréhension de la prescription (article R.5125-51 et R.5125-52 du CSP) : - conseil sur le bon usage du médicament pour le personnel soignant ; - modalités particulières de prise ; - liste des médicaments broyables ; - liste d'équivalence princeps-génériques ; - notices des médicaments.

Une autre AS s'interrogeait sur la stabilité des traitements préparés dès 14h dans sa structure. Là encore, un éclairage est apporté par le guide de préparation des PDA²² : « Pour des raisons de stabilité, les formes buvables ne doivent pas être mélangées entre elles.

²¹ « *Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux mission qualité et sécurité des activités pharmaceutiques et biologiques* », 2017 , ARS Provence-Alpes côte d'azur, p.23

²² ibid

Pour les prises du soir, en l'absence d'IDE dans l'établissement, il est admis que les solutés, gouttes ou sirops buvables soient préparés par les IDE en fin de journée, mis dans des petits récipients fermés au nom du patient, selon les données de stabilité de chaque produit. Au moment de l'aide à la prise, les AS ou AMP ajouteront la quantité d'eau suffisante pour diluer le médicament. En dehors de ce cas, les gouttes ne doivent pas être préparées à l'avance. »

Une autre idée assez redondante, le déroulement de la prise des traitements dépend de l'infirmière présente. Certaines aides-soignantes se plaignent du manque d'information donné par l'IDE. Pourtant il s'agit d'une pratique qui gagnerait à être standardisée et personnalisée, elle ne devrait pas dépendre du personnel en poste mais du résident. Dans ce contexte, si l'on se réfère au retour d'expérience ²³partagé par le centre hospitalier de Monfort-sur-Meu, avant de réaliser l'aide à la prise, l'auxiliaire de soin devrait : » Toujours prendre en compte les transmissions IDE : heures et modalités de prise : quand, comment par rapport au repas (début, milieu, fin). Par ex : ne pas administrer en même temps que le laitage (ex : Fosamax®) ou ne pas mettre dans la compote (interaction avec le médicament) – S'assurer que le traitement soit préparé dans un pilulier ou dans un contenant identifié (dé-blistérisé) au nom du patient sur plateau repas. »

Ensuite, une des AS rajoutait que le fait de chercher des médicaments en dehors des piluliers lui rajoutait non seulement du travail mais qu'elle n'était pas au clair avec ce procédé, elle préférerait que tous les traitements se trouvent dans le pilulier. Dans son mémoire²⁴, le DR BERNARD-FERNIER rappelle que « idéalement, la PDA devrait se faire dans un pilulier suffisamment grand pour contenir non seulement gélules et comprimés dans leur conditionnement primaire, mais aussi petits sachets, patchs, ampoules.), nettoyé et désinfecté régulièrement, comportant à côté du nom du résident sa photographie, pour une meilleure identification (par exemple au cas où l'administration se ferait par du personnel intérimaire). »

²³ « *Organisation des médicaments en EMS : qui, que, quoi, comment ?* », centre hospitalier de Monfort-sur-Meu, omedit Bretagne, p.17

²⁴ Dr Marie-Françoise BERNARD-FERNIER, « *Dispensation et administration des médicaments en EHPAD* » 2007/2008, p.27

L'une des difficultés évoquées par une AS a été celle du patient qui refusait les traitements sous forme de comprimé et qui souhaitait qu'ils soient écrasés. Si l'on se réfère encore au mémoire²⁵ précédent : » Les systèmes de broyeur « intégré » aux chariots fournis par certains exploitants risquent de présenter l'écrasement des comprimés pour du personnel non formés comme pouvant être fait de façon systématique, ce qui, non seulement n'est pas le cas, mais peut-être dangereux »

B. Divergences

La première divergence concerne l'existence des protocoles. En effet, les professionnels du groupe de discussion, bien qu'exerçant au même endroit, n'étaient pas au fait des protocoles en vigueur.

La seconde se trouve dans l'ambivalence du cadre réglementaire, que les professionnels soulignent également. Le mémoire²⁶ précédemment cité y fait également référence, en soulignant que « *le texte prévoit que la mission de l'aide-soignante est en fait d'apporter le traitement au résident* ». Dans le même temps, il précise « *dans la limite de la qualification reconnue de ces derniers du fait de leur formation* ». Ce document poursuit la réflexion en expliquant le fait que « le texte ne demande pas un contrôle de la part de l'aide-soignante. Or, la personne qui distribue les médicaments doit contrôler avec l'ordonnance le traitement qu'elle administre. Avec l'arrivée massive des génériques, cette tâche de contrôle est complexe pour l'aide-soignante qui ne bénéficie pas de la formation de l'infirmière à l'administration, avec des règles à respecter ». Ceci souligne l'imprécision du cadre réglementaire.

C. Reformulation de la question de recherche

Ma question de départ était : quel rôle peut jouer l'IDEC auprès de ses équipes dans la sécurisation du circuit du médicaments en EHPAD ?

²⁵ ibid

²⁶ ibid p.11

Mes différentes explorations ont mis en évidence le fait que la question n'est pas suffisamment précise. En effet, dès la partie théorique, j'ai constaté que le circuit du médicament englobe de nombreuses étapes. Il n'était donc pas possible de s'attacher à la totalité d'entre elles. Il m'est donc apparu que je devrais me concentrer sur l'administration du médicament.

Ensuite, il fallait déterminer clairement la population cible. Même si l'administration fait intervenir l'ensemble de l'équipe, il ne m'était pas possible d'interroger les IDE qui font la préparation, les auxiliaires qui administrent et l'IDEC qui est responsable de l'équipe de soins. Je me suis donc rendu compte que le terme « équipe » de la question initiale nécessitait d'être précisé. Compte tenu des éléments trouvés, les difficultés semblaient être d'avantage liées aux auxiliaires de soins donc j'ai décidé de me concentrer sur eux.

Ainsi, j'ai pu redéfinir ma question de la question suivante : Quel rôle peut jouer l'IDEC auprès des auxiliaires de soins dans l'administration des médicaments des résidents en EHPAD ?

J'ai reconsidéré ma question de recherche en m'appuyant sur les éléments indispensables à la compréhension des enjeux de ma question. J'ai ainsi pu définir les axes secondaires suivants :

- Quelles circonstances mettent en difficulté les auxiliaires de soins lors de l'administration des médicaments ?
- Quelles conséquences peuvent découler de cette problématique ?
- Quels moyens sont mis en place pour pallier ses difficultés ?

Conclusion

Partant de ma question de recherche centrale, « **Quel rôle peut jouer l'IDEC auprès des auxiliaires de soins dans l'administration des médicaments des résidents en EHPAD ?** », j'ai pu acquérir des connaissances sur l'acte d'administration des médicaments en EHPAD.

La démarche suivie consistait en l'approfondissement du circuit du médicament pour comprendre son fonctionnement et les éléments indispensables à sa bonne tenue. Ensuite, expliciter la législation relative à cet acte tant pour les IDE que pour les auxiliaires de soins qui en dépendent en abordant les concepts essentiels comme la notion d'acte de la vie courante et les principales sources d'erreurs médicamenteuses ont permis de dégager les éléments nécessaires pour préparer le guide d'entretien.

La deuxième partie de ce travail qui consistait à interroger des auxiliaires de soin m'a permis d'acquérir une réflexion professionnelle qui m'aide à mieux appréhender le rôle de l'IDEC. Je considère véritablement les auxiliaires de soins comme des témoins privilégiés et j'ai particulièrement apprécié le fait d'articuler ce travail autour d'eux sachant que l'accent est le plus souvent mis sur les IDE. Ceci m'a permis d'avoir un angle de vue différent et de fait me permet d'avoir une réflexion professionnelle plus large. L'administration du médicament est un processus complexe duquel de multiples erreurs peuvent subvenir. Actuellement, il est réduit à la simple exécution d'une tâche pour l'AS, et c'est précisément le levier qu'il faudrait améliorer.

Piste d'amélioration

Dans son article, décrivant les missions de l'infirmière coordonnatrice en EHPAD, le Conseil de l'ordre des IDE reprend qu'« *Elle accompagne et assure le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants aides-soignants, AMP, IDE* ». Cet axe gagnerait à être développé pour évoluer vers une amélioration de la qualité et du contenu de la formation des auxiliaires de soins. Aussi, les récentes revalorisations de carrières des AS dans le cadre du Ségur de la santé avec refonte de la formation initiale devraient être approfondis pour intégrer de nouveaux enseignements tels que la pharmacologie.

Suite aux difficultés relevées dans ce travail, même s'il est vrai que l'EHPAD constitue le lieu de vie des résidents et qu'à ce titre, ils ne disposent pas de bracelet d'identification, évoluer vers un système électronique d'enregistrement²⁷ de l'administration des médicaments serait peut-être un bon moyen d'aider l'ensemble du personnel soignant. Pour rappel, « *Le plan électronique d'administration des médicaments est alimenté directement par le logiciel de prescription du médecin, et permet au personnel infirmier de prendre connaissance de la prescription, de produire des alarmes afin de rappeler aux soignants les traitements qui restent à administrer à chaque patient, et rend lisible l'enregistrement de l'administration pour tout membre de l'équipe de soins. Lorsqu'un médicament doit être administré à un patient, l'infirmier(ère) utilise un lecteur portable sans fil, pour scanner le code-barres de chaque dose unitaire à administrer, puis il (elle) scanne le code-barres sur le bracelet d'identification du patient.* »

²⁷ « **Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments** », HAS, mai 2013

Bibliographie

1. Articles

- « *Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-social* », ARS Rhône Alpes, mars 2017
- Société française de pharmacie clinique, « *La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés, une méthode d'amélioration de la qualité des soins* », 2014, p.11
- « *Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient, la délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé* », ANAP, p.19
- Guide régional « *circuit du médicament en EHPAD, sécuriser le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)* » ARS Auvergne-Rhône-Alpes, mars 2012, mis à jour septembre 2017, p.20
- « *Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments* », HAS, mai 2013, p.21
- « *Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en EHPAD et autres établissements médico-sociaux, mission qualité et sécurité des activités pharmaceutiques et biologiques* », ARS Provence-Alpes côte d'azur, 2017, p.23
- « *Organisation des médicaments en EMS : qui, que, quoi, comment ?* », centre hospitalier de Monfort-sur-Meu, omedit Bretagne, p.17

- Dr Marie-Françoise BERNARD-FERNIER, « *Dispensation et administration des médicaments en EHPAD* », 2007/2008, p.27
- Rapport du DR Philippe VERGER, « *la politique du médicament en EHPAD* », septembre 2013
- « *Sécurisation du circuit du médicament* », DU MEDCO-IDEC, avril 2022, p.14
- « *Recommandation sur l'écrasement des médicaments en Gériatrie* », mai 2010
- www.medix.free.fr

2. Textes législatifs

- a. Code de la santé publique : www.legifrance.gouv.fr
 - **R4312-36**
 - **article R. 4235-48 du CSP**
 - **l'article R. 4311-5**
 - **l'article R. 4311-4**
- b. Code de l'Action Sociale et des Familles
 - **Article L. 313-26**
 - **article L. 312-1**

3. Image de couverture

Projet de loi 90, « *administration de médicament et soins d'assistance invasifs (règles et procédures)* », novembre 2021

QUESTIONNAIRE

A. Profils des participants

Q1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- 20-30ans
- 31-40ans
- 41-50ans
- 50ans et plus

Q2. De quand date votre formation ?

- 1 an
- 2 à 5 ans
- + de 5ans

Q3. Quel poste occupez-vous ?

- AS
- AMP

Q4. Travaillez-vous de jour ou de nuit ?

Q5. Quel est la capacité d'accueil de votre établissement en termes de résident ?

- - de 30 résidents
- Entre 30 et 50 résidents
- + de 50 résidents

B. Administration des médicaments

Q6. Comment cela se passe en pratique quand l'infirmière vous demande d'administrer des traitements aux résidents ?

Q7. Quelle place cet acte de soin occupe-t-il dans votre temps de travail ?

Q8. Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors d'une administration de médicaments, si oui, lesquelles ?

Q9. Une surveillance de la prise effective du médicament, est-elle réalisée ?

Q8. Etes-vous formés à l'administration des médicaments des résidents ?

Q10. Avez-vous connaissance de la législation qui encadre l'administration des médicaments en EHPAD ?

Q11. Avez-vous des supports à disposition ?

Q12. Selon vous, quelles améliorations peuvent être apportées pour mieux vous accompagner ?

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ECLAIRE

Je soussigné... ..déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : *Quel rôle peut jouer l'IDEC auprès des auxiliaires de soins dans l'administration des médicaments des résidents en EHPAD ?*

Promoteur : Université Paris Descartes

Investigateur principal: PIRER Laurie dans le cadre de la formation d'Infirmière Coordinatrice en EHPAD

But de l'étude : recueillir le témoignage des auxiliaires de soins concernant la question de l'administration des médicaments en EHPAD

Engagement du participant : l'étude va consister à échanger au cours d'un entretien semi-directif sur le sujet précédemment cité

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale.

La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme. Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à..... Le

en 2 exemplaires Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

RESUME

Le médicament est incontournable dans la vie de nos aînés. Les règles qui régissent son administration présentent des spécificités au niveau de l'EHPAD. Entre responsabilité IDE et collaboration Infirmier/auxiliaires de soins, l'interpellation est née.

L'IDEC étant le garant des bonnes pratiques, la question initiale s'est dessinée : quel rôle peut jouer l'IDEC auprès de ses équipes dans la sécurisation du circuit du médicaments en EHPAD ?

L'exploration théorique a permis de poser le cadre légal et définir les limites de l'administration des traitements par les auxiliaires de soins en EHPAD. Elle a été complétée par l'exploration pratique concentrée autour de 4 entretiens qui ont fait émerger la réalité du terrain.

Il a notamment permis de mettre en lumière la nécessité d'un accompagnement des professionnels de terrain par l'infirmière coordonnatrice afin de sécuriser cette prise en soin tant pour le personnel que pour le résident. La question du circuit du médicament étant très vaste, il a fallu resserrer le sujet et se positionner sur l'administration proprement dite.

La question de recherche s'est donc vue affinée : « Quel rôle peut jouer l'IDEC auprès des auxiliaires de soins dans l'administration des médicaments des résidents en EHPAD ?

ABSTRACT

Medication administration is key for our elders. It's rules present some specificities related to the role of the nurse coordinator and nursing auxiliary in nursing homes. This is what prompted me to explore the topic even further.

As a nurse coordinator having to lead by example, the initial question was : what role can the nurse coordinator play informing her team while ensuring medicine are kept secure during the whole securing circuit in a nursing home ?

The literature available provided information about the law related to the topic, and to define the limitations. 4 interviews took place to observe and confirm what is being done on a daily basis.

The observation highlighted the need for a nurse coordinator to be there and work alongside the professionals to ensure the process is secure. This would benefit both professionals and patients.

The medication circuit being quite board, the focus was then reduced to the medication administration itself. The research question is the following : what role can the nurse coordinator play informing her nurse auxiliary while ensuring medicine are kept secure during the whole administration circuit in a nursing home ?

ⁱ D'après le « *formulaire type de consentement éclairé* » Fernandez & Catteeuw, 2001