

# JOURNÉES RÉGIONALES EHPAD

**"Comment répondre aux  
exigences du référentiel HAS  
sur le circuit du médicament ?"**



17 et 18 octobre 2023

# Connectez-vous à wooclap



Comment participer ?



1 Allez sur [wooclap.com](https://wooclap.com)

2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement  
**NCMUXR**



1 Envoyez **@NCMUXR** au **06 44 60 96 62**

2 Vous pouvez participer

# Matin

## ❖ **Allocution d'ouverture (9h30-9h45)**

Docteur Emmanuelle ODINET-RAULIN Médecin ARS Normandie

## ❖ **Appréhender le référentiel HAS pour l'évaluation de la qualité dans les établissements du secteur médico-social (9h45-10h15)**

Docteur Emmanuelle ODINET-RAULIN et Cyril MAGNAN pharmacien OMÉDIT Normandie

## ❖ **Outils d'accompagnement et clés organisationnelles (10h15-10h35)**

Céline BOUGLE, pharmacien OMÉDIT Normandie et Albane CHEREL pharmaciens OMÉDIT Normandie

## ❖ **Comprendre les enjeux autour du circuit du médicament : mise en situation sur les rôles et responsabilités des acteurs (Mises en situations sur : aide à la prise, traçabilité, écrasement, gouttes buvables, stupéfiants, dotation pour besoins urgents...) (10h35-11h30)**

Céline BOUGLE et Albane CHEREL pharmaciens OMÉDIT Normandie

## ❖ **Gestion des risques : pourquoi et comment déclarer ? (circuit de signalement et analyse collective, principaux facteurs contributifs comme les interruptions de tâche...) (11h30-12h00)**

Sophie FEDRIZZI et Nathalie MASSY CRPV Caen et Rouen et Typhaine LE ROUX ARS Normandie

## ❖ **Comment réduire les interruptions de tâches sur l'étape d'administration ? (12h-12h30)**

Yamina DIDANE, IDEC et Geneviève GUIOC, Directrice EHPAD La Haye-Montsenelle (Caen)/Florence GUBIN, médecin coordonnateur, EHPAD Forges-Les-Eaux (Rouen)

# Après-midi

## ❖ **Pourquoi et comment optimiser la pharmacothérapie des résidents en EHPAD ? (14h-15h)**

Docteur Florence GUBIN Gériatre/Sandie FAUCK-BRUNET Médecin coordonnateur et Albane CHEREL pharmacien OMÉDIT Normandie

## ❖ **Mieux encadrer les rôles et responsabilités par l'élaboration de protocoles de délégation ou de coopération (15h-15h20)**

Geneviève DELACOURT ARS Normandie

## ❖ **Convention EHPAD Officine : place du pharmacien référent (15h20-16h)**

Sébastien LEDUNOIS président URPS pharmaciens/Mathieu PEUGNET, pharmacien d'officine Darnetal

## ❖ **Prise en charge des plaies chroniques, outils d'aide à la décision et téléconsultation (16h-16h30)**

Dr Priscille CARVALHO /Severine DECHAMPS

## ❖ **Remerciements et clôture (16h30)**

Docteur Emmanuelle ODINET-RAULIN Médecin ARS Normandie

# Contexte

Le Projet Régional de Santé (PRS)

Le circuit du médicament : un macro-processus complexe

Les erreurs médicamenteuses

Quelques constats en région et au niveau national

# 1<sup>er</sup> enjeu normand

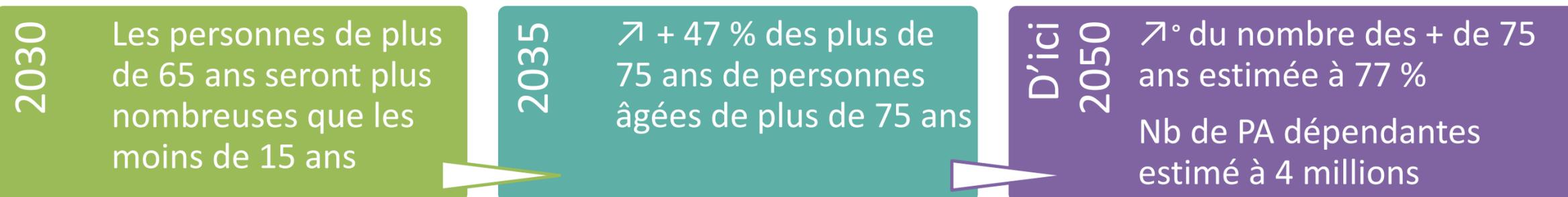
ENJEU RÉGIONAL N°1 : LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : UN ENJEU D'ACCOMPAGNEMENT FORT EN NORMANDIE

**Indice de vieillissement nettement supérieur (88,5) à France métropolitaine (83,8)**

**Projections démographiques = accélération du vieillissement**, avec disparités territoriales (Orne et Manche)

**Augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus = 47 % à l'horizon 2035**

-> transition démographique majeure nécessitant une **nouvelle réponse qualitative et quantitative de notre système de santé.**



Part des + de 75 ans dans population générale : 10 % en 2022 à 18 % en 2050

**En Normandie : 383 EHPAD (34 231 places) ; 119 SSIAD et SPASAD**

# Panorama des EIGS déclarés sur les produits de santé

**Globalement : une sous déclaration des évènements indésirables graves comme non graves**

## L'étape d'administration concentre toujours le plus d'EM :

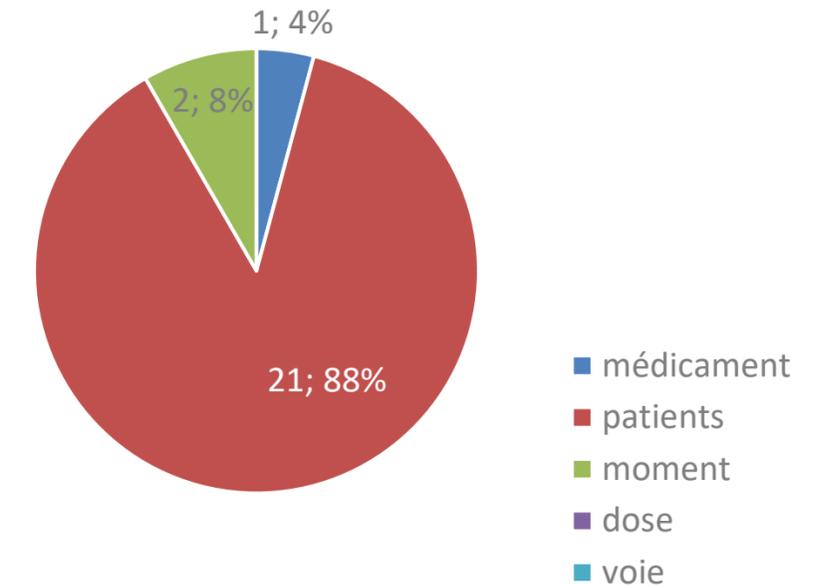
- **Erreur de résident en particulier lors de l'aide à la prise** (inversion de traitements, absence de surveillance des résidents/traitements remis)

## Des facteurs contributifs connus :

- **Non respect des bonnes pratiques à toutes les étapes** de la prise en charge
- Erreurs fréquentes **d'identitovigilance**
- Des **erreurs de calcul, de paramétrage des dispositifs médicaux**  
(ex : pompes, PCA)

## Une majorité des EIGS déclarés surviennent au cours de périodes dites de vulnérabilité

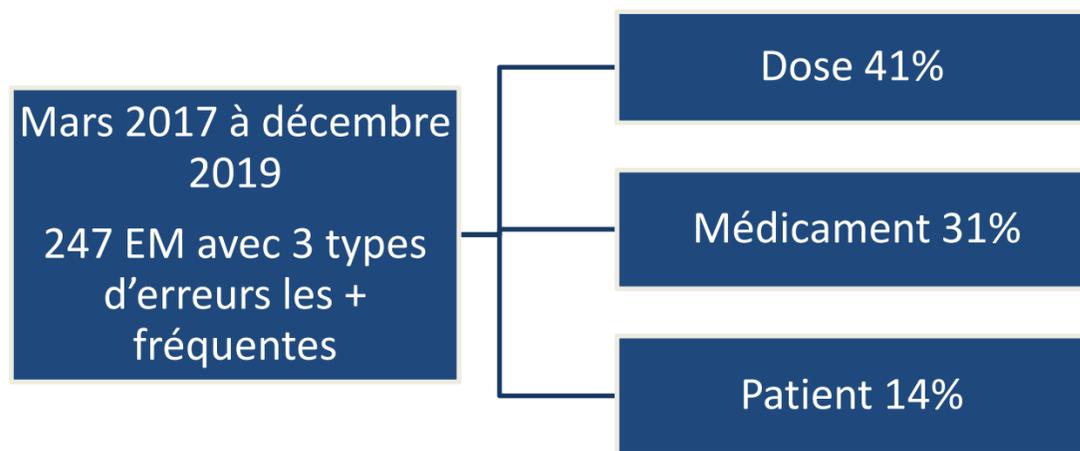
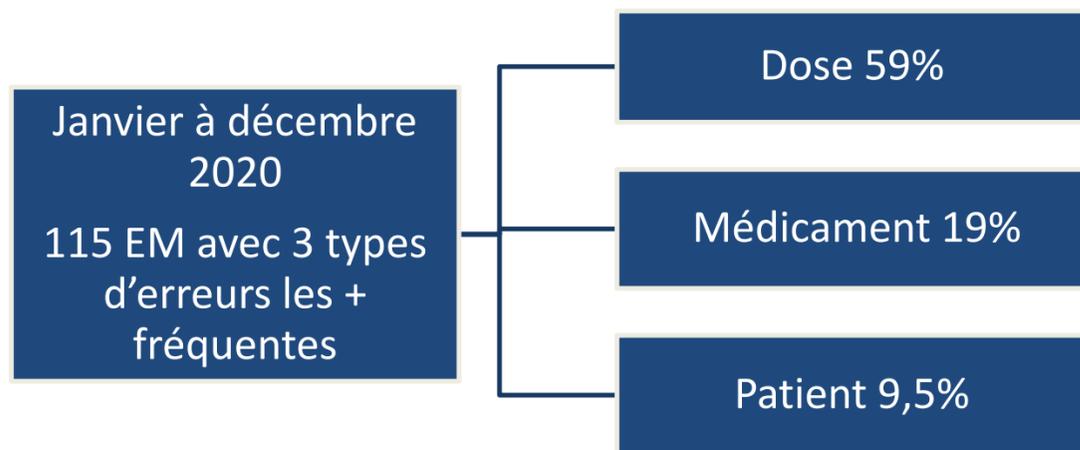
- **Près de 60 % des EIGS déclarés sont survenus au cours d'une période durant laquelle l'organisation des soins est plus vulnérable.**
- Moments durant lesquels la vigilance ou le nombre de professionnels diminuent : **la nuit, les jours fériés, le weekend ou les heures de changement d'équipe** (cf. retour d'expérience national)



**erreurs de dose, de patient et de médicaments sont toujours les erreurs les plus fréquentes et en augmentation**

# EIGS déclarés sur les produits de santé (rapport HAS)

## Analyse comparative des erreurs médicamenteuses (2017-2019/2020)



### Etape initiale de survenue : l'administration reste l'étape concentrant le plus d'EM

Prescription 19%	Dose 63% Médicament 18%
<b>Administration 75%</b>	Dose 60% Médicament 7% Patient 7%
Dispensation 2,5%	Dose 1/3 Médicament 1/3 Patient 1/3
Suivi thérapeutique 3,5%	Dose 3/4

Prescription 28%	Dose 1/3 Médicament 1/4
<b>Administration 65%</b>	Dose 39% Médicament 1/3 Patient 20%
Dispensation 7%	Dose 1/3 Médicament 50%

### Lieu de survenue de l'EM

Structure hospitalière 88%	Dose 52%
<b>Médicosocial 10%</b>	Patient 54%
Ville 2%	Dose 2/2

Structure hospitalière 81%	Dose 54%
<b>Médicosocial 16%</b>	Patient 53%
Ville 3%	Dose 5/7

## Quelques constats en région et au niveau national

### Enjeu de la surconsommation médicamenteuse peu pris en considération

- La plupart des **EHPAD sont en difficulté pour réduire la consommation de médicaments inappropriés** (psychotropes, IPP, anticholinergiques, antihypertenseurs / chuteurs, médicaments en « si besoin », ...)

Resid EHPAD 2018 : 6,6% sous 2 psychotropes; 22,2% hypnotiques, 48% anxiolytiques, 46,8% antidépresseurs, 33,8% sous neuroleptique avec une maladie d'Alzheimer, 4,7% sous benzodiazépine à demi-vie longue

- **Mobilisation / animation inégale**

### EHPAD « remarquables » :

- Projets d'établissement / évaluations / démarches structurées d'amélioration de la qualité
- Pharmacien référent et référents médicaments identifiés
- Participation des résidents et de leurs familles au conseil de la vie sociale (CVS) / actualisation et personnalisation en fonction des résidents
- Temps infirmier transversal ex: « pansements » pour actes techniques complexes ...

## Quelques constats en région et au niveau national

### Ressources et coordination des acteurs

- **Taux d'absentéisme (10% - ANAP) et de rotation élevés** manque de personnel qualifié / glissements de tâches, actes techniques confiés à du personnel sans qualification
- **Manque de personnel médical : 50% Ehpad, sans méd co ou avec un temps insuffisant** conséquences d'autant plus lourdes que les résidents n'ont pas toujours accès à un médecin traitant
- Permanence d'un **infirmier de nuit trop peu développée**
- Fonctions non définies réglementairement des **infirmiers coordonnateurs : rôle essentiel**  
*... ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues, essentiels pour les résidents avec troubles cognitifs*
- **Difficultés de coordination et d'harmonisation de la politique de soins / animation des commissions gériatriques**  
→ Parfois un grand nombre de médecins différents pour un résident

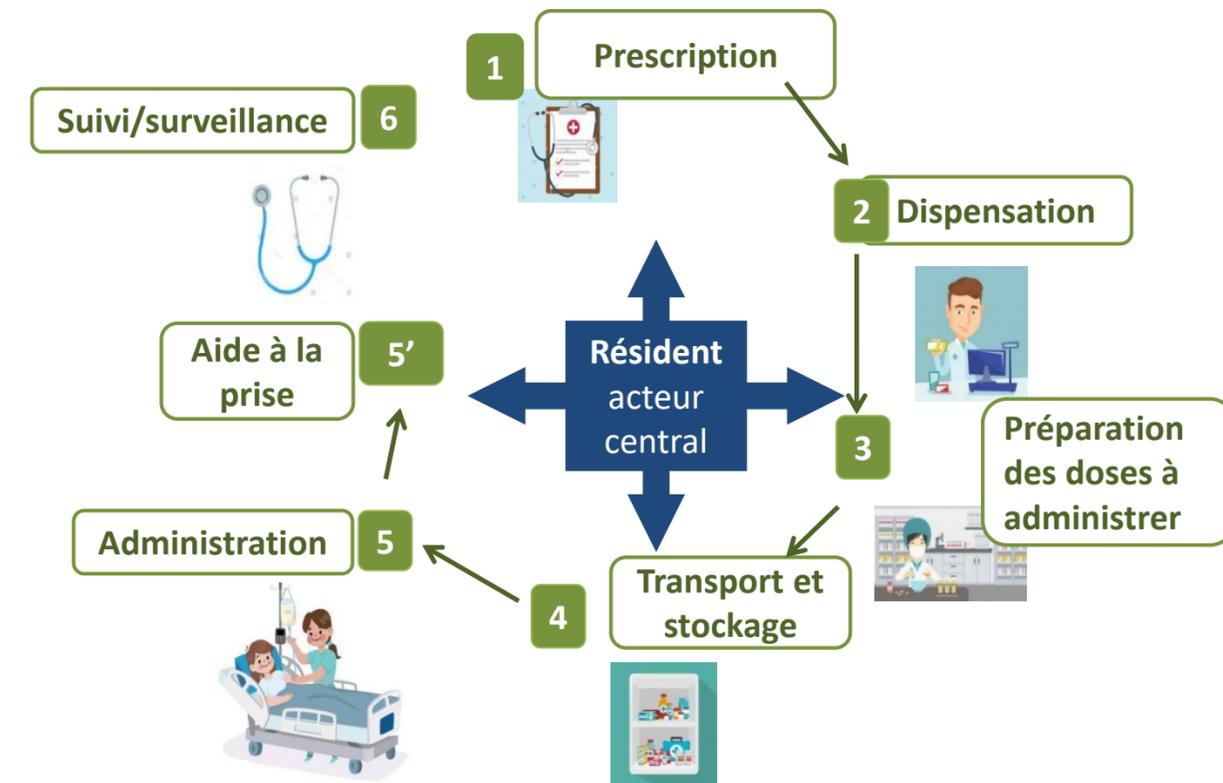
# Un circuit du médicament complexe nécessitant une organisation optimale pour garantir un accompagnement de qualité

## Organisation nécessitant des effectifs de soignants suffisants

- Amélioration de l'organisation du travail et de la répartition des tâches
  - ASH participant aux soins, non réglementaire
  - Personnels « faisant-fonction »
- Renforcement de la qualification et de la formation des personnels, (méd. co, IDE, aides-soignants, AMP)
  - Attractivité des métiers, stabilisation du personnel

## Nécessité de référentiels sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge

- Appropriation des protocoles,
- Temps de formations/sensibilisation,
- Encadrement / compagnonnage,
- Echanges réguliers sur les pratiques



Appréhender le référentiel HAS pour  
l'évaluation de la qualité dans les  
ESSMS

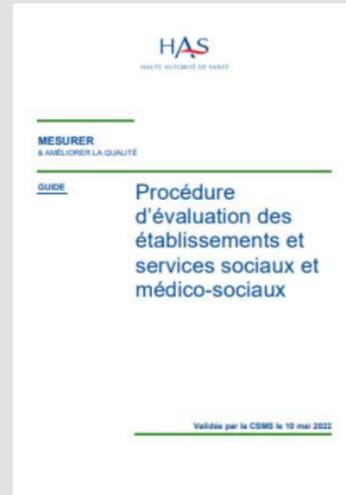
# 1er référentiel d'évaluation national de la qualité des ESSMS depuis le 10 mars 2022 ([Haute autorité de santé – HAS](#))

- Objectif d'accompagner les établissements dans leur **démarche d'amélioration continue des soins et prestations** qu'ils proposent
- **Outil de pilotage** de la mise en œuvre des **auto évaluations**
- Support des **évaluations** qui seront menées **tous les 5 ans** par les organismes **évaluateurs extérieurs accrédités**

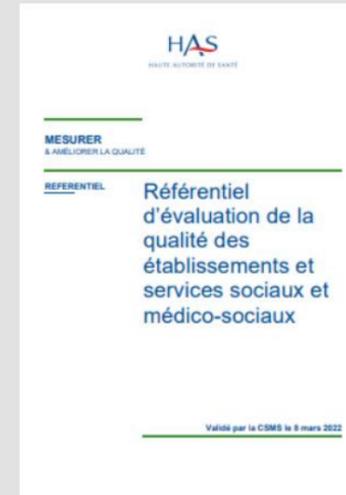


# DISPOSITIF D'ÉVALUATION DES ESSMS

## 3 documents de référence :



La **procédure** apporte des précisions sur les étapes de l'évaluation afin de permettre son déploiement.



Au travers de 157 critères, le **référentiel** répertorie les exigences qui doivent être satisfaites par les ESSMS.



Le **manuel** recense l'ensemble des fiches critères, clarifie leur compréhension et les attendus.

## Méthodes Moyens d'évaluation :



Cette méthode est en lien avec le 1er chapitre du référentiel. Elle porte son attention sur la qualité de l'accompagnement proposé par les professionnels et de sa perception par l'utilisateur.



Cette méthode est en lien avec le chapitre 2 du référentiel. Elle rend compte de la capacité des professionnels à mettre en œuvre et maîtriser un processus.



Cette méthode est en lien avec le 3ème chapitre. Elle porte son attention sur la gouvernance de l'ESSMS en croisant l'analyse de la documentation stratégique et les entretiens avec les instances avec la mise en œuvre par les professionnels des processus sur le terrain.



Ils sont utilisés dans les 3 méthodes et permettent de cibler les éléments à analyser et les attendus.

# FICHES CRITERES

## CRITERE IMPÉRATIF 3.6.2 :

“Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament”

Thématique : **Accompagnement à la santé**

**OBJECTIF 3.6 – L’ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux.**

**CRITÈRE 3.6.2 – Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament.**

Niveau d'exigence : Standard / **Impératif**

Champ d'application : Tous ESSMS / Social / **Médico-social**

**Toutes structures** / Établissement / Service

**Tous publics** / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ



### Éléments d'évaluation

#### Entretien avec les professionnels

- Les professionnels connaissent les règles de sécurisation du circuit du médicament.
- Les professionnels respectent ces règles.

#### Consultation documentaire

- Toutes les procédures liées au circuit du médicament, à toutes les étapes de la prise en charge et à la sécurisation.

#### Observation

- Toutes observations permettant de confirmer le respect des règles de sécurisation des médicaments à chaque étape de la prise en charge. Exemples : condition de transport, livraison ; conditions de stockage : armoire sécurisée, piluliers, ordonnances, sécurisation des stupéfiants, gestion des stocks, etc. ; conditions de distribution, administration, aide à la prise, enregistrements.

### Références

#### HAS – Spécifiques

- Outil d'amélioration des pratiques professionnelles Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2014.
- Outil d'amélioration des pratiques professionnelles Prise en charge médicamenteuse en Ehpad, 2017.
- Guide Le risque médicamenteux au domicile, 2020.

#### Références légales et réglementaires

- Article L5126-1 CSP
- Article R4312-38 et suivants CSP

# METHODE DE L'AUDIT SYSTEME

1 

## Identification de la cible

Les intervenants de l'organisme organisent les différentes séquences pour chacune des thématiques du chapitre 3 et consultent les documents associés.

2 

## Rencontre avec la gouvernance

Sur chacune des thématiques données, les intervenants analysent la stratégie, l'organisation et les actions mises en place par la gouvernance pour s'assurer de la capacité de l'ESSMS à maîtriser et à atteindre ses objectifs.

3 

## Rencontre avec les professionnels

Les intervenants vérifient la bonne diffusion de la stratégie, de l'organisation et des actions de l'ESSMS sur la thématique considérée et sa déclinaison par les professionnels de terrain.

### Objectifs

- Méthode centrée dans un premier temps sur l'évaluation des organisations.
- Puis de leur maîtrise sur le terrain

Fiche pratique N° 5

## CRITERE IMPÉRATIF 3.6.2 :

“Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament”



### Entretiens avec les professionnels

Les médecins prescripteurs,  
Le pharmacien responsable de la dispensation  
Les infirmiers  
Les professionnels AS/AES/AP



### Observations

Prescription,  
Préparation des traitements,  
Traçabilité de l'aide à la prise,  
Respect des bonnes pratiques de stockage,  
...



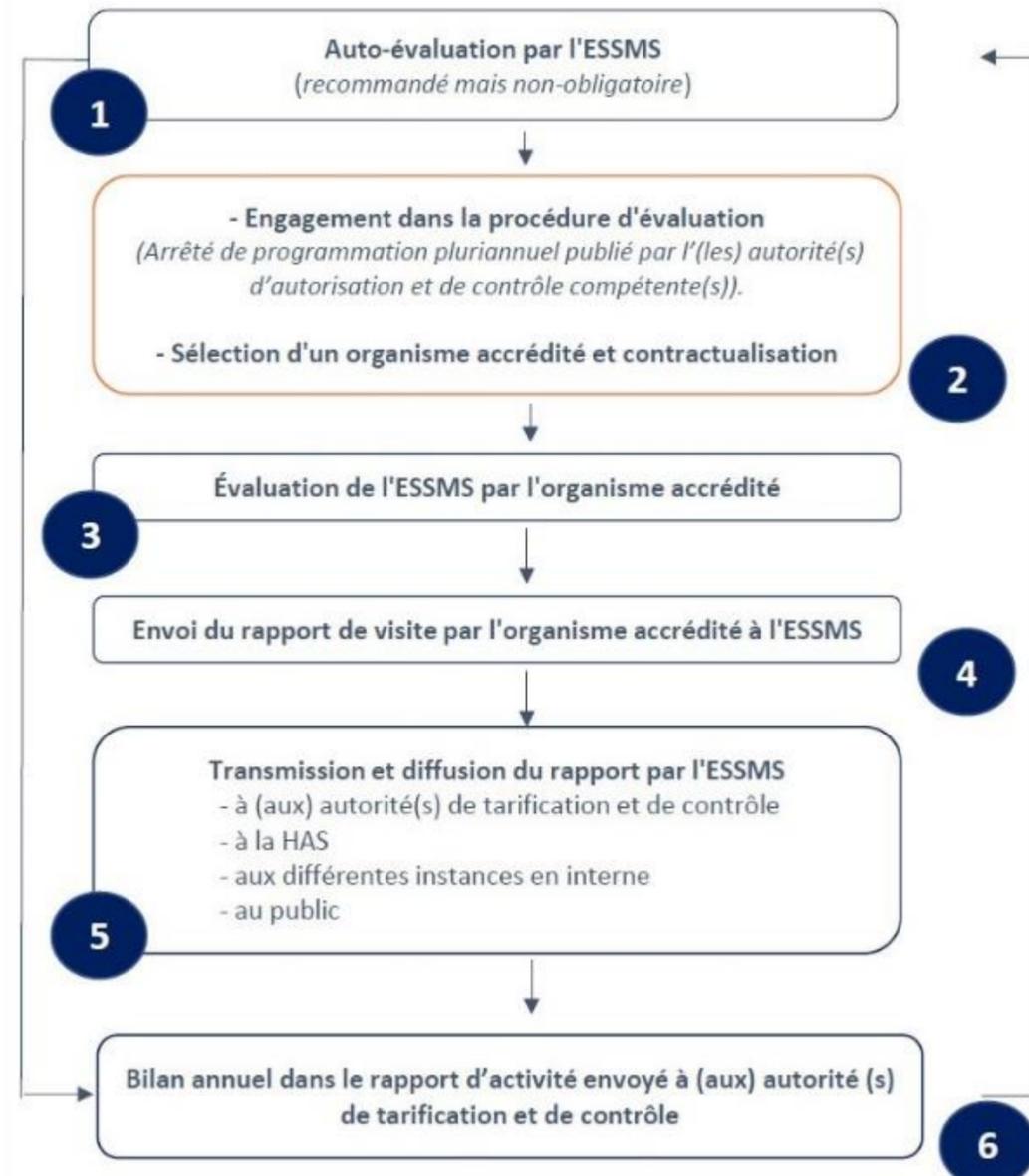
### Consultation documentaire

Procédure circuit du médicament,  
Convention avec une officine,  
Protocoles en lien avec la préparation, l'administration, la traçabilité,  
Procédure de déclaration d'évènements indésirables,  
...

# DISPOSITIF D'ÉVALUATION DES ESSMS

## 6 étapes d'évaluation :

### L'évaluation des ESSMS en 6 étapes



## Rapport d'évaluation

Remis par l'organisme à l'ESSMS à l'issue de la visite d'évaluation

Composé de 6 grands éléments :

1. la présentation de l'ESSMS évalué ;
2. la **cotation des différents critères et objectifs du référentiel** ;
3. un **focus sur les critères impératifs** ;
4. une **synthèse par chapitre** des différentes thématiques du référentiel d'évaluation ;
5. le **niveau global atteint** par l'ESSMS ;
6. les **observations** émises par l'ESSMS.

ESSMS transmet ensuite à l'HAS et aux autorités de tarification et de contrôle  
ESSMS va pouvoir enrichir et prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre  
dans la structure.

## Une plateforme Synaé pour ESSMS

- Réaliser des auto-évaluations, en s'appuyant sur les critères du référentiel qui leur sont applicables, et d'en extraire les résultats pour alimenter leur plan d'amélioration de la qualité
- Engager leur démarche d'évaluation par un organisme figurant sur la liste publiée par la HAS

# QUESTIONS



**Question n°1 :** Avez-vous eu votre évaluation externe ? *(Oui/Non)*

**Question n°2 :** Avez-vous déjà réalisé une auto-évaluation du chapitre 3 en lien avec la méthode d'évaluation audit système ? *(Oui et j'ai mes axes d'amélioration/Oui mais elle n'est pas finalisée/Non pas encore)*

**Question n°3 :** Disposez-vous des documents de preuves à fournir à l'évaluateur ? *(Oui, tous les documents sont prêts et actualisés/A améliorer, il reste encore du travail à fournir sur le sujet/Non pas du tout)*

**Question n°4 :** Les parties prenantes (gouvernance, professionnels, CVS) sont-elles sensibilisées à la démarche d'évaluation ? *(Oui, ils sont tous sensibilisés/Partiellement, toutes les parties prenantes ne sont pas encore sensibilisées/Non pas du tout)*

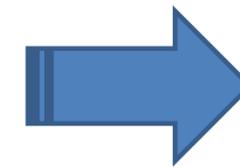
# Outils d'accompagnement et clés organisationnelles

# Accompagnement RESOMÉDIT FORAP

## CRITERE IMPÉRATIF 3.6.2 :

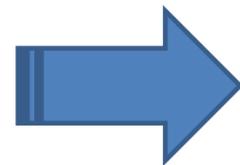
“Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament”

Document de 13 pages construit sur la base des éléments du référentiel et du manuel d'évaluation ESSMS



Fiche MEMO : Evaluation Circuit du médicament

Un fichier dynamique sur l'ensemble des outils RESOMÉDIT disponibles en libre accès



RESOMEDIT : Outils par critère

Critère de référentiel	Niveau d'exigence	Secteur	Catégorie	Outils	Diffusion	Intitulé / descriptif
1.15.3 La personne bénéficie d'un accompagnement adapté en cas de refus de soins.	Standard	médico-social	PA/PH	Fiche	National	Fiche pratique Aide à la Prise / Bonnes pratiques
1.15.4 La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.	Standard	médico-social	PA/PH	Formation	National	Entretien de compréhension OMA3E
1.15.4 La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.	Standard	médico-social	Personne âgée (PA)	Formation	Régional	Formation OPTIMEDOC
1.15.4 La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.	Standard	médico-social	PA/PH	Formation	National	Formation OFPA
1.15.4 La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.	Standard	médico-social	PA/PH	Kit	National	RCP OFPA - Plan de médication partagé
1.15.4 La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.	Standard	médico-social	PA/PH	Fiche	National	Fiches d'information patient et carcer (en français et anglais)
1.15.4 La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.	Standard	médico-social	PA/PH	Fiche	National	Fiche patient : besoins/aspéres, IPP, ADO, arthéropathies

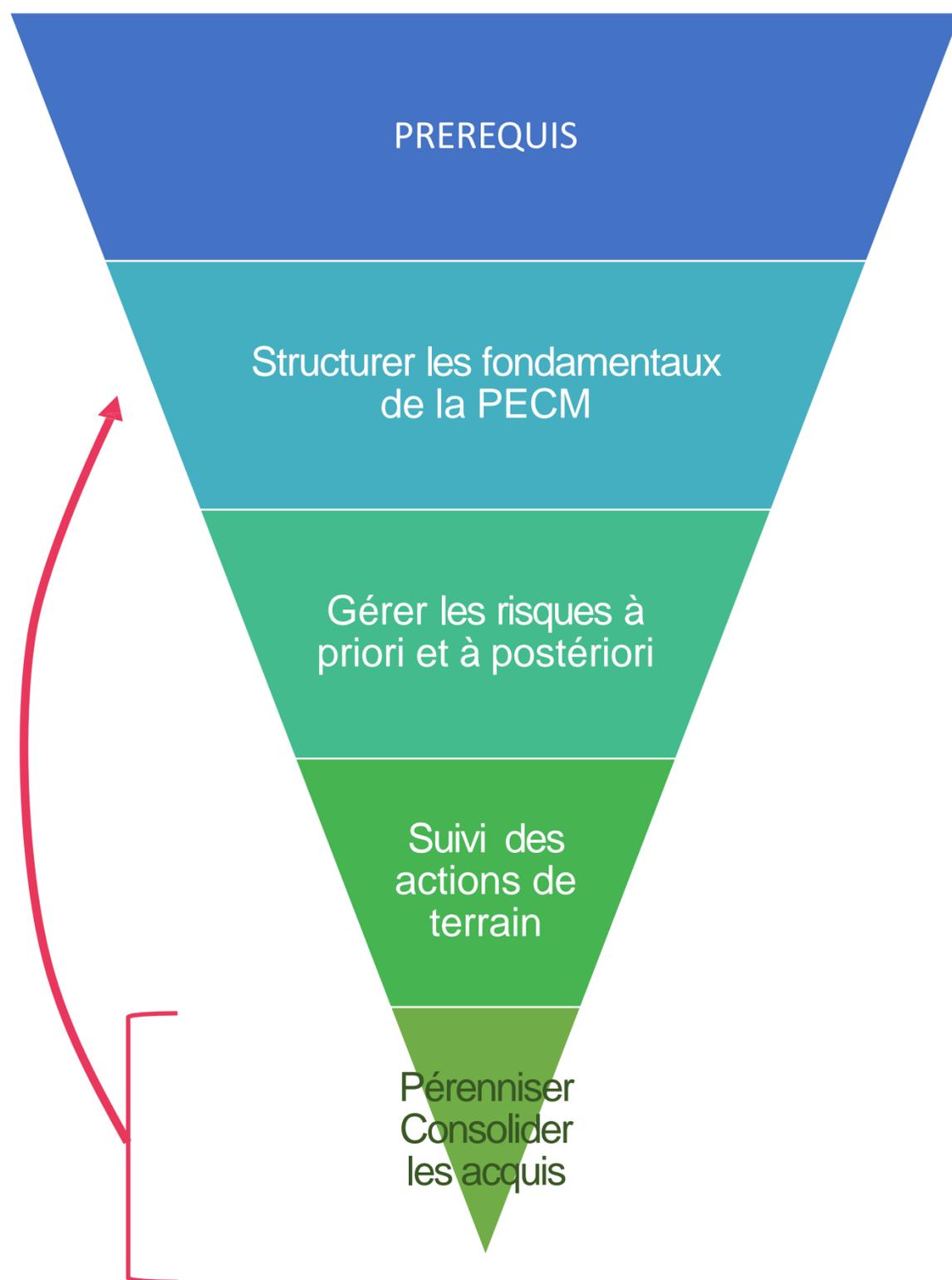
## CRITERE IMPÉRATIF 3.6.2 :

**“Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament”**

Etapes : prescription, dispensation, stockage (dont médicaments thermosensibles, stupéfiants), la préparation (dont adaptation pour voie orale en cas de troubles de la déglutition : formes buvables, traitements écrasés), le contrôle des doses à administrer, l'administration/aide à la prise, la traçabilité et la surveillance de la personne.

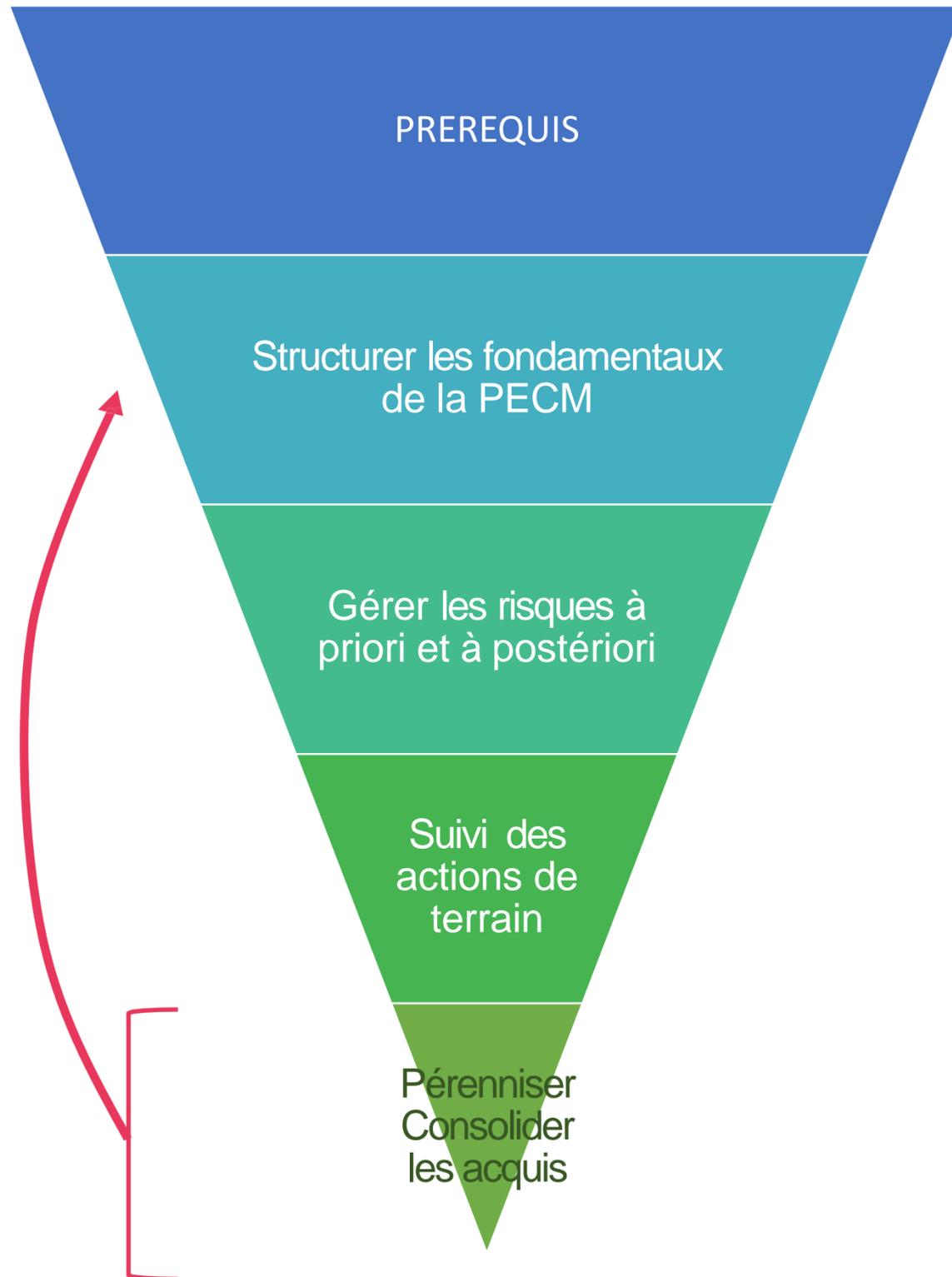
- **La PECM s'appuie sur une politique de gestion du risque médicamenteux définie au sein de l'ESSMS.**
- Ce processus complexe implique un nombre important de professionnels tous acteurs : médecin coordonnateur, médecins, pharmacien(s), cadre de santé / IDEC, IDE, AS/AES/AP/AMP.
- Le **rôle et les responsabilités de chaque intervenant sont définis**, conformément à la réglementation.
- Les **professionnels sont formés/sensibilisés aux bonnes pratiques et à l'organisation** de la PECM au sein de l'ESSMS.
- La ***continuité de la PECM*** au sein de l'ESSMS et tout au long du parcours de la personne **est organisée**.
- Les **risques spécifiques** à la PECM **sont identifiés** et des **éléments de sécurisation sont mis en œuvre**.
- Une **politique de gestion de ces risques permet l'identification d'évènements indésirables, leur déclaration** en interne ou externe selon la gravité, **leur analyse et la mise en place d'actions correctives et leur suivi**.

# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !



0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des évènements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !

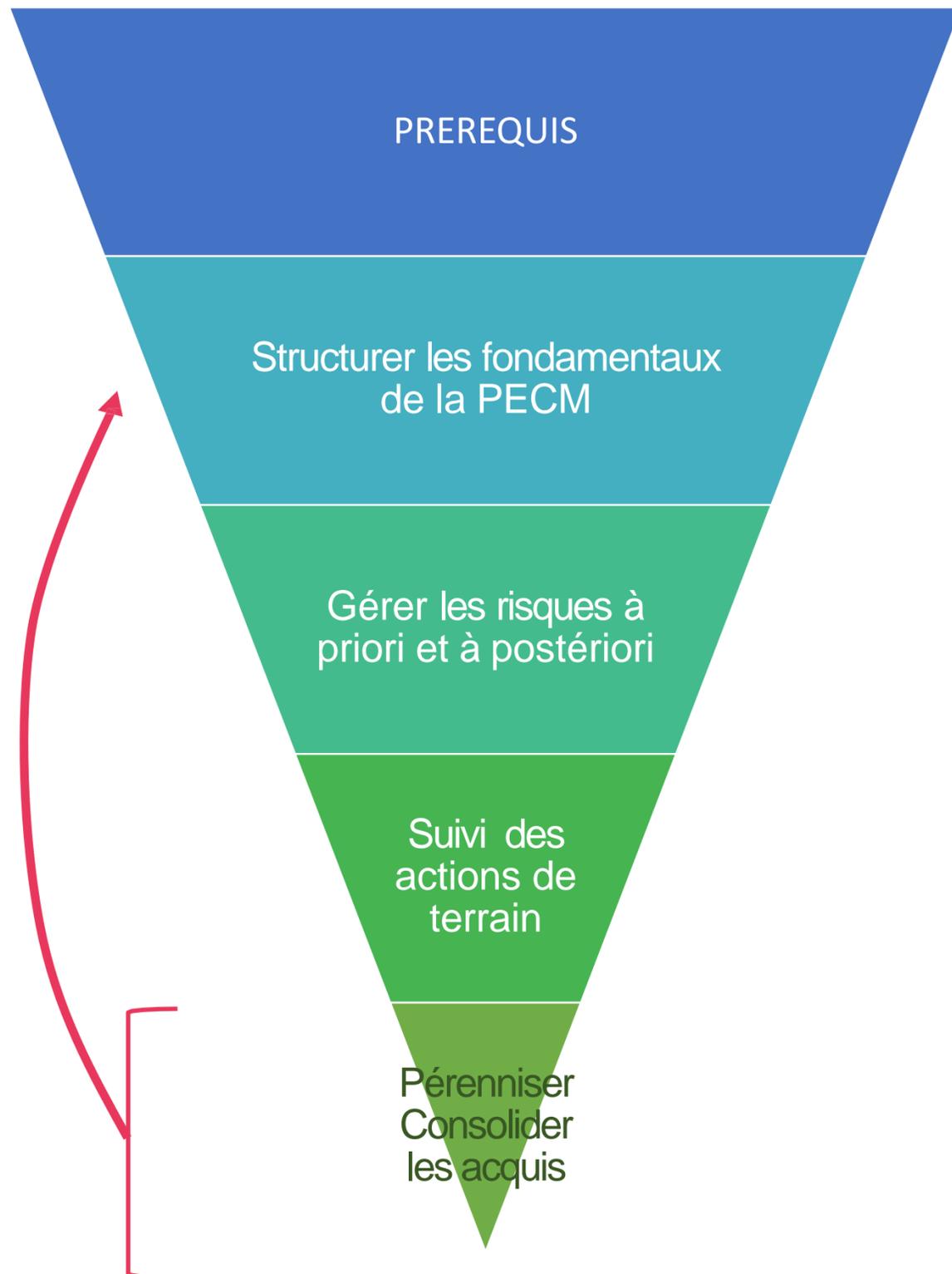


Retrouvez les outils associés cette méthodologie sur notre page internet dédiée :

[boîte à outils ESSMS : Evaluation](#)

[HAS](#)

# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !



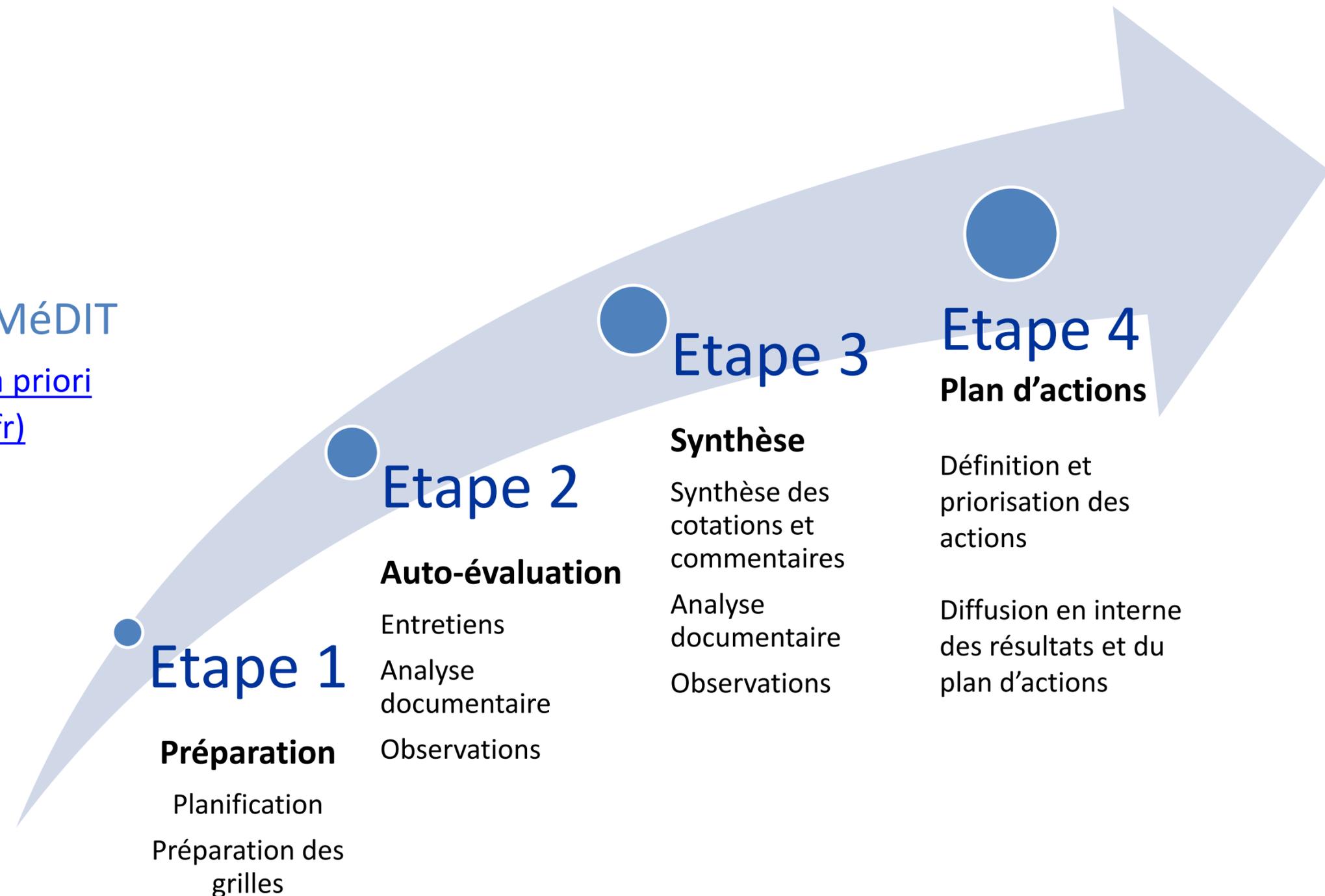
0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des évènements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

# Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM

## En 4 étapes



Grille d'audit OMÉDIT  
Qual'Va : [Risque à priori](http://omedit-normandie.fr)  
([omedit-normandie.fr](http://omedit-normandie.fr))



# Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM

Exemple des 41 EHPAD inscrits dans l'accompagnement régional d'un an : 36 audits flash reçus : (au 06/03/2023)

AUDIT FLASH	% d'avancement de la démarche d'amélioration		
	Etape 1	..../..	..../..
Date de réalisation de l'audit flash	Etape 1	..../..	..../..
Résultat de l'audit flash	52,09%	NC	NC
Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM	48,56%	NC	NC
Evènements indésirables	64,06%	NC	NC
Protocoles / procédures	50,79%	NC	NC
Formation / Information	51,19%	NC	NC



Grille d'audit OMéDIT Qual'Va : [Risque à priori \(omedit-normandie.fr\)](http://omedit-normandie.fr)



# Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM

Stratégie et enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM)		
1	Une politique qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse est validée dans le projet d'établissement	53,36%
2	L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale	16,06%
3	Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement	63,72%
4	L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses	49,58%
5	L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous	44,06%
6	L'établissement a constitué et réuni un comité PECM	46,17%
7	Le médecin coordonnateur, en lien avec le pharmacien référent, définit les objectifs spécifiques à votre établissement pour améliorer certaines pratiques de prescription (médicament potentiellement inappropriés comme IPP, psychotropes..., adaptation de posologie /forme galénique...)	31,06%
8	L'établissement réalise une évaluation de la PECM avec une périodicité définie	39,64%
9	Un plan d'action personnalisé est mis en place à la suite d'un auto-diagnostic, de l'analyse des événements indésirables et des situations à risque	44,14%
10	Les résidents présentant des risques dans la prise en charge médicamenteuse sont identifiés	67,17%
11	Les professionnels dans votre établissement ont coconstruit la stratégie de prise en charge de la douleur des personnes accompagnées avec une réévaluation régulière	56,14%
12	Vous avez identifié dans votre établissement des médicaments "à risque" (anticoagulant, insuline, médicament stupéfiant ou assimilé stupéfiant (ex: Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Midazolam...)) et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration	64,42%
13	Vous avez une stratégie pour limiter l'antibiorésistance et le recours aux antibiotiques critiques qui sont particulièrement générateurs de résistances bactériennes (ex dans les infections urinaires)	30,09%
14	Pour les établissements sans pharmacie à usage interne (PUI), une convention existe entre votre établissement et la pharmacie d'officine.	74,24%
	Pour les établissements avec PUI, une procédure définit les liens organisationnels avec la PUI	

# Quelle est votre Organisation ?

**Question n°2 :** votre EHPAD a-t-il identifié un référent “médicament” ? *(Oui/Non)*

**Question n°3 :** un comité “médicament” a-t-il été constitué permettant de définir et mettre en oeuvre des actions autour de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse ? *(Oui/Non)*



# Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM

Evènements indésirables		
15	Une fiche de signalement des évènements indésirables médicamenteux est à disposition des professionnels	82,22%
16	L'équipe soignante est sensibilisée et incitée au signalement des évènements indésirables liés aux médicaments ou dispositifs médicaux. Une procédure existe, est connue et facilement consultable. Une charte d'incitation à la déclaration ou document équivalent existe	67,33%
17	Une analyse collective des évènements indésirables est-elle organisée. Un plan d'action avec pilote, suivi et délai est mis en place	52,47%
18	Une communication sur le traitement des évènements indésirables est organisée	50,67%
19	Les évènements indésirables graves médicamenteux sont signalés sur le portail national	67,62%
Protocoles / procédures		
20	Il existe une procédure générale et des protocoles sur l'ensemble du processus de prise en charge médicamenteuse définissant les responsabilités de chacun, actualisés/revalidés régulièrement autant que besoin. Il existe une procédure sur les pratiques en terme de distribution, d'administration, d'aide à la prise et de surveillance des résidents Ces documents sont accessibles et connus par les équipes médicales et soignantes	50,64%
21	Un protocole décrit la conduite à tenir en cas d'impossibilité d'accéder au logiciel informatique de soins ou de prescriptions (panne informatique, panne réseau...)	30,26%
22	Une liste préférentielle des médicaments est élaborée (liste des médicaments à utiliser préférentiellement, par classes pharmaco-thérapeutiques) et connue par les médecins traitants et l'équipe soignante	55,24%
23	La réévaluation pluriprofessionnelle des traitements est organisée est fait l'objet d'un protocole écrit	35,97%
24	Des actions sont mises en œuvre pour éviter tout risque de retranscription lors de la prescription à l'administration	64,51%
25	Une procédure sur le stockage des médicaments existe. Les péremptions sont régulièrement vérifiées	68,14%
Formation / Information		
26	Les modalités de la prise en charge médicamenteuse de votre établissement sont expliquées lors de l'accueil d'un nouveau professionnel ou médecins traitants / intervenants remplaçants	45,06%
27	L'établissement organise des formations et sensibilisations portant sur la sécurisation du circuit du médicament, y compris iatrogénie, identitovigilance et prise en charge de la douleur	38,53%
28	Les professionnels alertent les personnes-ressources en cas de risque identifié. Les professionnels surveillent les signes de non-observance et de iatrogénie médicamenteuse chez les personnes accompagnées. Une traçabilité et/ou une communication particulière vers le prescripteur est faite systématiquement	70,00%

# Quelle est votre Organisation ?

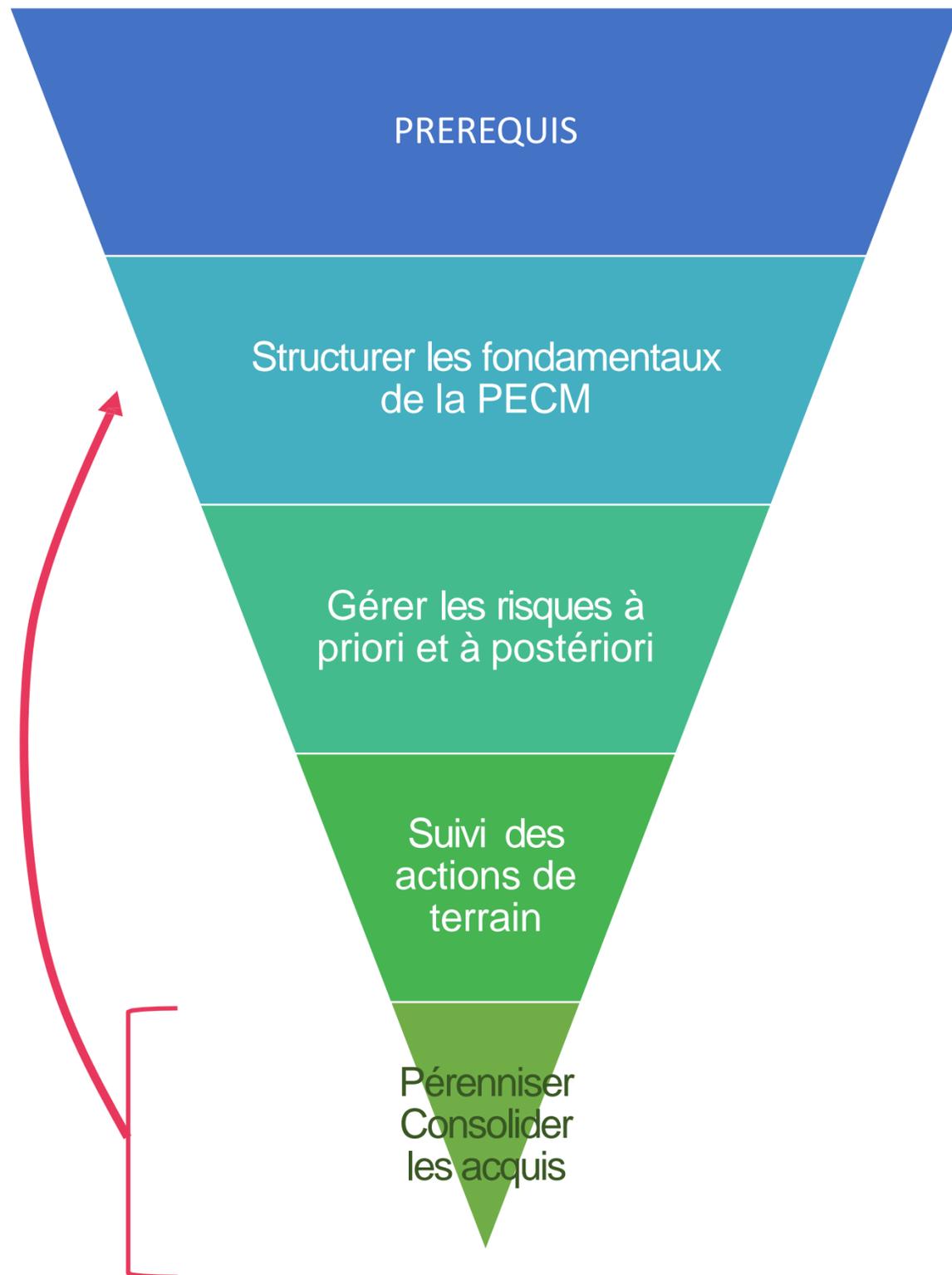
**Question n°4 :** Votre EHPAD dispose t-il d'une bonne culture de déclaration des erreurs médicamenteuses (graves comme non graves) ? (*Oui/Non*)

**Question n°5 :** Cliquer sur les mots qui définissent votre organisation :

- Charte d'incitation
- Sensibilisations régulières
- Communication autour des analyses des causes
- Actions identifiées collégialement



# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !



0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des événements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

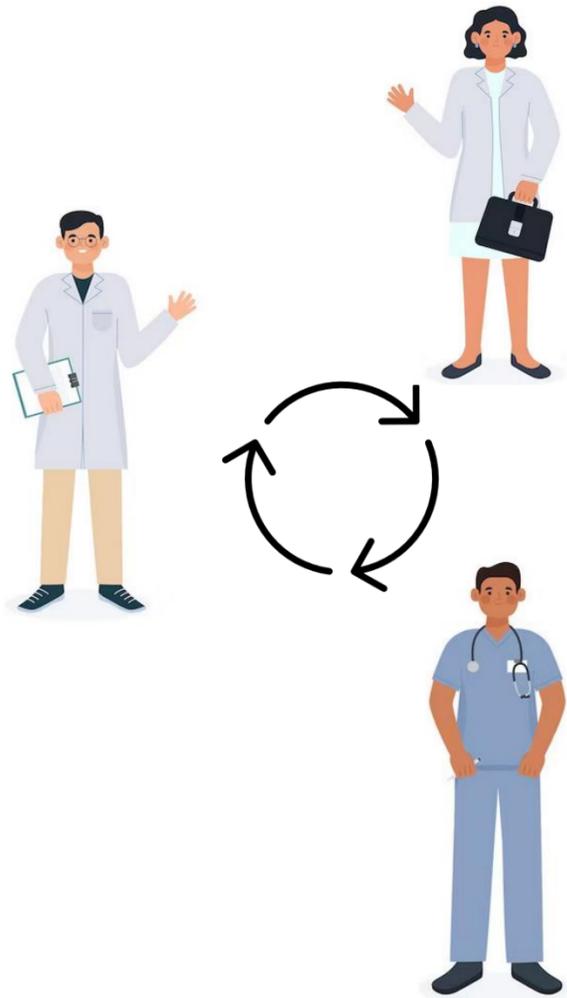
# 1 : Identifier ses référents

**Un ou 2 référents « Médicament » avec un comité « Prise en charge médicamenteuse »**

➤ **Définir objectifs et missions** (fiche de fonction) – temps dédié (IDE, med Coord.)

➤ **Charte de fonctionnement «PECM » composition du comité, son rôle, son organisation, ses missions**

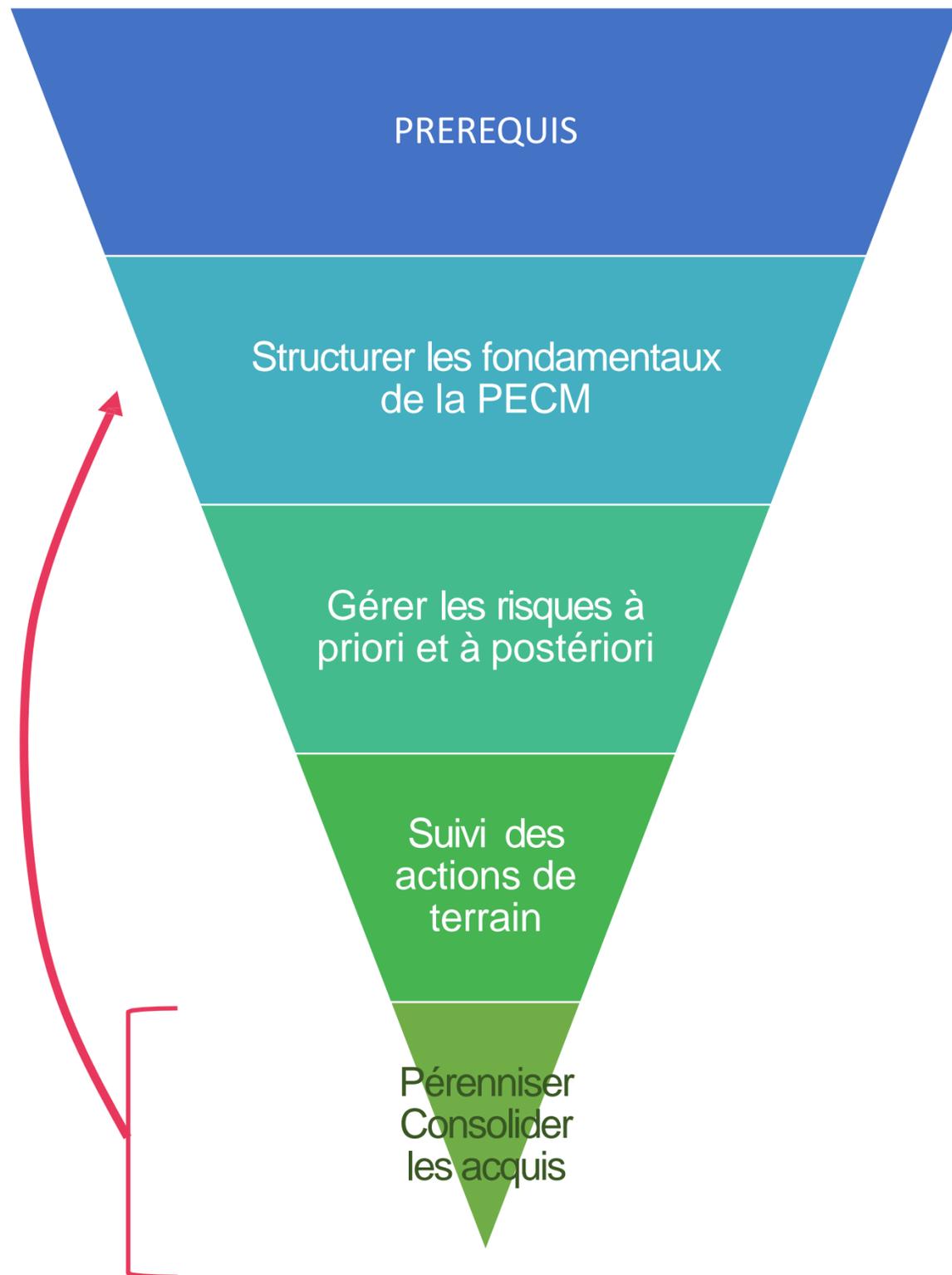
- Promouvoir et mettre en œuvre la politique qualité et sécurité de la PECM au sein de l'établissement.
- Réaliser la diffusion et la veille à l'application des bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse (**compte-rendu et communiquer en interne +++**)



Exemple de [fiche de fonction du référent PECM](#)

[Charte de fonctionnement du comité PECM](#)

# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !



0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des évènements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

## 2 : Communiquer en interne sur les enjeux

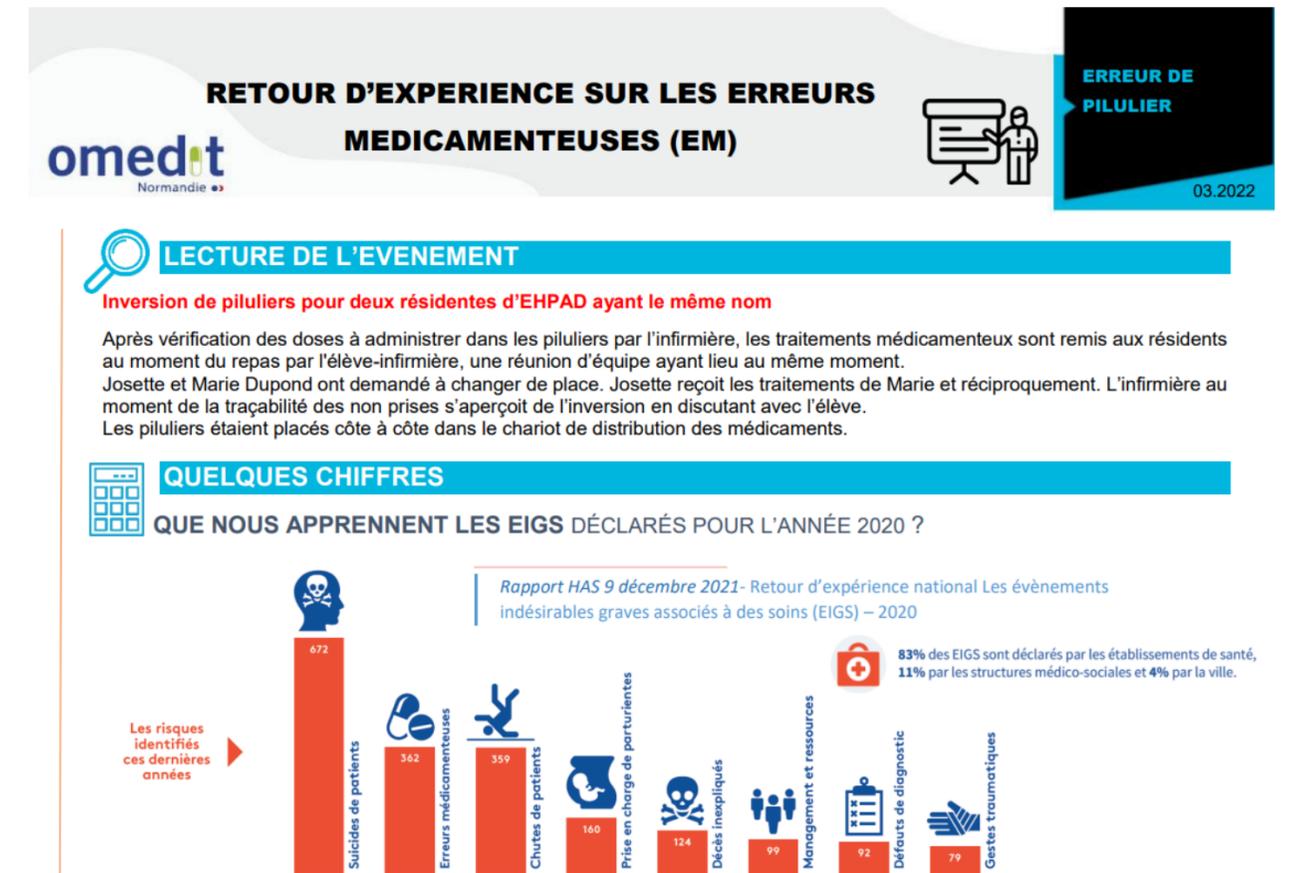
Partager +++ : les constats, les cibles

Définir ensemble à partir des orientations stratégiques les actions à mettre en place



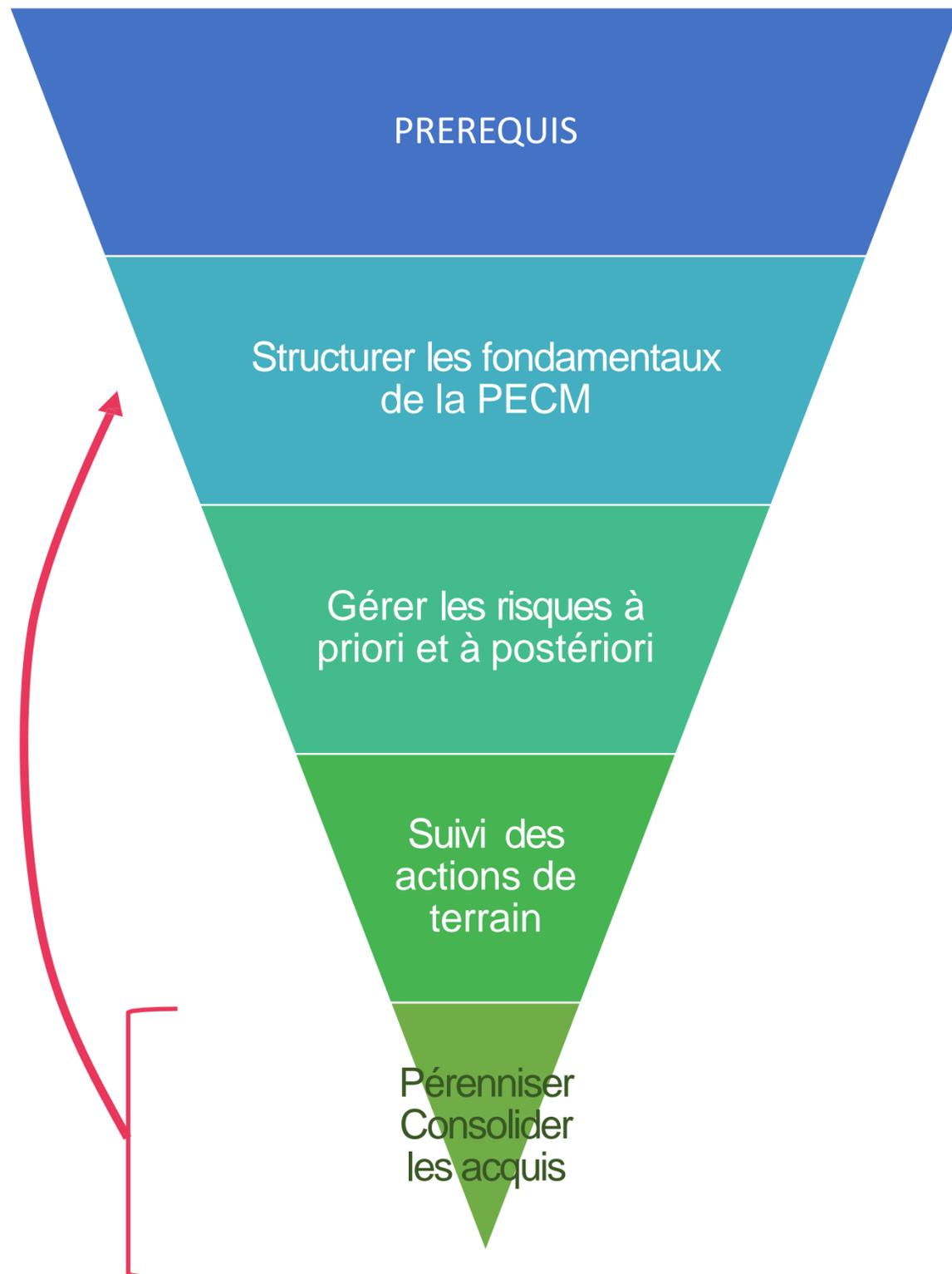
Outils sur les erreurs médicamenteuses [Erreurs médicamenteuses \(omedit-normandie.fr\)](https://omedit-normandie.fr)

Outils sur le circuit du médicament en EHPAD [EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](https://omedit-normandie.fr)



Exemple : fiche RETEX sur erreur fréquente en EHPAD  
Classement des EIGM – Rapport HAS 2022

# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !

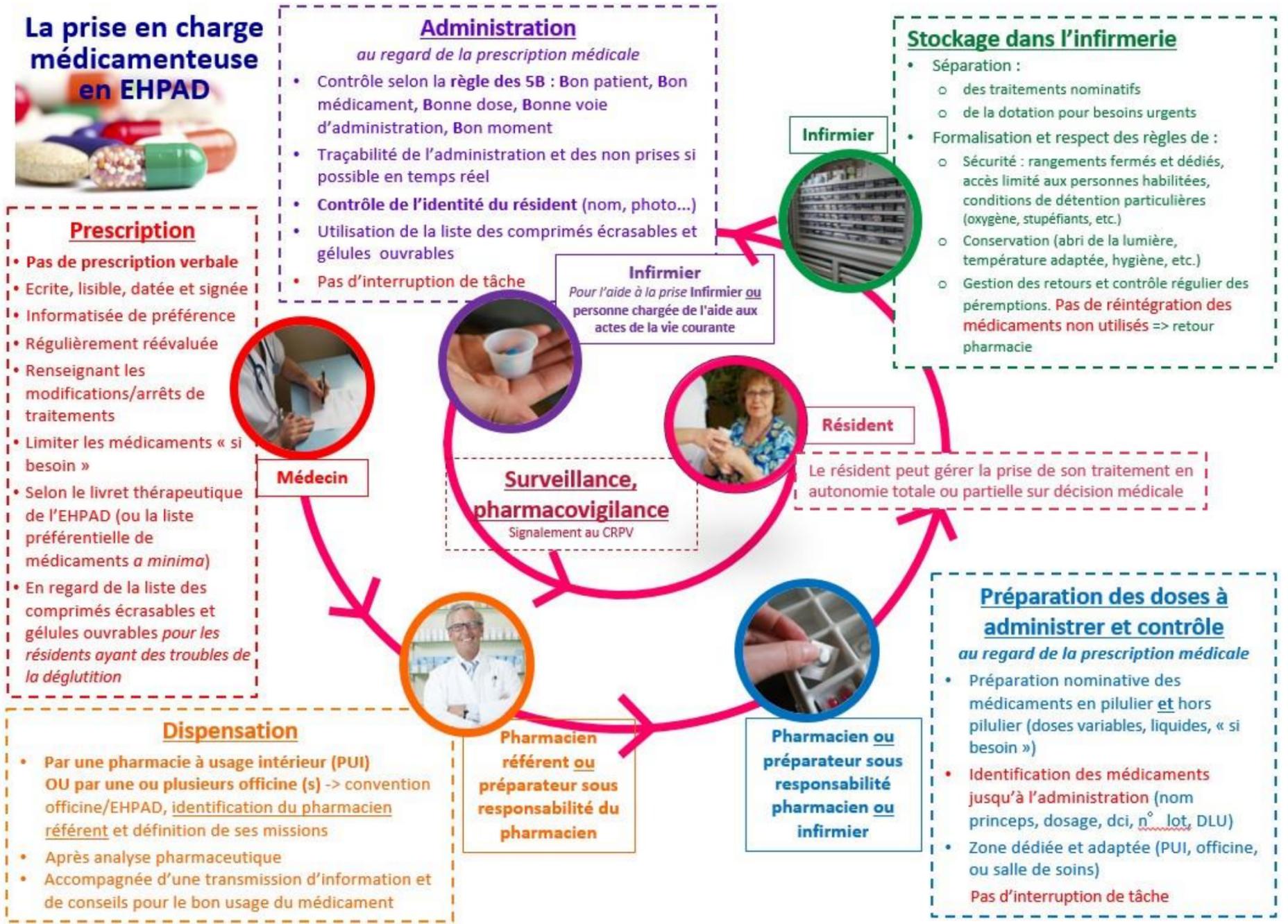


0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des événements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

# 3 : Schématiser son circuit

Schématiser la PECM de l'établissement :

- Connaître les règles d'or du circuit
- Connaître les rôles et responsabilités



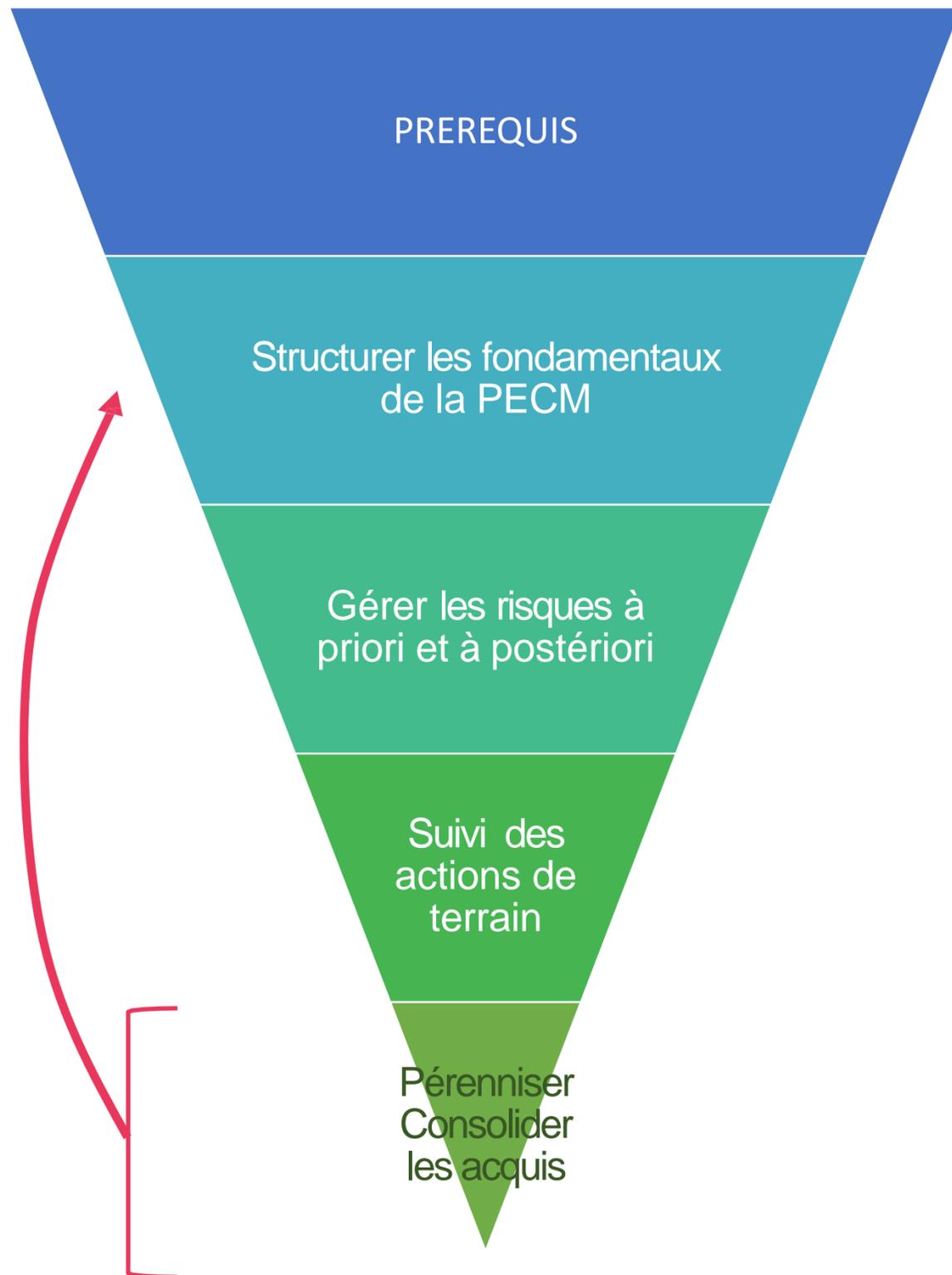
Références réglementaires : Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les ES, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une PUI. Bonnes pratiques de dispensation (déc. 2016). Art. R5132-3, Art. L5126-6 et Art. R5126-113 du Code de la Santé Publique. Art. L. 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familiales



Guide qualité de la PECM en EHPAD [EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](http://EHPAD(omedit-normandie.fr))

[Boîte à outils « ESSMS : évaluation HAS »](#)

# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !



0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des événements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

# 4 : Former / sensibiliser et partager

- **Mettre en pratique ses connaissances sur des erreurs fréquentes et évitables**
- **Partager les outils et connaissances RETEX**

➔ NE PAS oublier les nouveaux arrivants !  
➔ COMMUNIQUER sur MAJ politique qualité de la PECM (procédure générale et protocoles), affiche, newsletter, intranet...

- **Comprendre collectivement les enjeux** en terme de qualité et sécurité
- Etre en **capacité d'identifier les erreurs** médicamenteuses et repérer les **presqu'erreurs** = « échappées belles »



### Sommaire

←	Schéma général du circuit	01	05	Transport et stockage	→
←	Prescription	02	06	Administration et aide à la prise	→
←	Dispensation	03	07	Suivi et surveillance	→
←	Préparation des doses	04	08	Déclaration des événements indésirables	→



### Index

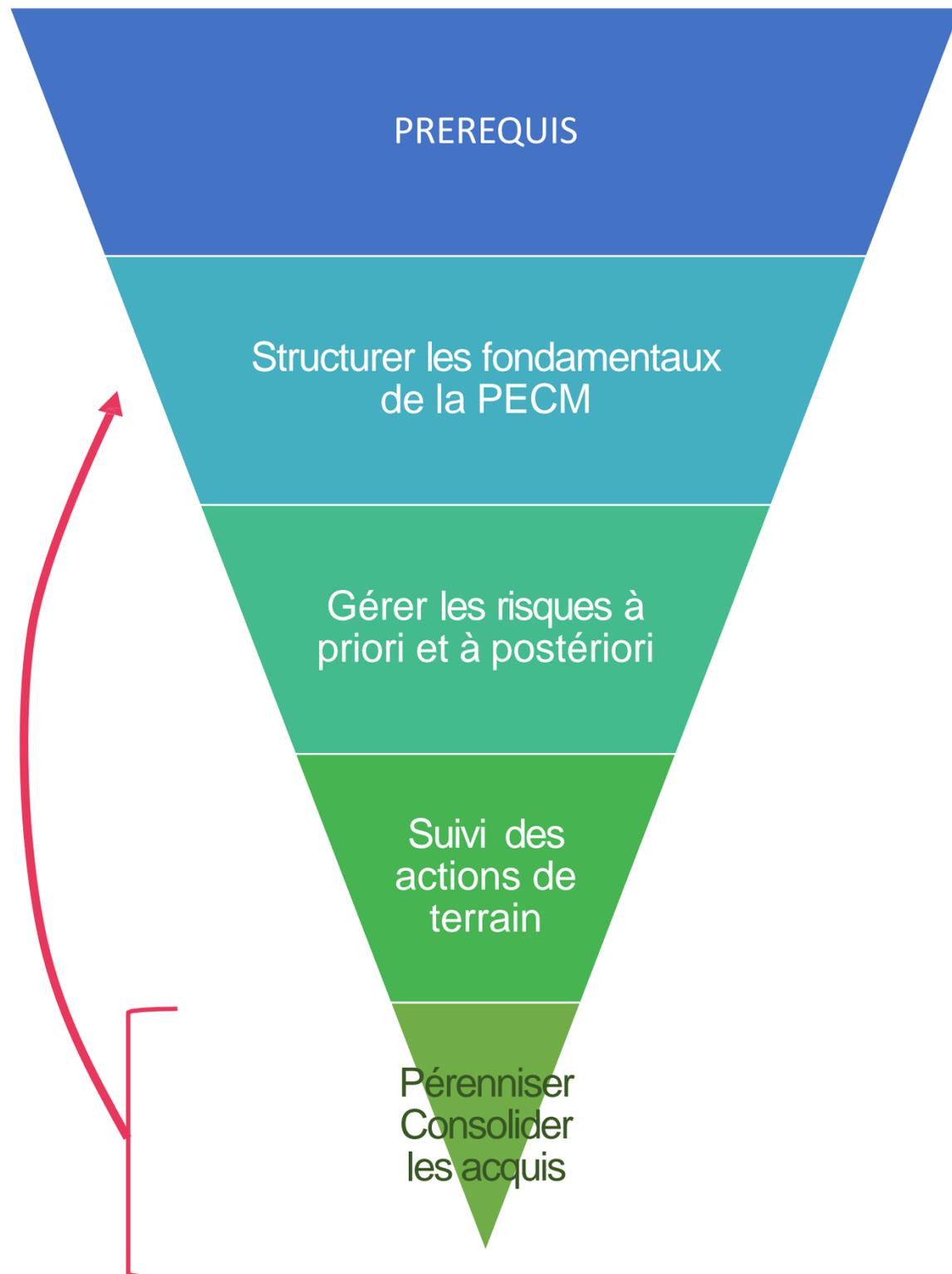
1	Définition de l'erreur médicamenteuse	5	Principe de la gestion des risques
2	Quelques chiffres	6	Méthode d'analyse a posteriori
3	Etapes les + à risque	7	Quand déclarer en externe ?
4	Règle des 5B	7	Domage associé aux soins



Films d'analyse de scénario [Films analyse de scénario \(omedit-normandie.fr\)](https://omedit-normandie.fr)

Formations présentiel, distanciel, e-learning [EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](https://omedit-normandie.fr)

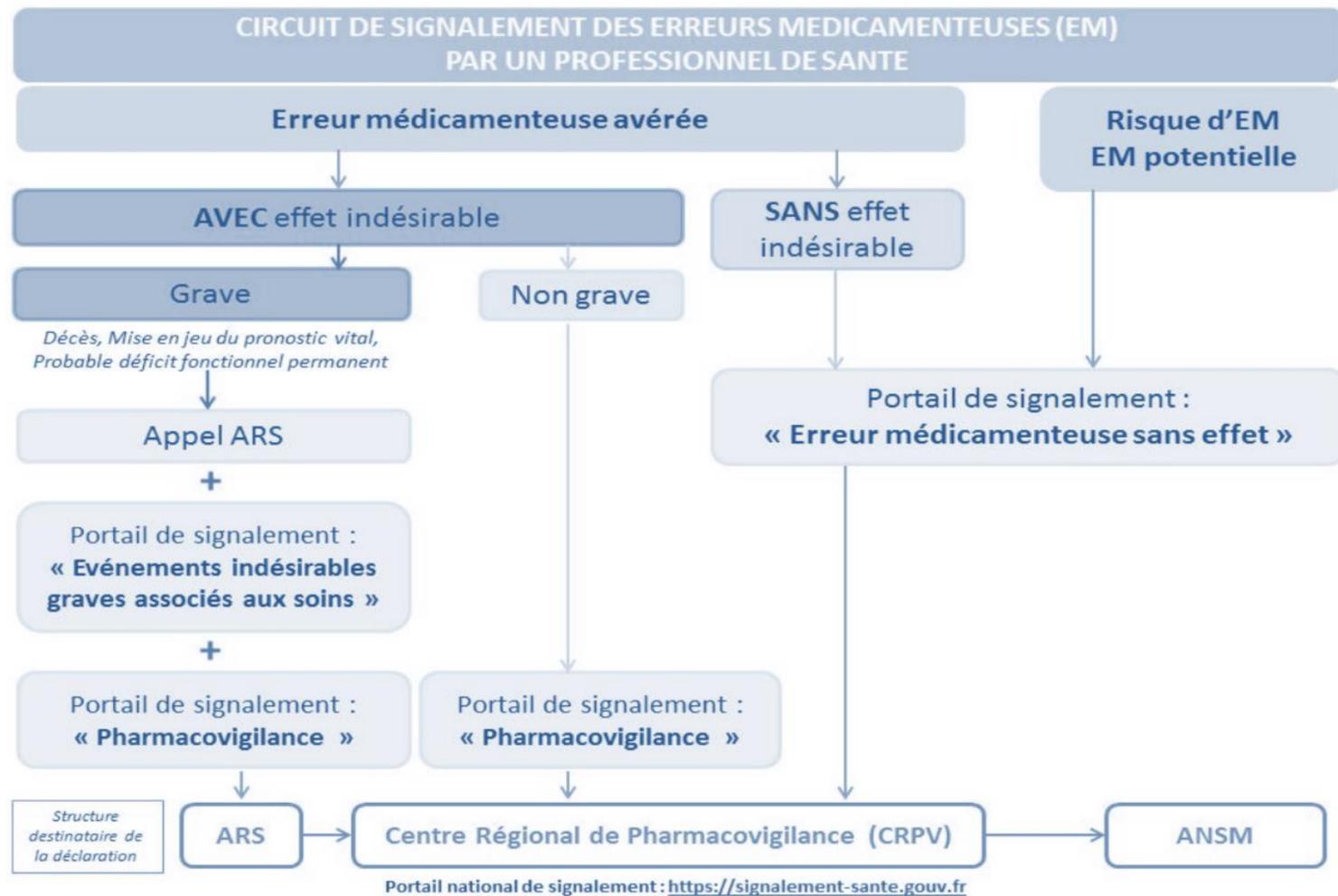
# Se donner les moyens de réussir : quelques clés organisationnelles !



0	Savoir identifier ses points forts et ses points faibles : Autoévaluation de la PECM
1	Identifier des référents et formaliser les liens avec le pharmacien d'officine: référent(s) Prise en charge médicamenteuse volontaire Constituer et réunir un comité PECM Convention ESSMS-Pharmacie d'officine
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Former / sensibiliser : circuit du médicament, erreurs médicamenteuses, gestion des risques, culture de déclaration
5	A posteriori : Mettre en place un système de déclaration des évènements indésirables, les analyser et identifier des actions correctives
6	A priori : Identifier des risques par échanges sur thèmes ciblés S'interroger sur les évolutions de pratiques
7	Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action (thèmes, actions, pilotes, échéances, indicateurs)
8	Evaluer l'efficacité de la mise en œuvre : audits réguliers
9	Mettre à jour le plan d'actions et le plan de formation du personnel

# 5 : Système de déclaration, analyse des EM

## Culture positive de l'erreur



Formations présentiel, distanciel  
[EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](http://omedit-normandie.fr)

**Valider une Charte d'incitation à la déclaration**

- Communiquer auprès des équipes sur les EI

**Mettre en œuvre un système de déclaration des EI**

**Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions**

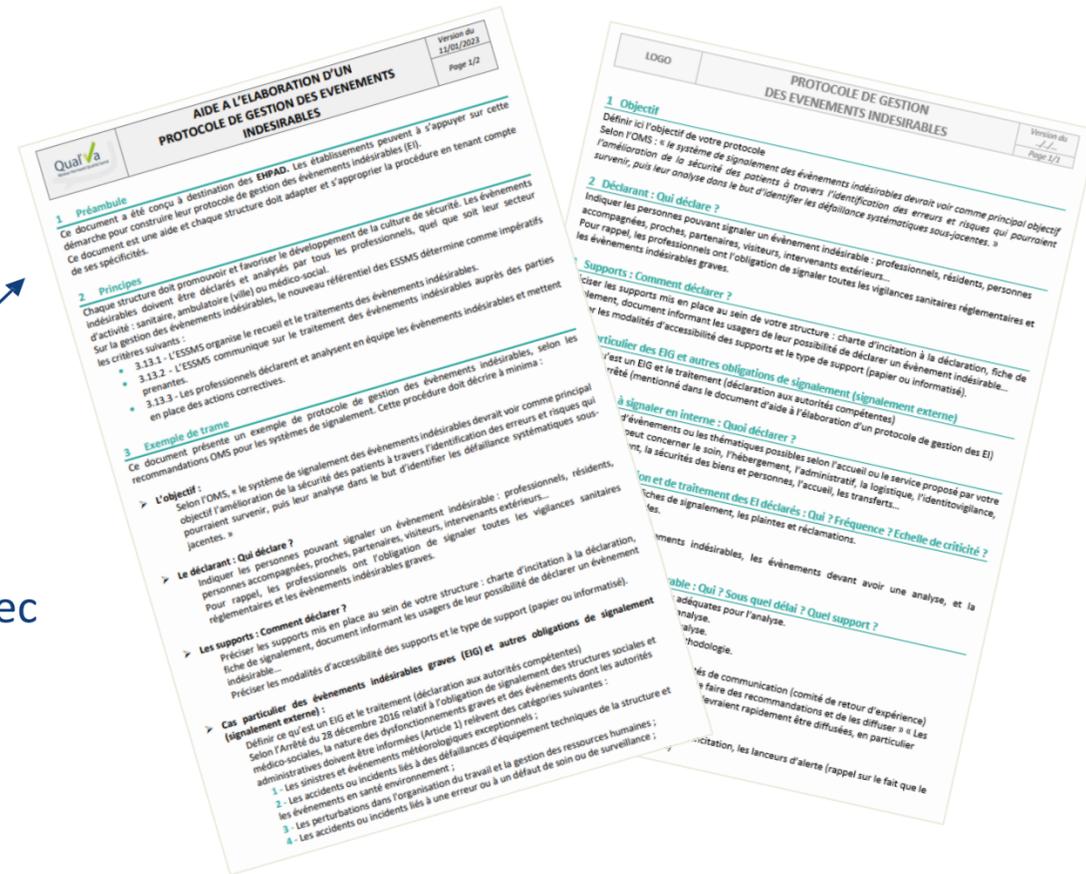


# 5 : Système de déclaration, analyse des EM

## « Culture positive de l'erreur »

### Mettre en place ou renforcer un système de déclaration des EI :

- Rédiger et valider une **procédure** de gestion des EI (recueil, traitement, analyse, plan d'actions)
- Valider une **fiche de déclaration en interne** des EI



Fiche de déclaration en interne Evènement Indésirable (EI)		Version du .../.../... Page 1/2
Date de déclaration de l'évènement indésirable : .../.../...		N° d'enregistrement : ...
<b>Personne déclarante</b>		<b>Personne(s) concernée(s) par l'évènement</b>
Nom :		<input type="checkbox"/> Résident
Prénom :		<input type="checkbox"/> Visiteur
Fonction :		<input type="checkbox"/> Intervenant extérieur
		<input type="checkbox"/> Professionnel
<b>Date et lieu de survenue de l'évènement</b>		
Date :		
Heure :		
Lieu :		
<b>Identification de l'évènement (thématique) – A adapter en interne</b>		
<input type="checkbox"/> Droits et information du résident	<input type="checkbox"/> Accueil, accès, signalisation	
<input type="checkbox"/> Admission, transfert, sortie	<input type="checkbox"/> Administratif	
<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Hébergement (repas, animation, service hôtelier...)	
<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Soins	
<input type="checkbox"/> Informatique	<input type="checkbox"/> Logistique et technique	
<input type="checkbox"/> Identivigilance	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
<input type="checkbox"/> Sécurité des biens et personnes, vol/carte		
<b>Description des faits</b>		
Description des conséquences immédiates		
Conséquence immédiate pour la personne concernée :	Si oui, description :	
<input type="checkbox"/> Oui		
<input type="checkbox"/> Non		
Selon vous, l'évènement peut-il entraîner une réclamation / plainte / médiatisation :		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Gravité estimée</b>	<b>Fréquence estimée</b>	
<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Annuel	
<input type="checkbox"/> Peu grave	<input type="checkbox"/> Mensuel	
<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
<input type="checkbox"/> Très grave	<input type="checkbox"/> Quotidien	
<b>Piste d'amélioration</b>		
A votre avis, comment cet évènement aurait-il pu être évité ? Quelles actions pourraient être mises en œuvre ?		
Ce document est à remettre ...		

Aide pour la réalisation d'un protocole de gestion des EI, avec trame vierge personnalisable

Fichier Word entièrement personnalisable (logo, titre, date...)  
A adapter en interne



Aide à l'élaboration de document : Protocole de gestion des EI en ESSMS-Qual'Va  
Fiche de déclaration d'un EI – Qual'Va

# 5 : Système de déclaration, analyse des EM

## Culture positive de l'erreur

### L'analyse de l'EI : Qui ? Sous quel délai ? Quel support ?

- Déterminer les **experts et les ressources adéquates** pour l'analyse (répertorier les professionnels formés à l'analyse)
- Définir les personnes **qui participent à l'analyse**
- **Identifier les outils d'analyse** utilisés et la **méthodologie**
- **Plan d'actions et suivi** : déterminer les **délais, l'organisation et les modalités de communication** (comite de retour d'expérience)

Outil d'aide à l'analyse ACRES – Secteur Médico-Social – Qual'Va

Annexe échelles de gravité et vraisemblance – Matrice de criticité – Barrières – Qual'Va

Affiche Facteurs identifiés – Secteur Médico-Social – Qual'Va

[Guide Analyse des EIAS – HAS/FORAP](#)

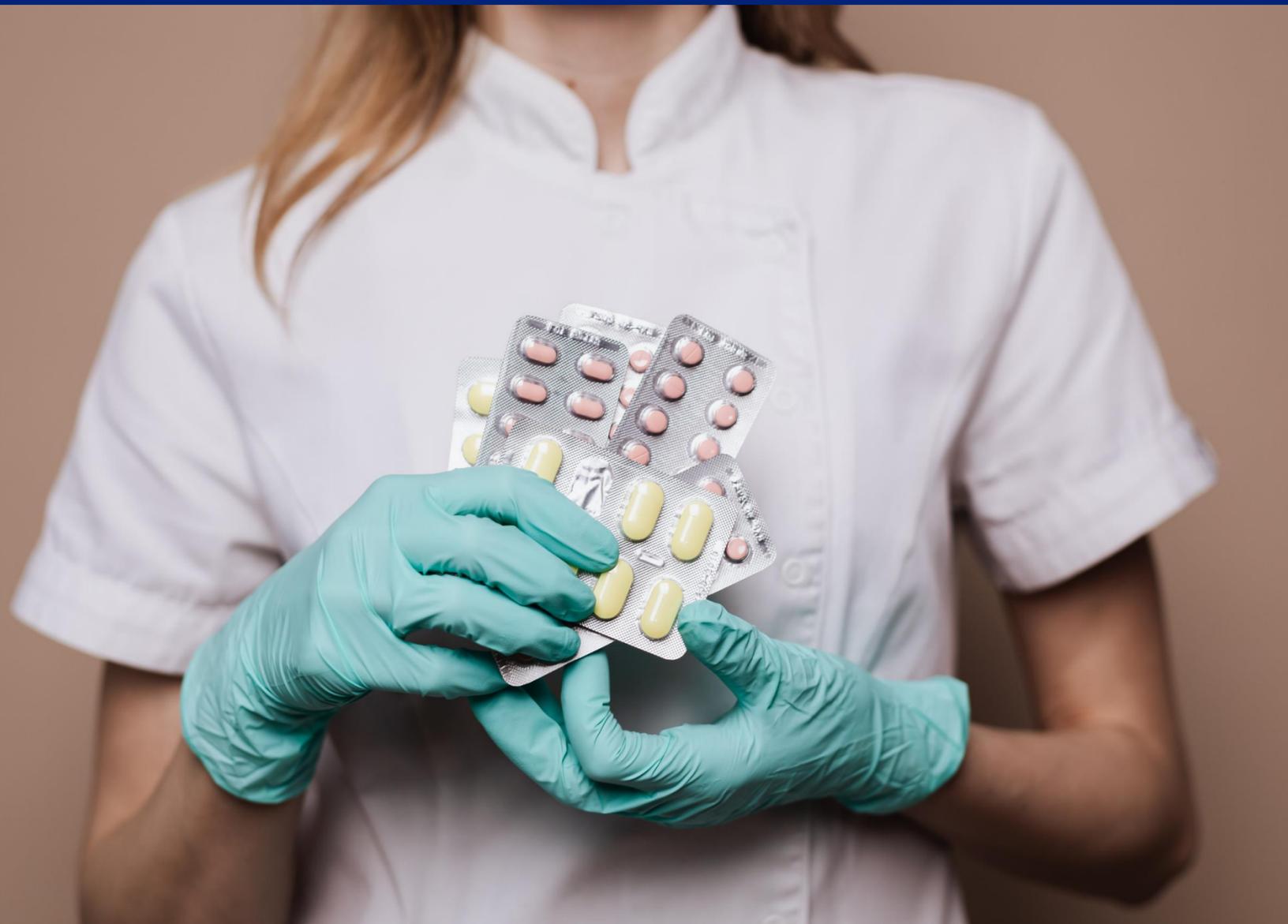
[Outil d'aide à l'analyse en secteur Sanitaire et Médico-Social – HAS](#)

[Fiche 9 – Choisir les évènements et situations à risques à traiter – HAS](#)



# COMPRENDRE LES ENJEUX AUTOUR DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Mises en situation sur les rôles et responsabilités des acteurs



Focus sur  
administration et  
aide à la prise des  
médicaments

# Quelle est votre Organisation ?

**Question n°6** : Un protocole / une procédure générale définissant les rôles et responsabilités y compris en terme d'administration / d'aide à la prise est disponible ?  
(Oui/Non)



# Éléments essentiels sur la collaboration IDE/AS

## Préparation

- Rôle propre de l'IDE
- Non délégable
- Calcul de dose, Écrasement de comprimés, Solutions buvables,...
- IDE : Article R 4311-5, R 4311-7 et R 4312-29 du Code de la Santé Publique

## Remise du traitement au résident

- Collaboration IDE avec aides-soignants, auxiliaires de puériculture ou aides médico-psychologiques possible = collaboration bornée aux actes ou soins qui relèvent du rôle propre de l'infirmier :
  - Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
  - Vérification de leur prise ;
  - Surveillance de leurs effets
  - + Nécessité d'une formation initiale

## Aide à la prise

- Aide à la prise (résident non autonome)
- Vérification de leur prise Surveillance de leurs effets
- L'IDE peut « sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration des AS AMP AES qu'il encadre » .
- En revanche, si le médecin estime nécessaire l'intervention de l'infirmière ou si le mode de prise présente des difficultés particulières ou nécessite un apprentissage : l'administration devra se faire par un infirmier.

# Éléments essentiels sur la collaboration IDE/AS

Aide à la prise = démarche collective  
Rôles et responsabilités de chacun définis  
Procédure et/ou modes opératoires spécifiques

Formations/sensibilisations spécifiques pour AS  
Evaluation régulière des connaissances  
Habilitation IDE/AS

Rôle de l'IDE = prépare le traitement  
vérifie l'ordonnance avant de le confier à l'AS  
**Non délégable à l'aide-soignante dans le cadre d'une collaboration**

Prépare les piluliers  
avec mention du nom, prénom, date de naissance du résident, nom du médicament, forme, dose, voie, date et heure de prise.

Prend la dose de médicament sur le chariot, vérifie le nom du médicament, la dose, l'horaire de prise et l'identité du patient par rapport à l'ordonnance  
et remet le médicament à l'AS avec les indications nécessaires pour l'aide à la prise

Cette vérification fait partie des tâches que l'infirmière ne peut pas déléguer à l'aide-soignante dans le cadre d'une collaboration.

# TOUJOURS prendre en compte les transmissions infirmier, médecin, pharmacien

**Heures et modalités de prise** : quand, comment par rapport au repas (début, milieu, fin),

Exemples : Médicaments hypocholestérolémiants sont à prendre le soir (car la production du cholestérol augmente le soir) - Lévothyrox<sup>®</sup> 30min avant le petit déjeuner (pour être mieux absorbé et efficace)–

**S'assurer que le traitement soit préparé dans un pilulier ou dans un contenant identifié** (dé-blistérisé) au nom du patient sur plateau repas  
-> y compris pour les « si besoin »

**Connaitre les consignes concernant sa déglutition**, ses **habitudes** pour faciliter sa prise des médicaments

...pour les médicaments sous forme de poudre, éviter de mettre trop d'eau dans le verre, ne pas mettre dans une compote...

# Éléments essentiels sur la collaboration IDE/AS

Il n'y a pas de délégation possible de l'aide à la prise des médicaments aux agents de service hôtelier ou hospitalier (ASH).

Les ASH sont chargés de l'entretien des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils ne peuvent assurer la distribution et l'administration des médicaments, compétences des infirmières

*articles R. 411-4 et R 4311-5 du CSP, jugement du 22 mars 2016 de la cour administrative d'appel de Nantes.*

L'IDE peut « sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre » mais pas avec celle des ASH.

# Et en l'absence de l'IDE ?

En l'absence d'IDE notamment la nuit, l'aide à la prise peut être réalisée par une aide-soignante, auxiliaire de puériculture ou accompagnants éducatifs et sociaux avec conditions cumulatives suivantes

Doit être exceptionnel = aucune autre alternative n'est possible (IDE libérale ou astreinte infirmière, convention Ehpad et USLD ...)- Résident ne peut gérer seul son traitement  
Que pour formes orales et en l'absence de trouble de déglutition (ou autre trouble de l'oralité)

**AS = formées et volontaires**

**Procédure = explications + un protocole individualisé /résident**

**Protocole de soins infirmiers donc signé par l'IDE et l'AS désignée**

**Formation des AS sur l'aide à la prise**

**Formation de l'équipe (au-delà d'une seule documentation) sur repérage des EI / alertes et savoir les gérer**

**Les traitements doivent être préparés par l'IDE ou le pharmacien en amont**

**Le stockage doit être sécurisé et réservé à ces traitements préparés par les IDE en vu d'être distribués par les AS, AMP, AES**

**Doit revérifier la conformité des traitements à l'ordonnance (ces traitements ayant préalablement été vérifiés par l'IDE lors de la préparation)**

**Traçabilité de l'aide à la prise ou non + motif éventuel**

les AS ne doivent pas préparer seules les unités de prise à administrer en « si besoin »

= préparation de dose à administrer IDE

IDE doit vérifier les traitements/ordonnance avant qu'ils soient donnés aux patients (R4312-38 CSP)

Remise à AS qui va aider à la prise, avec les informations nécessaires

# Quiz

**Quiz 1** : Selon vous l'aide à la prise peut être réalisée par les Aides soignants pour :

- Collutoire : spray buccale / Bain de bouche médicamenteux
- Dispositifs transdermiques/Patchs
- Formes solides unidoses : comprimés, sachets et gélules
- Formes multidoses préalablement préparées par l'IDE : pots de poudre, flacons buvables, gouttes
- Inhalateur, aérosol doseur médicamenteux
- Ovules
- Crème, pommade, gel et lotion
- Gouttes auriculaires, Collyre, lavage oculaire
- Pommade ophtalmique
- Perfusions, seringues
- Stylos préremplis (exemple : insuline)
- Suppositoires (d'aide à l'élimination)
- Formes buvables unidoses : sachets et ampoules



# Quiz

**Quiz 1** : Selon vous l'aide à la prise peut être réalisée par les Aides soignants pour :

- Collutoire : spray buccale / Bain de bouche médicamenteux
- Dispositifs transdermiques/Patchs
- Formes solides unidoses : comprimés, sachets et gélules
- Formes multidoses préalablement préparées par l'IDE : pots de poudre, flacons buvables, gouttes
- Inhalateur, aérosol doseur médicamenteux
- Ovules
- Crème, pommade, gel et lotion
- Gouttes auriculaires, Collyre, lavage oculaire
- Pommade ophtalmique
- Perfusions, seringues
- Stylos préremplis (exemple : insuline)
- Suppositoires (d'aide à l'élimination)
- Formes buvables unidoses : sachets et ampoules

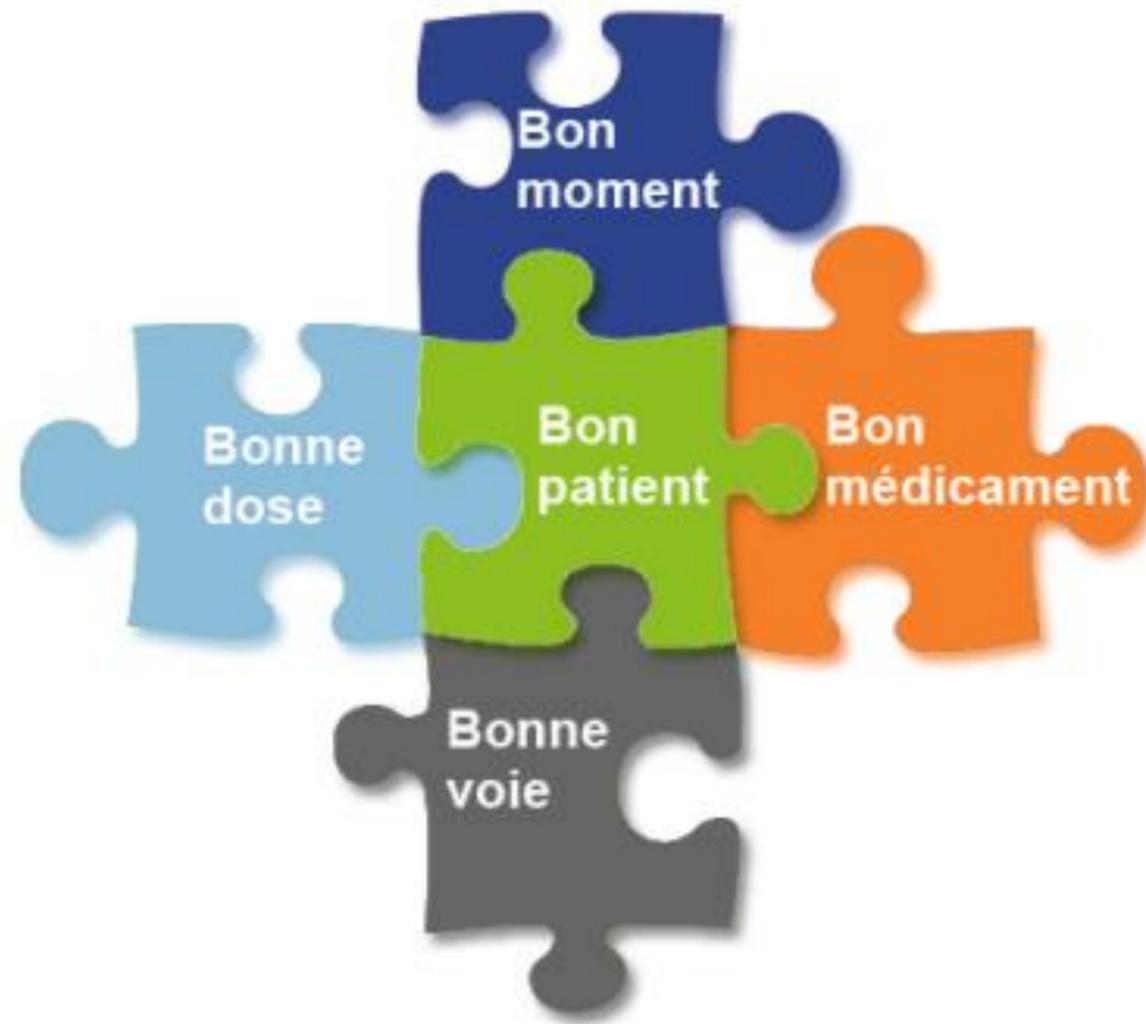


# Quelle responsabilité ?

- Une **erreur de préparation** de médicaments **remis au patient par l'aide-soignante** est de la responsabilité de l'infirmière
- Une **erreur de prise** (erreur de résident ou inversion entre plusieurs médicaments) est de la **responsabilité de l'Aide-soignante et de l'IDE**.
- La **responsabilité de l'aide-soignante est engagée** si celle-ci réalise un acte que **ne relève pas de ses compétences**.
- Chacun est responsable des gestes qu'il accomplit et l'Aide-soignante intervient sous la responsabilité de l'infirmière.

# Focus sur identitovigilance

## Règle des 5B



### Les 5B

**B** Patient

- Je suis certain(e) de l'identité du patient

**B** Médicament

- J'ai vérifié la prescription, l'étiquetage du médicament de manière attentive

**B** Dose

- Le dosage est approprié au poids, à la voie, au mode d'administration

**B** Voie

- Le médicament est approprié à la voie prescrite
- J'ai vérifié la qualité de la voie, l'état psychologique et clinique du patient
- J'ai correctement programmé la pompe à perfusion

**B** Moment

- J'ai vérifié le plan de soins du patient
- J'ai informé le patient
- J'ai tracé l'administration

# Bonnes pratiques d'identitovigilance à chaque étape du circuit

Piluliers qui doivent mentionner nom, prénom, date de naissance, photo éventuelle (étiquette)

EVITER le N° de chambre : erreur fréquente +++

Sensibiliser les équipes sur résidents de même nom ou noms proches

- Référentiel national d'identitovigilance – Structures non hospitalières – Réseau des Référents Régionaux d'Identitovigilance et Charte régionale
- « Je m'appelle Annick » Film et analyse – OMéDIT Bretagne
- Identitovigilance au sein de l'EHPAD – OMéDIT Centre
- Fiche RETEX - [Inversion de piluliers pour deux résidentes d'EHPAD](#) ayant le même nom : OMéDIT Normandie



## L'IDENTITOVIGILANCE AU SEIN DE L'EHPAD

JE SUIS AIDE-SOIGNANT(E), JE SUIS INFIRMIER(E)

**COMMENT FAIRE AU MIEUX POUR SÉCURISER L'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS ?**  
Ensemble des moyens mis en œuvre pour permettre l'identification du résident afin de limiter les risques d'erreurs.

→ Pour garantir la **qualité** et la **sécurité** des prises en charge

→ Par le respect des règles des bonnes pratiques d'identification

**PRINCIPE DE LA REGLE DES 5B**

"Le bon soin pour le bon patient"

**AVANT D'AGIR :**

- ✓ J'identifie le bon résident
- ✓ J'associe la bonne prescription au bon résident
- ✓ Je prépare le bon médicament pour le bon résident
- ✓ J'administre le bon médicament au bon résident

Validation Comité Stratégique : Mars 2021

Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques



Focus sur le rôle du  
pharmacien  
dispensateur et/ou  
référent  
PDA

# Quelle est votre organisation ?

**Question n°7 :** Quel est le statut de la pharmacie approvisionnant votre EHPAD : Officine ou PUI ?

**Question n°8 :** Si une pharmacie d'officine approvisionne votre EHPAD, une convention a-t-elle été signée? (*Oui/Non*)

**Question n°9 :** Un pharmacien référent est-il identifié ? (*Oui/Non*)

**Question n°10 :** Par qui est réalisée la préparation des piluliers ? Pharmacie d'officine, PUI ou EHPAD ? (*Pharmacie d'Officine/PUI/EHPAD*)

**Question n°11 :** Si la préparation des piluliers est réalisée par la pharmacie d'officine ou la PUI, est-elle automatisée? (*Oui/Non*)



# Formaliser les étapes et rôle des équipes dans la dispensation des médicaments

Prévu par l'article L5126-10 du Code de santé publique :

- **EHPAD ne disposant pas de PUI doivent conclure**, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, **une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments** des personnes hébergées en leur sein.
- **La ou les conventions doivent désigner un pharmacien d'officine référent** pour l'établissement.

## Une convention type en Normandie

- ✓ précisant les **modalités de collaboration** entre l'EHPAD et le pharmacien référent dans le contexte réglementaire en vigueur.

→ levier d'action pour l'amélioration du processus de prise en charge médicamenteuse



Modèle type de convention EHPAD / pharmacie d'officine

# Rôles spécifiques du pharmacien en EHPAD

**Distinguer le pharmacien référent du pharmacien dispensateur.**

➤ Ces deux fonctions **peuvent être cumulables** par un même pharmacien ou non.

- **Pharmacien dispensateur** : exerce son métier comme pour les autres patients.

la dispensation aux patients de l'EHPAD obéit aux mêmes règles que celles qui lui sont imposées pour tout patient (art. R. 4235-48 du CSP).

- **Pharmacien référent** : article L.5126-6-1 du CSP (*aucun texte à ce jour*) :

« Ce pharmacien [référent] **concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement** dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

- **Pharmacien correspondant** : organisation que ne peut être déclinée de facto en EHPAD [Pharmacien correspondant | ameli.fr | Pharmacien](#) et décret encadrant ces modalités : [Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

- Renouvellement des traitements chroniques - Ajustement des posologies

**Importance de la proximité géographique avec la pharmacie :**

- pour le dispensateur : permettre une souplesse pour la dispensation (changement de traitement, traitements urgents)
- pour le référent : faciliter rencontre physique avec les équipes de l'EHPAD et participation aux réunions, comités ...

## CRITERE IMPÉRATIF 3.6.2 : “Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament”

### 1<sup>er</sup> élément d'évaluation : Politique de gestion du risque médicamenteux est définie et connue des professionnels

**Dans le cas d'un partenariat avec une pharmacie d'officine, une convention relative aux prestations pharmaceutiques est établie avec l'ESSMS.**

Elle mentionne notamment les modalités :

- de dispensation (analyse de l'ordonnance, délivrance des médicaments, mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments, la préparation éventuelle des doses à administrer (PDA))
- de livraison
- de détention/stockage
- de gestion des médicaments périmés
- la gestion des alertes sanitaires...

La convention est évaluée et réactualisée si nécessaire.

### 4<sup>ème</sup> élément d'évaluation : La continuité de la prise en charge médicamenteuse

- Au retour de consultation ou d'hospitalisation, les éventuelles modifications de traitement sont prises en compte, tracées et communiquées aux professionnels concernés.
- Modalités de livraison en urgence / le week-end

**Dès que possible le relai est assuré par le pharmacien : la continuité de la prestation pharmaceutique est définie dans la convention (dispensation des traitements en urgence).**

## CRITERE IMPÉRATIF 3.6.2 : Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament

### 2<sup>ème</sup> élément d'évaluation : les acteurs de la PECM :

#### Le pharmacien responsable de la dispensation :

- **Réalise l'analyse pharmaceutique** de l'ordonnance en prenant en compte tous les traitements pris par la personne
- **Donne des conseils et informations de bon usage**
- **Prépare éventuellement les doses à administrer (PDA)**. La PDA est réalisée sur 7j. La méthode de PDA est choisie en cohérence avec la politique de l'ESSMS relative à la PECM. La présentation des médicaments dans le dispositif prévu pour l'administration (pilulier, sachets-doses) et son étiquetage permet l'identification du médicament jusqu'à l'administration. Le pharmacien réalise le contrôle qualité de la PDA.
- **Informe l'ESSMS et/ou le médecin prescripteur en cas de rupture d'approvisionnement, de retrait de lot, d'alerte sanitaire**

**Apporte son expertise** à l'ESSMS lors de **réunions de concertation** (réunions en rapport avec le volet pharmaceutique du projet de soin).

Il participe à la rédaction et à la révision des listes de dotation de médicaments et à l'analyse des événements indésirables en lien avec la PECM.

#### **Cotation « étoile » pour un niveau avancé**

- **Implication du pharmacien dans la qualité du circuit du médicament** (réalisation / participation aux audits, analyse des événements indésirables graves médicamenteux, ...) et **dans la pertinence des prescriptions** (analyse pharmaceutique à partir du dossier patient, bilan partagé de médication, conciliation médicamenteuse, réunions de concertation pluridisciplinaires, ...).
- **Un référent circuit du médicament est identifié et coordonne la sécurisation du circuit du médicament**

# Convention concernant éventuelle PDA

**PDA : dans la définition de l'acte de dispensation (art R4235-48 du CSP), aucune définition précise et aucun référentiel (exigences pour mise en œuvre)**

**Aucune bonnes pratiques de PDA**

## Convention Normandie :

**Doit être définie au regard des besoins énoncés par l'EHPAD et du type de prestation de PDA proposé par le pharmacien d'officine,**

- **en cohérence avec le nombre de résidents, le lieu de la PDA, les capacités logistiques de l'officine, le nombre de spécialités préférentiellement prescrites, la politique de l'ESMS relative à la PECM, le système d'information),**
- **les modalités de préparation (locaux, personnels, formation système qualité) ;**
- **le périmètre des médicaments concernés par une PDA automatisée ou non ;**
- **la présentation des médicaments dans le dispositif prévu pour l'administration (pilulier, vigilance sur les modifications sur « escargot ») ;**
- **les contrôles qualité (type de contrôles effectués et modalités de traçabilité de ces derniers).**

**Le plan d'administration doit faire apparaître toutes les prises de médicaments, qu'elles soient en PDA ou ajoutées manuellement**

- ✓ **permet de repérer les médicaments à rajouter manuellement.**
- ✓ **Tous les médicaments non inclus dans les piluliers (ou autres dispositifs retenus) seront étiquetés aux nom et prénom du résident auxquels ils sont destinés.**

**En cas de modification de traitement, la transmission de l'information de ce changement doit être réalisée selon les mêmes modalités que celles utilisées pour la transmission des prescriptions (la plus sûre et la plus confidentielle possible). Une procédure devra préciser les modalités de prise en compte :**

- **des modifications de traitement par la pharmacie (refabrication) ainsi que les modalités de gestion de retour des traitements non administrés ;**
- **des modifications de traitement au sein de l'ESMS après livraison des piluliers.**

# Quiz

**Quiz 2 :** Quelles sont les affirmations vraies ?

- La dotation pour besoins urgents est aussi appelée « Stock tampon »
- La liste de la dotation pour besoins urgents est établie qualitativement et quantitativement ajustée en fonction des besoins de l'EHPAD par le médecin coordonnateur et le pharmacien, en collaboration avec les médecins prescripteurs
- Le chariot d'urgence doit être scellé



# Quiz

**Quiz 2 :** Quelles sont les affirmations vraies ?

- La dotation pour besoins urgents est aussi appelée « Stock tampon »
- La liste de la dotation pour besoins urgents est établie qualitativement et quantitativement ajustée en fonction des besoins de l'EHPAD par le médecin coordonnateur et le pharmacien, en collaboration avec les médecins prescripteurs
- Le chariot d'urgence doit être scellé



# Organiser, sécuriser et formaliser les modalités de stockage

## ➤ Objectifs :

- S'assurer que l'ensemble des dotations sont maîtrisées : armoire ou local à pharmacie à accès contrôlé (digicode, clé, ...) propre, non humide, dont la température est compatible avec la conservation des médicaments (température ambiante entre 15 et 25°C), médicaments thermosensibles (entre 2 et 8 °C).

1 - **Traitements de chaque résident** : regroupés individuellement, de manière nominative (nom, prénom, DDN +/- photo) (ex. chariot avec casier individuel). **Attention, le numéro de chambre =source d'erreur.**

3 - **Dotation pour besoins urgents**

4 - **Chariot/Trousse d'urgence** : **scellé, contrôle mensuel et après chaque utilisation**

5 – **Stupéfiants** : coffre fort avec accès limité aux IDE/médecins/équipe pharmaceutique + traçabilité des entrées et sorties, à l'unité pour chaque patient

6- **Produits thermosensibles** : **armoire réfrigérée professionnelle, contrôle au moins quotidien et tracé**

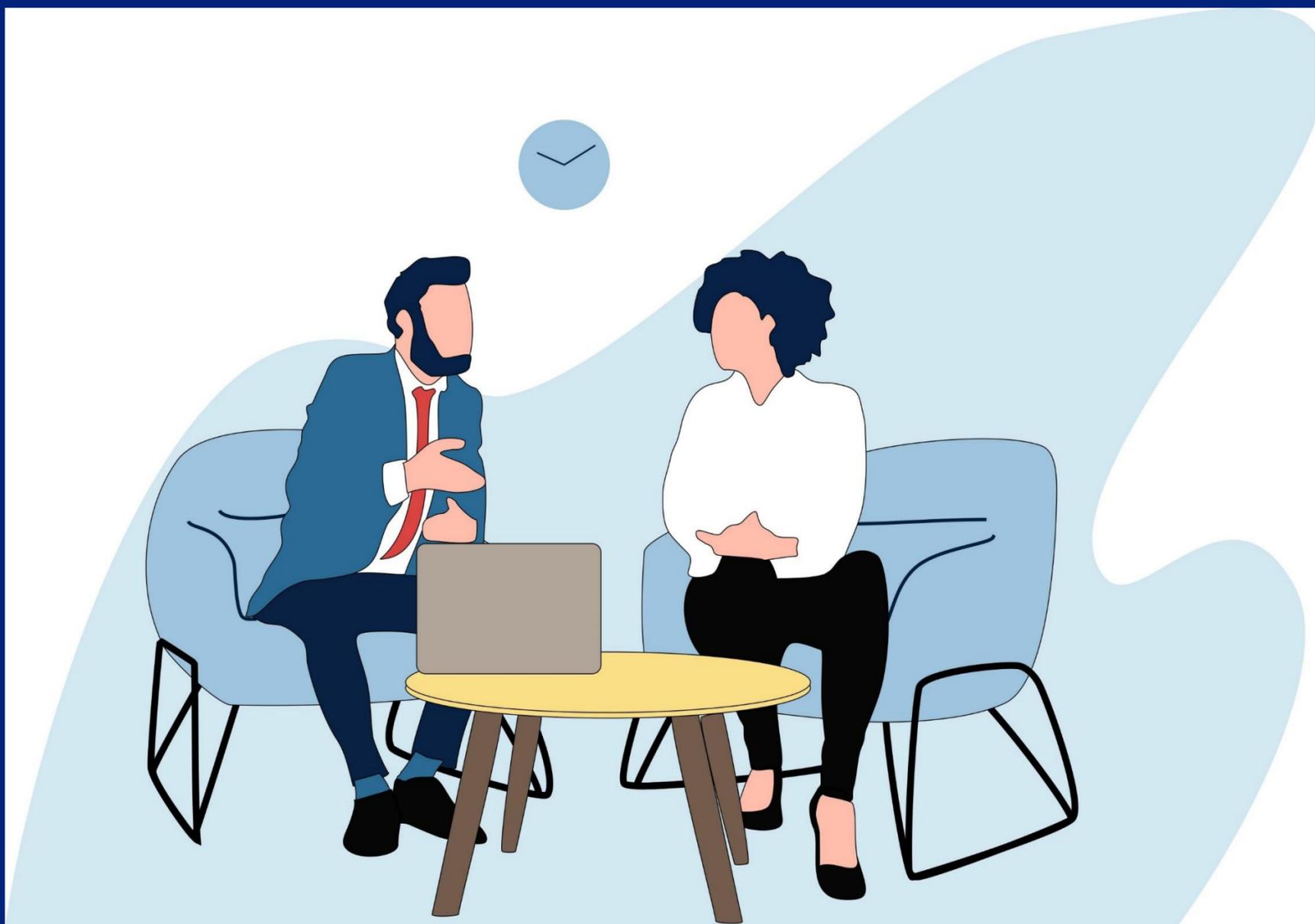


- Guide OMÉDIT Normandie – Exemple de dotation pour besoins urgents
- [Formation ESSMS OMÉDIT Normandie \(genial.ly\)](https://genial.ly) – Transport et Stockage
- Guide produits thermosensibles - [OMÉDIT/ARS Normandie](#)
- Grille [Respect de la chaîne du froid des médicaments thermosensibles pour EHPAD](#) – OMÉDIT Normandie
- Quick audit « Stockage » – OMÉDIT Normandie

## Organiser, sécuriser et formaliser les modalités de transport

### ➤ Réception et stockage dans l'EHPAD des stupéfiants :

- Remis **en main propre** à l'**IDE** de l'EHPAD dans un contenant fermé avec précision faite (dans le contenant) des médicaments en son sein, à l'unité de prise près.
- **Dès la réception** des traitements, un **contrôle qualitatif et quantitatif** par un IDE est réalisé et **tracé**.
- Tout contenant endommagé, ouvert ou toute non-conformité observée à l'issu du contrôle qualitatif et quantitatif du contenu de la livraison devra être signalé dès réception par l'EHPAD et tracé (sur une fiche navette ou autre fiche de non-conformités à conserver à l'EHPAD et à transmettre au pharmacien).
- Les médicaments sont **ensuite stockés immédiatement** dans le **coffre**.



Focus sur les  
pratiques  
d'écrasement/  
Formes buvables

# Quiz

**Quiz 3 :** Quelles sont le/les affirmations vraies ?:

- Les solutions buvables peuvent être mélangées entre elles
- La préparation des solutions buvables doit se faire au plus proche de l'administration
- La règle suivante doit être respectée : 1 résident = 1 flacon = 1 dispositif doseur
- Lors d'une première utilisation d'un flacon, dès son ouverture il doit être inscrit sur le flacon la date d'ouverture et si possible la date de péremption après ouverture



# Quiz

## Quiz 3 : Selon vous :

- Les solutions buvables peuvent être mélangées entre elles
- La préparation des solutions buvables doit se faire au plus proche de l'administration
- La règle suivante doit être respectée: 1 résident = 1 flacon = 1 dispositif doseur  
→ **Les graduations et les unités peuvent être différentes d'un dispositif à l'autre**
- Lors d'une première utilisation d'un flacon, dès son ouverture il doit être inscrit sur le flacon la date d'ouverture et si possible la date de péremption après ouverture



# Les solutions buvables

Retrouvez les bonnes pratiques de préparation et d'administration des solutions buvables multidoses (OMÉDIT Centre Val-de-Loire) : [http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery\\_files/site/136/2953/5062/7147.pdf](http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/7147.pdf)



Fiche « Conserver les SOLUTIONS BUVABLES après ouverture ? » (OMÉDIT Centre Val-de-Loire, mars 2020)

## LES DIFFÉRENTES ÉTAPES

### S'organiser pour ne pas être dérangé par des interruptions de tâches<sup>1</sup>

- 1 Interroger le prescripteur sur le maintien de cette forme galénique et s'assurer qu'il n'en existe pas une autre plus adaptée
- 2 Nettoyage de la surface du plan de travail
- 3 Procéder à un **lavage hygiénique des mains ou frictions avec une solution hydro alcoolique** avant toute manipulation des médicaments 
- 4 Prendre le flacon de solution buvable multidoses conformément à la prescription
- 5 Vérifier si le dispositif doseur ou le système d'administration est bien spécifique du soluté buvable. Il peut s'agir d'une cuillère doseuse, d'une pipette, d'un compte-gouttes

**⚠ Ne vous mélangez pas les pipettes !**  
1 résident = 1 flacon = 1 dispositif doseur  
car les graduations et les unités peuvent être différentes d'un dispositif à l'autre

- 6 Vérifier la concordance entre la graduation du système d'administration et l'unité de prescription

**⚠** S'il existe une différence entre les 2, rechercher l'information dans la notice et confirmer auprès du prescripteur

- 7 S'il s'agit d'une première utilisation, noter la date d'ouverture et si nécessaire la date de péremption sur le flacon **dès son ouverture** 

Si le flacon est déjà ouvert, vérifier que la date d'ouverture est bien renseignée et le flacon utilisable

**⚠** Se référer aux données du laboratoire et/ou à la procédure de votre établissement concernant la durée d'ouverture des conditionnements multidoses

- 8 Identifier le flacon de solution buvable multidoses avec l'étiquette du patient (nom, prénom)

**⚠** Coller l'étiquette du patient sur le flacon sans masquer d'inscription.

NE PAS COLLER L'ÉTIQUETTE SUR LE BOUCHON 

- 9 Identifier le gobelet avec l'étiquette du patient 

**⚠ Ne pas coller l'étiquette patient sur le couvercle du gobelet**

- 10 Remplir le gobelet au 1/3 avec de l'eau - L'eau doit toujours être mise dans le gobelet avant les gouttes 

**⚠ Ne pas utiliser d'autre diluant que l'eau sans s'assurer que cela est possible auprès de la pharmacie**

**La préparation du médicament doit avoir lieu juste avant l'administration**

**⚠ Ne pas mélanger les solutions entre elles sans avis de la pharmacie** 

- 11 **Mesurer avec précision** le nombre de gouttes ou de millilitres à administrer conformément à la prescription

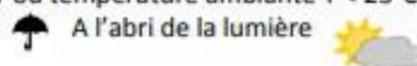
Pour les flacons compte-gouttes : Tenir le flacon verticalement afin d'avoir des volumes de gouttes homogènes  
**Refermer immédiatement le flacon** après chaque utilisation

- 12 **Laver le dispositif doseur** associé après chaque utilisation en le **démontant** puis en effectuant un lavage manuel avec un détergent vaisselle.

**Le ranger aussitôt** avec le médicament. 

**⚠ Lors de l'ouverture d'un nouveau flacon, jeter les anciens dispositifs doseurs**

- 13 **Respecter les modalités de conservation** du Médicament, selon les cas :

 Réfrigérateur ou température ambiante T < 25°C  
 Endroit sec  A l'abri de la lumière 

- 14 **Administrer** le médicament au patient en vérifiant le respect de la règle des 5B<sup>1</sup>

- 15 **Tracer l'administration**

- 16 **Nettoyer le gobelet :**

Enlever l'étiquette  
Procéder au lavage manuel ou au lave-vaisselle 



# Les solutions buvables

Situation de préparation des gouttes par les AS souvent banalisée :

**Attention +++** : geste technique + préparation de médicaments à risque

exemple des neuroleptiques et antipsychotiques : effets indésirables +++ (sédation, confusion, chute, interactions médicamenteuses, trouble du rythme cardiaque)

- 1. Interroger le prescripteur sur le maintien de cette forme galénique ou le remplacement par une forme plus adaptée ou revoir si les horaires de prise pourraient être adaptés pour qu'une IDE puisse en assurer l'administration sécurisée**
- 2. La préparation des gouttes buvables est un acte infirmier**
- 3. L'aide à la prise de solutions buvables peut être assurée sous la responsabilité effective de l'IDE, avec la collaboration d'AS**

## Qui fait quoi ?

En fonction de la problématique, une alternative à la forme buvable doit être recherchée par le prescripteur ou une alternative d'organisation afin qu'une infirmière puisse en assurer l'administration sécurisée

- L'IDE prépare les gouttes juste avant la prise
- L'IDE ou l'AS aide le patient à les prendre

# Quiz

**Quiz 4 :** Les pratiques d'écrasement/d'ouverture des gélules. Quelles sont le/les affirmations vraies ?

- En France, une étude a montré que la pratique du broyage chez le sujet âgé en institution concerne 1 personne sur 3 et s'effectue dans 40% des cas sur des formes médicamenteuses non écrasables
- Les aides-soignants peuvent écraser les médicaments
- Il est possible d'écraser ensemble plusieurs médicaments différents
- Les formes gastro-résistantes peuvent être écrasées



# Quiz

**Quiz 4 :** Les pratiques d'écrasement/d'ouverture des gélules. Quelles sont le/les affirmations vraies ?

- En France, une étude a montré que la pratique du broyage chez le sujet âgé en institution concerne 1 personne sur 3 et s'effectue dans 40% des cas sur des formes médicamenteuses non écrasables

*M. Caussin, W. Mourier, S. Philippe et al. L'écrasement des médicaments en gériatrie : une pratique "artisanale" avec de fréquentes erreurs qui nécessitent des recommandations. La Revue de médecine interne 33 (2012) 546–551 [pdf]*

- Les aides-soignants peuvent écraser les médicaments
- Il est possible d'écraser ensemble plusieurs médicaments différents
- Les formes gastro-résistantes peuvent être écrasées



# Les pratiques d'écrasement des médicaments



Avant de prescrire un broyage, il convient:

1. D'évaluer la nécessité de poursuivre le traitement
2. De chercher des **alternatives thérapeutiques ou galéniques** (formes orodispersibles, etc.) pour limiter la prescription du broyage aux médicaments indispensables

**Dans 9 cas sur 10, une alternative au broyage existe**

3. De vérifier sur la **liste** que les médicaments peuvent être écrasés (**liste OMÉDIT SFPC mise à jour en continu**)
4. De renseigner le **motif** d'écrasement
5. De **Prescrire** après la ligne dénomination du médicament "à écraser" (si le logiciel le permet)



[Module : Couper, Ecraser un comprimé ? Ouvrir une gélule ? Comment administrer en toute sécurité ?. Version 3](#)

[Flyer – Broyer ou écraser ce n'est pas sans danger](#)

- La pratique du broyage relève de la **prescription médicale**
- **Activité devant être réalisée par l'IDE, sans délégation possible aux AS ou aux aidants**

# Les pratiques d'écrasement des médicaments

- Formes qu'il n'y a pas lieu d'écraser :
  - Orodispersibles (se délite dans la bouche)
  - Lyoc (se délite dans la bouche)
  - Effervescentes (se délite dans l'eau)
  - Sublinguales (dissolution sous la langue)
  - **A libération prolongée**
  - **formes gastro-résistantes**

**Sécable ne veut pas dire broyable !**

→ **Risques** pour les **soignants** : allergique, toxique si manipulation sans protection, tératogène, troubles musculo-squelettiques, juridique

→ **Risques** pour les **patients** : surdosage, irritation des muqueuses ou gastriques avec risques d'ulcération, baisse d'efficacité

- Utiliser un matériel adapté :

Facilement nettoyable, de préférence sans contact direct avec le médicament (car placé dans un sachet)

# Les pratiques d'écrasement des médicaments

## ➤ Objectif :

Encadrer l'administration des médicaments pour les résidents présentant des troubles de la déglutition, sous anticoagulants, opioïdes...



BÉTABLOQUANTS	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Amertume	Modalités d'administration
ACÉBUTOLOL cp. 200 et 400 mg (SECTRAL)			
ACÉBUTOLOL LP cp. 500 mg (SECTRAL LP)			
ATÉNOLOL cp. sec. 50 et 100 mg (TENORMINE)			

92



- Procédure « Trouble de la déglutition et administration des médicaments »
- Liste des résidents et vigilances à l'administration des médicaments



Focus sur le  
suivi et la  
surveillance

# Traçabilité des prises

Doit être faite **individuellement pour chaque résident et pour chaque médicament**

**En temps réel** = juste après l'administration à chaque patient

Exemples à ne pas suivre :

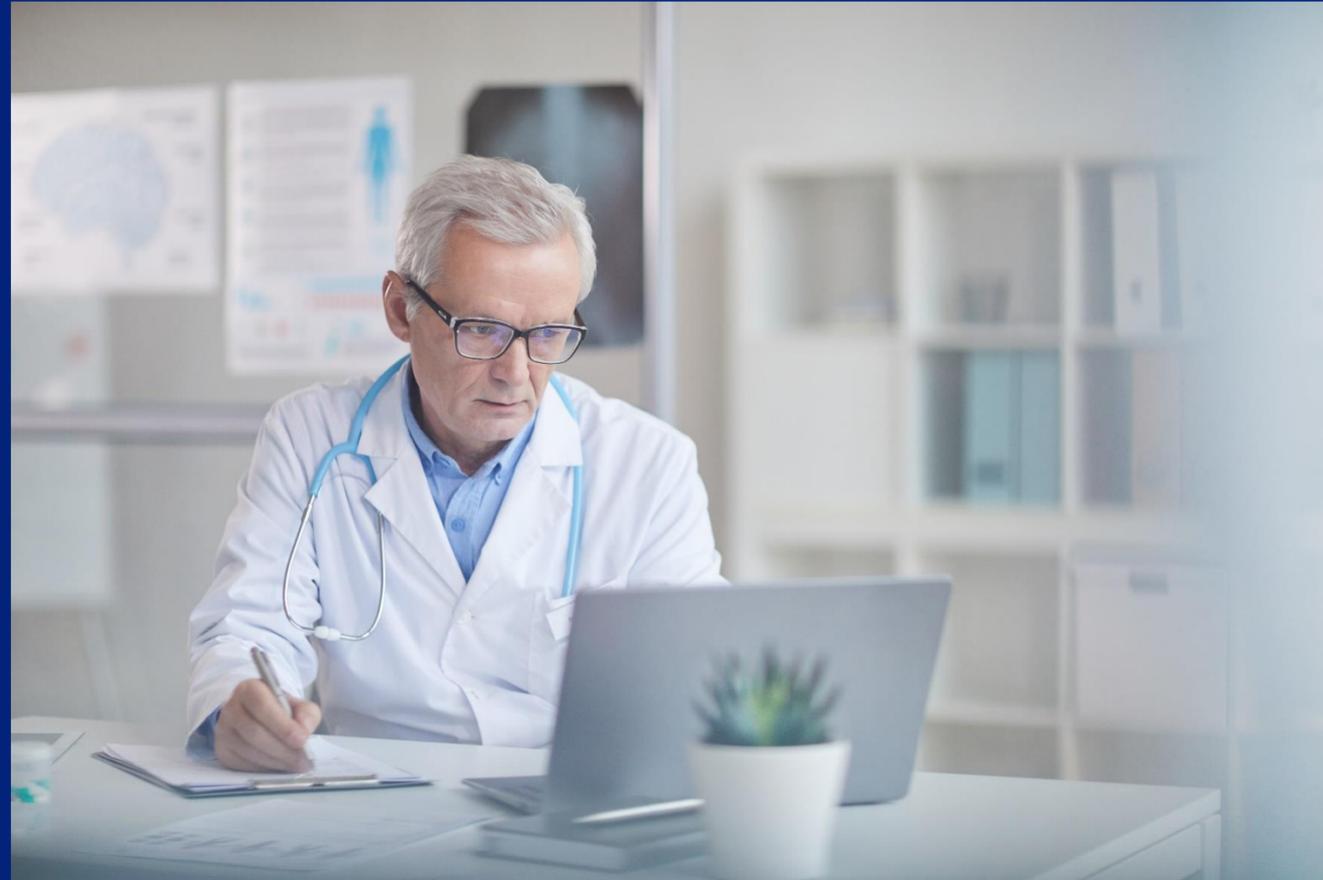
- Traçabilité globale en fin de tournée
- L'IDE cochant toutes les cases du traitement pour tous les résidents une fois qu'elle a tout administré
- Une seule case à cocher pour l'ensemble des traitements administrés
- Tracer juste après avoir posé le médicament sur le plateau repas pour un résident non autonome

Après constat de la prise effective, excepté pour les patients identifiés comme autonomes dans la gestion de leur traitement

**Pour l'aide à la prise réalisée par les AS : la traçabilité doit être assurée avec le même niveau de sécurité**



[Outil de formation sur les médicaments, à destination des accompagnants](#)



**Focus sur la  
continuité de la  
prise en charge  
médicamenteuse**

# Quelle est votre organisation ?

**Question n°12 :** L'EHPAD dispose t-il d'un logiciel de soins?

- Oui, Netsoins
- Oui, TITAN
- Oui, OSIRIS
- Oui, mais un autre logiciel
- Non, aucun logiciel



# La continuité de la PECM

- La continuité de la PECM au sein de l'EHPAD et tout au long du parcours de la personne est organisée
- **L' informatisation du dossier du résident**
  - Permet la mise à disposition d'un **support unique** de **prescription** et d'un **plan de prise**
  - **L'interface avec les partenaires externes** (médecins prescripteurs, pharmacien, laboratoire d'analyse médicale, imagerie médicale) sécurise le partage d'informations (dossier patient informatisé, dossier médical partagé)
  - **Chaque professionnel** dispose d'un **accès** personnel tenant compte de **son habilitation**. Un **mode dégradé** est défini en cas de **panne informatique** et connu des professionnels
- **Un médecin assure la fonction de coordination et centralise les prescriptions établies par les différents prescripteurs**
- **Les infirmiers utilisent les ordonnances comme support pour la préparation des médicaments**
- **Les infirmiers, au moment de l'administration ont accès à l'ordonnance actualisée**
- **Le circuit de l'ordonnance est organisé de manière à éviter la retranscription** : disponibilité d'un **poste dédié au médecin**, possibilité de prescription à distance, connaissance des moments de consultation, "protocole de coopération", téléconsultation

# Gestion des risques : pourquoi et comment déclarer

ARS Normandie et CRPV Rouen et Caen

# Comment réduire les interruptions de tâche sur l'étape d'administration ?

Yamina DIDANE, IDEC et Geneviève GUIOC, Directrice EHPAD La Haye-Montsenelle (Caen)

Florence GUBIN, médecin coordonnateur, EHPAD Forges-Les-Eaux (Rouen)