

ACCOMPAGNEMENT MÉTHODOLOGIQUE

SÉCURISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE EN HANDICAP

Bilan de l'étape 3 et clôture de l'accompagnement

Le 21/01/25 (14h30-16h)

Déroulé - calendrier

Les étapes

| PREREQUIS | |
|--|--|
| 0 | Réaliser une autoévaluation de la PECM : identification des risques essentiels |
| Structurer les fondamentaux de la PECM | |
| 1 | Identifier un référent Prise en charge médicamenteuse volontaire |
| 2 | Constituer et réunir un comité PECM |
| 3 | Etablir une convention ESSMS-PH/pharmacie visant à formaliser les étapes et rôle des équipes dans la dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique, délivrance et logistique) |
| 4 | Schématiser la PECM des résidents/établir une procédure générale PECM |
| 5 | Sensibiliser en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM/les risques d'erreurs médicamenteuses/Prendre en compte les interruptions de tâches |
| 6 | Planification des formations (circuit du médicament : 2 séances → découverte et perfectionnement), accompagnants, erreurs médicamenteuses, retex erreurs médicamenteuses, douleur) |
| 7 | Communiquer régulièrement sur l'ensemble des actions conduites lors de l'accompagnement d'1 an |

| Gérer les risques a posteriori | |
|--|--|
| 8 | Communiquer auprès des équipes sur les enjeux autour de la déclaration des EI |
| 9 | Valider une Charte d'incitation à la déclaration |
| 10 | Mettre en œuvre un système de déclaration des EI |
| 11 | Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions et communication |
| Pérenniser et s'approprier la démarche | |
| 12 | Réaliser un 2 nd tour d'audit flash, un audit terrain, un audit de dossiers |
| 13 | Définir un plan d'action tiré de l'audit |
| 14 | Réaliser un suivi de la mise en œuvre du plan d'action |

Bilan de l'étape 3 : **Pérenniser et s'approprier la démarche**

***Echanges sur les actions mises en
oeuvre et les difficultés rencontrées***

Réaliser un audit

➤ Objectifs :

- Réaliser un **état des lieux** de la **prise en charge médicamenteuse**, à la suite de l'accompagnement
- S'inscrire dans une **dynamique d'évaluation et d'amélioration des pratiques**

→ **Audit à programmer et à réaliser au plus tard pour le 21 décembre 2024**

Réaliser un audit

➤ Reprendre la grille utilisée dans le cadre de l'état des lieux réalisé au début de l'accompagnement

➤ Compléter les résultats du 2nd tour d'audit flash

➤ Pour les FAM, MAS, EEAP : compléter l'audit dossiers

➤ Compléter l'audit terrain

The screenshot shows a software interface for an audit tool. At the top, there is a navigation bar with buttons for 'Avant-propos', 'Informations générales', 'Audit flash', 'Audit dossiers', 'Audit terrain', 'Résultats', and 'Plan d'actions'. Below this is a table titled 'Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)'. The table has columns for 'Num', 'Libellé', 'Lien avec le critère du référentiel', 'Eléments d'appréciation', 'Réponses (renseigner la date)', and 'Commentaire'. The table contains 8 rows of data, each with a specific audit criterion and associated evaluation notes.

| Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM) | | | | | | |
|--|---|---|---|-------------------------------|--|-------------|
| Num | Libellé | Lien avec le critère du référentiel | Eléments d'appréciation | Réponses (renseigner la date) | | Commentaire |
| Stratégie et enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) | | | | | | |
| 1 | Une politique de gestion du risque médicamenteux est présentée dans le projet d'établissement, le projet de soin | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Interview Direction, Chefs de services, RSM (Responsable Système Management), GDR (Gestionnaire des risques). Analyser la forme, le contenu : elle doit prendre en compte les particularités de l'ESSMS : spécificité de la population accueillie qui peut présenter différents risques (âge, troubles cognitifs et/ou moteurs, troubles de la déglutition, perte d'autonomie, la disponibilité des ressources humaines (la nuit et le week-end, les jours fériés, le temps de présence médical), modalités d'accueil et implication des proches (hébergement, accueil séquentiel, etc). Elle doit se décliner dans une procédure opérationnelle diffusée auprès des professionnels impliqués dans la PECM. | | | |
| 2 | L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Le résident et ses aidants sont impliqués aux réflexions portées pour améliorer la PECM. Interroger direction, familles | | | |
| 3 | Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Voir fiche de poste et interroger RPECM sur effectivité, temps consacré | | | |
| 4 | L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Voir éléments de communication interne, interroger direction RPECM | | | |
| 5 | L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Organisation de la PECM : étape, acteur et points de vigilance | | | |
| 6 | L'établissement a constitué et réuni un comité PECM | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Comité expertise des soins. Dernier compte-rendu (date, composition, thème abordé) | | | |
| 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...) | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Interviewer médecin coordonnateur et pharmacien référent : thèmes à préciser | | | |
| 8 | L'établissement réalise une évaluation de la PECM avec une périodicité définie | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | Auto-évaluation type Qual'Va/OMéDIT. Le circuit du médicament est évalué/réévalué régulièrement et/ou lors de modification notable des pratiques (informatisation, mise en place d'un système de PDA externalisé, évolutions réglementaires ...) ou lors d'événements indésirables liés à l'organisation du circuit. L'évaluation permet d'identifier les écarts et de proposer des | | | |

Audit dossiers : FAM, MAS, EEAP

Qual'va omedit

Avant-propos Informations générales Audit flash Audit dossiers Audit terrain Résultats Plan d'actions

| Num | Libellé | Critère du référentiel concerné | Dossier 1 | Dossier 2 | Dossier 3 | Dossier 4 | Dossier 5 | Commentaire |
|---|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Dossier médical/Prescription/Traçabilité | | | | | | | | |
| 1 | Les allergies éventuelles à des médicaments des résidents sont systématiquement mentionnées dans son dossier | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 2 | Le poids du résident est mesuré et indiqué dans le dossier du résident à l'entrée de celui-ci. Il est réévalué et indiqué dans le dossier régulièrement, selon la procédure interne en vigueur (au moins tous les mois) | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 3 | La fonction rénale du résident est évaluée à l'entrée du résident puis régulièrement selon l'âge et les comorbidités. Elle est notée dans le dossier du résident | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 4 | Toutes les prescriptions sont retrouvées sur un support unique prescription/administration (informatisé ou non) pour l'ensemble du traitement, sans retranscription | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 5 | La traçabilité des prises/administrations est conforme : le nombre de prises théorique de la prescription, sur l'ensemble des jours de la semaine, est égal au nombre de prises réelles ou de non prises tracées dans le dossier | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 6 | Les prescriptions sont intégralement conformes aux bonnes pratiques (datées, lisibles, signées, identification du médecin et du résident, dosages, posologies, conditions d'administration, durées, voie d'administration pour les injectables) | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 7 | La prescription se fait préférentiellement en dénomination commune internationale (DCI). Lorsque la prescription mentionne les noms de spécialités, la DCI doit être aussi systématiquement indiquée | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 8 | Les prescriptions conditionnelles (si besoin) (exemples : antalgiques, antipsychotiques, etc.) détaillent clairement les modalités de prise, comportent une durée maximale de traitement, stipulent le nombre maximal d'administration par période de 24h avec l'intervalle temporel entre deux prises consécutives | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 9 | Des réévaluations régulières des traitements médicamenteux des résidents sont effectuées en pluriprofessionnalité (médecin coordonnateur, médecins traitants, pharmacien référent, infirmières etc.) et sont tracées dans le dossier médical ou dossier de soin (au moins une fois/an) | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| 10 | Les prescriptions nominatives de médicaments stupéfiants sont réalisées sur des ordonnances sécurisées (Pour chaque médicament soumis à la réglementation des stupéfiants, le LAP imprime la posologie en unité de prise après l'avoir traduite en toutes lettres) Référentiel fonctionnel de certification des logiciels hospitaliers d'aide à la prescription, validé par le Collège le 6 mai 2021 / Référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire, validé par le Collège le 25 mars 2021 | 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament | | | | | | |
| Coordination entre les partenaires/ Continuité de la prise en charge | | | | | | | | |
| 11 | En cas d'hospitalisation, il existe une fiche de liaison et/ou un dossier de liaison d'urgence (DLU) permettant notamment d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse | 3.6.3 - Les professionnels accompagnent les personnes dans la continuité de leur prise en charge médicamenteuse. 3.6.2 - Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du | | | | | | |

Avant-propos Informations générales Audit flash Audit dossiers FAM - MAS - EEAP Audit terrain Résultats Plan d'actions

Pour les FAM, MAS et EEAP : Remplir la grille "Audit dossiers".

Les 3 (minimum) à 5 (idéalement) dossiers doivent idéalement porter parmi 9 les profils listés ci-dessous :

- 1 sortie d'hospitalisation/consultation récente
- 1 résident traité pour une douleur par opioïde ou autre antalgique
- 1 résident sous Neuroleptique à Action Prolongée
- 1 résident traité pour une épilepsie
- 1 résident ayant été traité par une antibiothérapie dans les 3 derniers mois
- 1 résident sous Inhibiteur de pompe à protons
- 1 arrivée récente d'un résident
- 1 résident sous Antidépresseur
- 1 résident avec une sonde GPE (Gastrostomie percutanée par voie endoscopique)

Audit terrain

Avant-propos

Informations
générales

Audit flash

Audit dossiers

Audit terrain

Résultats

Plan d'actions

Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM)

| Num | Libellé | Critère concerné | Personne rencontrée | Éléments d'appréciation | Cotation | Commentaire |
|--------------------------------|--|---|--------------------------|---|----------|-------------|
| Evènements indésirables | | | | | | |
| 1 | Une fiche de déclaration d'évènement indésirable médicamenteux est connue des professionnels | 3.13.1 - L'ESSMS organise le recueil et le traitement des évènements indésirables | Cadre/IDE/AS /médecin... | Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et description des modalités pratiques | | |
| 2 | Pour encourager la déclaration des erreurs médicamenteuses, la charte "d'incitation à la déclaration" est connue des professionnels | 3.13.4 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion des évènements indésirables | Cadre/IDE/AS /médecin... | Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et modalité de diffusion | | |
| 3 | Des réunions d'analyses collectives sur les évènements indésirables sont organisées | 3.13.3 - Les professionnels déclarent et analysent en équipe les évènements indésirables et mettent en place des actions correctives | Cadre/IDE/AS /médecin... | Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et éventuelle formation des équipes aux analyses | | |
| 4 | Les professionnels ont connaissances des actions correctives décidées durant les réunions pluridisciplinaire d'analyse collectives des évènements indésirables | 3.13.2 - L'ESSMS communique sur le traitement des évènements indésirables auprès des parties prenantes | Cadre/IDE/AS /médecin... | Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Accessibilité et éventuelle association des équipes pour proposer des actions correctives | | |
| Protocoles / procédures | | | | | | |
| 5 | La procédure générale et les protocoles sur l'ensemble du processus de prise en charge médicamenteuse sont accessibles et connus par les équipes médicales et soignantes | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre 3.8.6 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux RBPP, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention | Cadre/IDE/AS /médecin... | Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et accessibilité | | |
| 6 | Il existe une procédure/protocoles formalisant l'organisation et la continuité de la PECM en cas de sorties temporaires (à la journée, week-end famille, transfert, vacances adaptées etc.). Exemples: protocole concernant la sécurisation et la distribution des traitements médicamenteux lors des sorties temporaires (qui prépare les piluliers ? qui aide à la prise ? modalités de traçabilité des prises ? etc.) | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre 3.8.6 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés aux RBPP, procédures et références spécifiques à leur cadre d'intervention | Cadre/IDE/AS /médecin... | Interroger minimum 2 catégories socio-professionnelles différentes. Connaissance des procédures et accessibilité | | |
| | Il existe une liste des médicaments préférentiels (Livret thérapeutique) définie en concertation avec le médecin | 3.6.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre | | | | |

Avant-propos

Informations générales

Audit flash

Audit dossiers FAM - MAS - EEAP

Audit terrain

Résultats

Plan d'actions



Résultats des audits

Avant-propos
Informations générales
Audit flash
Audit dossiers
Audit terrain
Résultats
Plan d'actions

RESULTAT PAR ONGLET

| AUDIT FLASH | % d'avancement de la démarche d'amélioration | AUDIT DOSSIERS | % de conformité | AUDIT TERRAIN | % de conformité |
|---|--|------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| Date de réalisation de l'audit flash | .././.... | Moyenne globale | NC | Stratégie de la PECM | NC |
| Résultat de l'audit flash | NC NC NC | | | Evènements indésirables | NC |
| Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM | NC NC NC | | | Protocoles / procédures | NC |
| Evènements indésirables | NC NC NC | | | Projet d'accompagnement | NC |
| Protocoles / procédures | NC NC NC | | | Mise en œuvre de la PECM | NC |
| Formation / Information | NC NC NC | | | Prescription / Dispensation | NC |
| | | | | Préparation / Administration | NC |
| | | | | Stockage | NC |

RESULTAT GLOBAL

| | | | |
|---|-----------|--|--|
| Stratégie de la PECM | NC | | |
| Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM | NC | | |
| Evènements indésirables | NC | | |
| Protocoles / procédures | NC | | |
| Projet d'accompagnement | NC | | |
| Formation / Information | NC | | |
| Mise en œuvre de la PECM | NC | | |
| Prescription / Dispensation | NC | | |
| Préparation / Administration | NC | | |
| Surveillance | NC | | |
| Stockage | NC | | |

LIEN AVEC LES CRITERES DU NOUVEAU REFERENTIEL

(Critères impératifs indiqués en jaune)

Thématique : Accompagnement à la santé

Avant-propos
Informations générales
Audit flash
Audit dossiers FAM - MAS - EEAP
Audit terrain
Résultats
Plan d'actions
+

Bilan des audits

Nombre de grilles reçues: 30 *(68 audits flash reçus en mars 2024)*

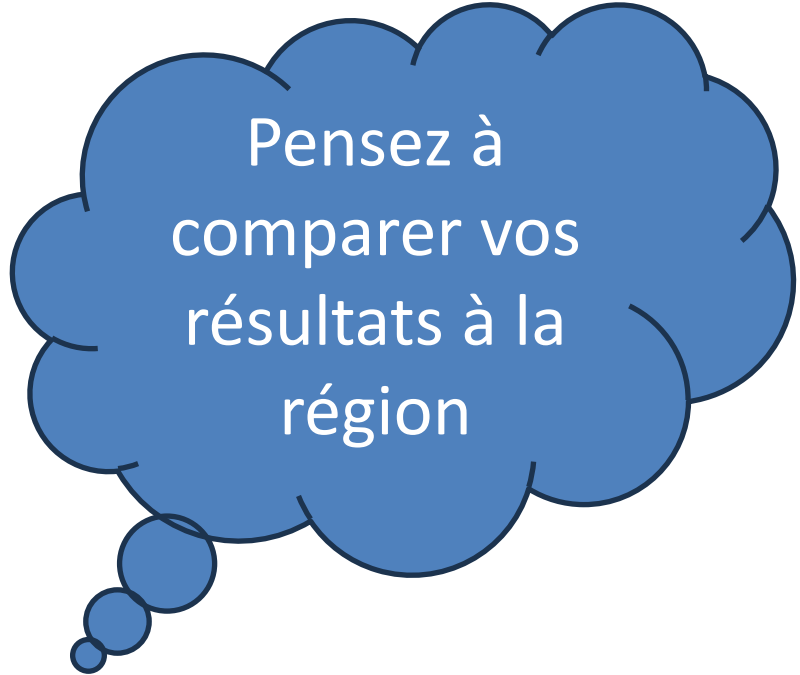
| Type d'ESSMS | Nombre de Structures |
|----------------------|----------------------|
| IME | 11 |
| MAS | 8 |
| FAM | 5 |
| EEAP | 2 |
| IEM | 1 |
| IMP | 1 |
| ITEP | 1 |
| Total général | 30 |

Résultats compilés par onglet, des 30 audits

| Audit flash | % de conformité | |
|---|-----------------|--------------|
| | Tour 1 | Tour 2 |
| Evènements indésirables | 63% | 80,3% |
| Formation/information | 50,7% | 63,9% |
| Protocoles/procédures | 57,8% | 66,9% |
| Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM | 44,1% | 67,8% |
| Total | 51,1% | 69,5% |

| Audit terrain | % de conformité |
|---------------------------------|-----------------|
| Stratégie de la PECM | 69,4% |
| Evènements indésirables | 62,1% |
| Protocoles/Procédures | 65,6% |
| Projet d'accompagnement | 84,5% |
| Mise en œuvre de la PECM | 85,1% |
| Prescription/Dispensation | 84% |
| Préparation/Administration | 85,4% |
| Stockage | 84,9% |

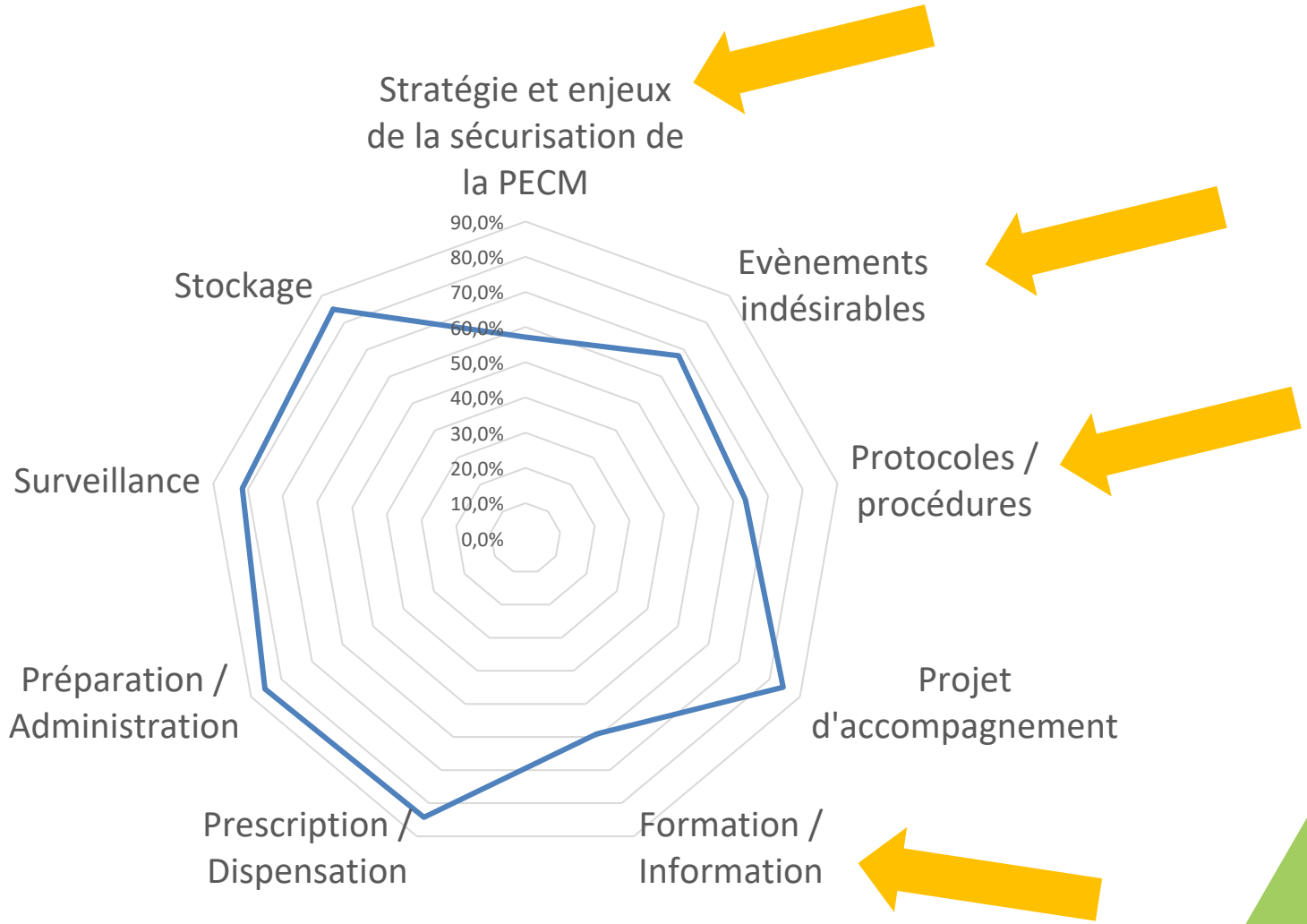
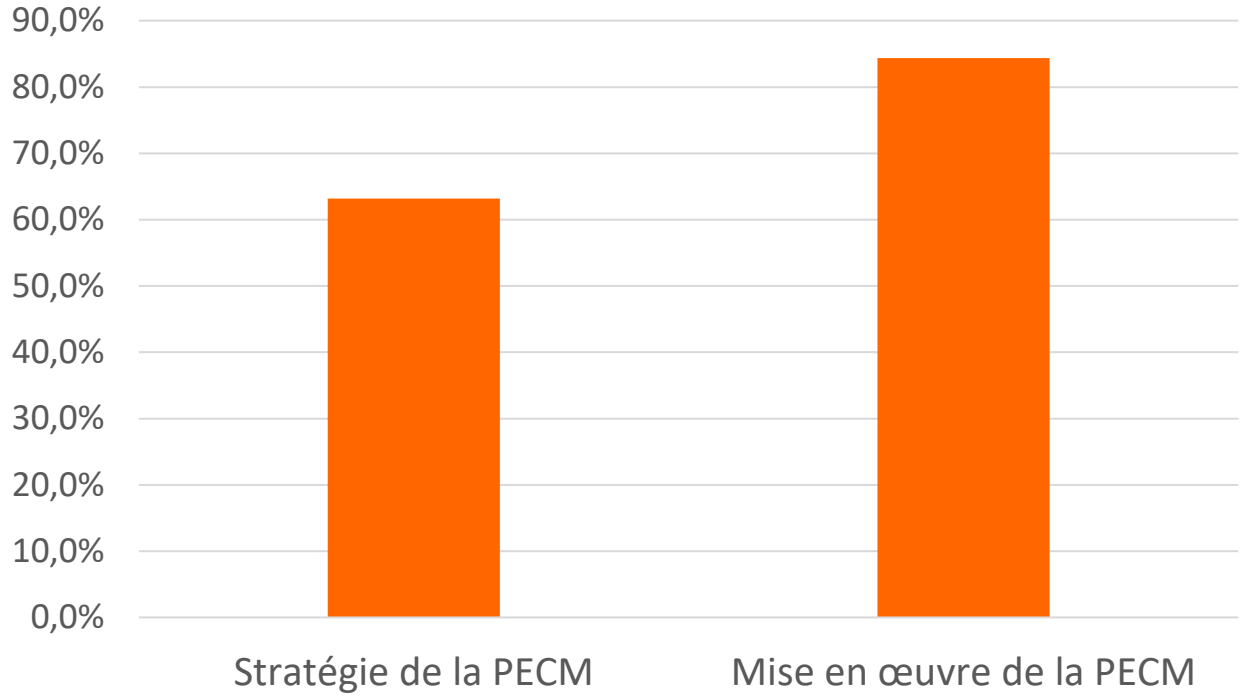
| Audit dossiers | % de conformité |
|------------------------|-----------------|
| Moyenne globale | 82,5% |



Résultats compilés des 30 audits : résultats globaux

| | |
|---|--------------|
| Stratégie de la PECM | 63,2% |
| Stratégie et enjeux de la sécurisation de la PECM | 57,2% |
| Evènements indésirables | 67,7% |
| Protocoles/procédures | 63,4% |
| Projet d'accompagnement | 84,5% |
| Formation/Information | 59,1% |


| | |
|---------------------------------|--------------|
| Mise en œuvre de la PECM | 84,4% |
| Prescription/Dispensation | 84,3% |
| Préparation/Administration | 85,4% |
| Surveillance | 81,6% |
| Stockage | 84,9% |



Focus sur les protocoles/procédures



Support d'aide à l'élaboration d'une procédure PECM en ESSMS (OMéDIT Normandie)

| | | |
|-------------------------|--|--|
| Logo de l'établissement | Support d'aide à l'élaboration d'une procédure « Prise en charge médicamenteuse » en ESSMS | Rédaction :  Normandie |
| | | Mise à jour : février 2024 |

Préambule :

Cette procédure s'inscrit dans la politique de gestion du risque médicamenteux ; elle doit être adaptée aux spécificités et organisations de l'ESSMS afin de refléter les organisations en place au sein de la structure.

Cette procédure doit être accessible, connue et respectée de tous les professionnels impliqués dans la PECM (dont nouveaux arrivants, vacataires, intérimaires, étudiants)

Cette aide à la rédaction liste les éléments « incontournables » à intégrer dans une procédure générale « Prise en charge médicamenteuse en ESSMS ». Ce document n'a pas vocation à être appliqué, intégré à la base de gestion documentaire et diffusé dans l'état.

Table des matières

| | | |
|------|---|---|
| I. | Objet de la procédure | 1 |
| II. | Schématisme du circuit du médicament..... | 1 |
| III. | Etapas du circuit du médicament..... | 2 |
| | 1. Prescription | 2 |
| | 2. Dispensation..... | 2 |
| | 3. Stockage | 3 |
| | 4. Préparation des traitements | 3 |
| | 5. Administration / aide à la prise | 3 |
| | 6. Surveillance | 3 |
| IV. | Référentiels et guides..... | 4 |

I. Objet de la procédure

Elaborée dans le but de **garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des personnes hébergées au sein d'un ESSMS** cette procédure opérationnelle décrit l'organisation pour l'ensemble du circuit : prescription, circuit de l'ordonnance, dispensation par le pharmacien (PUI ou officine), stockage dans des locaux sécurisés, préparation des doses à administrer (PDA) par l'infirmier ou par l'équipe pharmaceutique, administration/aide à la prise, traçabilité associée et surveillance de la personne accompagnée.

Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

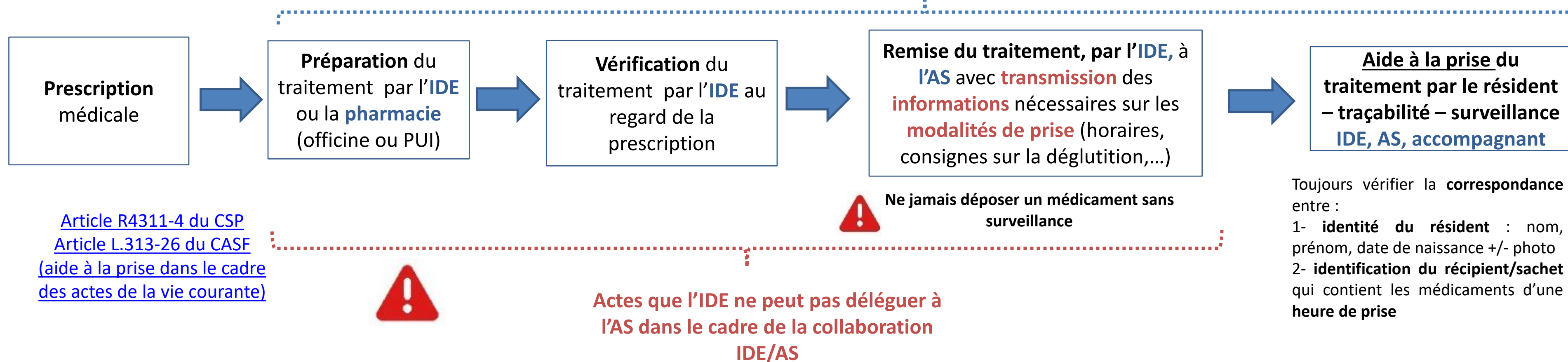
- Eviter le terme de « stock tampon » : utiliser le terme de **dotation pour besoins urgents (DBU)** ou **dotation pour soins prescrits en urgence**
- Lieu de **stockage** des médicaments : **accès uniquement IDE**
- Identification des résidents: **nom, prénom, date de naissance +/- photo**
- **Bannir la formule** : « l'IDE délègue la remise et l'aide à la prise »
 - L'IDE reste responsable de l'étape d'aide à la prise
 - il s'agit d'une **collaboration** IDE-professionnel réalisant l'aide à la prise

Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

- Eviter le terme de « distribution » : pas de définition dans le CSP

Aide à la prise en pratique

Etape d'administration



Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

- Préparation extemporanée des gouttes buvables et des solutions buvables par un personnel réalisant l'aide à la prise ? :
 - **NON, compétence dévolue à l'infirmier**
 - Nécessite une étape de préparation des doses à administrer avec un calcul du nombre de gouttes à administrer ou une reconstitution d'une solution buvable dans des conditions d'hygiène et de sécurité (utilisation de bon dispositif de préparation)

Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux, Innovations Thérapeutiques
 FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE
 Commission PAIRS EHPAD
 Mise à jour : Juin 2017

Bonnes pratiques de préparation et d'administration des SOLUTIONS BUVABLES MULTIDOSES

Validation Comité stratégique : Juin 2017

PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION DE CETTE FORME GALÉNIQUE ?

Au regard des caractéristiques liées à cette forme galénique (préparation extemporanée, conservation), il est nécessaire d'interroger le prescripteur sur le maintien de cette forme galénique ou le remplacement par une forme plus adaptée.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES

S'organiser pour ne pas être dérangé par des interruptions de tâches¹

- Interroger le prescripteur sur le maintien de cette forme galénique et s'assurer qu'il n'en existe pas une autre plus adaptée
- Nettoyage de la surface du plan de travail
- Procéder à un **lavage hygiénique des mains ou frictions avec une solution hydro alcoolique** avant toute manipulation des médicaments
- Prendre le flacon de solution buvable multidoses conformément à la prescription
- 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
- 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
 - ⚠ 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
- 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**

- Identifier le gobelet avec l'étiquette du patient
 - ⚠ **Ne pas coller l'étiquette patient sur le couvercle du gobelet**
- Remplir le gobelet à 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**
- 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
- 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**
- Respecter les modalités de conservation du Médicament, selon les cas :
 - Refrigerateur ou température ambiante T < 25°C
 - Endroit sec
 - A l'abri de la lumière
- Administrer le médicament au patient en vérifiant le respect de la règle des 5B¹
- Tracer l'administration
- Nettoyer le gobelet :
 - Enlever l'étiquette
 - Procéder au lavage manuel ou au lave-vaisselle

[lci](#)

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques de la région Centre-Val de Loire

Conservation des SOLUTIONS BUVABLES après ouverture ?

Un dispositif d'administration = un médicament

Bien **reboucher** après utilisation. Conserver le flacon de solution buvable à l'abri de la lumière et de la chaleur.

Garder **propre** la pipette ou la seringue doseuse dans la boîte du médicament correspondant pour ne pas la mélanger avec une autre

• LA PHARMACIE ① RENSEIGNE SUR L'ÉTIQUETTE (cf. modèle) LA DURÉE DE CONSERVATION APRÈS OUVERTURE PUIS ② COLLE L'ÉTIQUETTE SUR LE FLACON DÉLIVRÉ (pas sur le bouchon).

• L'INFIRMIER(E) RENSEIGNE LA DATE D'OUVERTURE ET LA DATE DE FIN D'UTILISATION.

Conservation Après Ouverture
 Mois / Jours
 Ouvert le / / 20
 Périmé le / / 20

Il est pratiquement impossible d'établir une liste dont l'exhaustivité et l'exactitude soient garanties ; les données peuvent différer selon les sources documentaires. Ce tableau est une aide qui ne vous dispense pas d'une recherche de donnée adaptée au cas par cas et à la situation donnée. La liste des molécules présentée tient compte des consommations de solutions buvables recensées en 2019 en région Centre Val de Loire. Liste non exhaustive, données issues de [base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr](#) - janvier 2020.

| Dénomination commune - DCI | Médicament (par ordre alphabétique) | Conservation APRÈS ouverture | Conditions de conservation |
|----------------------------|---|------------------------------|----------------------------|
| Colecalciférol | ADRIGYL 10.000 lu/mL, sol buv en gouttes, flac 10 mL | 3 mois | < 25°C |
| Trihexyphénydyle | ARTANE 0.4%, sol buv en gouttes, flac 30 mL | 2 mois | abri de la lumière |
| Betaméthasone | BETAMETHASONE 0.05% sol buv en gouttes, flac 30 mL | 2 mois | abri de la lumière |
| Cétirizine | CELESTENE 0.05%, sol buv en gouttes, flac 30 mL | 3 mois | abri de la lumière |
| Cétirizine | CETIRIZINE 10 mg/mL, sol buv en gouttes, flac 15 mL | 1 mois | abri de la lumière |
| Zuclopiéthixol | CLOPIXOL 2%, sol buv en gouttes, flac 20 mL | 6 semaines | < 25°C |
| Calcifédiol | DEDROGYL, sol buv en gouttes, flac 10 mL | 3 mois | abri de la lumière |
| Digoxine | DIGOXINE 5 µg/0.1 mL sol buv en gouttes, flac 60 mL | 2 mois | abri de la lumière |
| Pipampérone | DIPIPERON 40 mg/mL, sol buv en gouttes, flac 30 mL | 1 mois | < 25°C |
| Flupentixol | FLUANXOL 4%, sol buv en gouttes, flac 10 mL | 15 jours | < 25°C |
| Halopéridol | HALDOL 2 mg/mL, sol buv en gouttes, flac 30 mL | 3 mois | < 25°C, ne pas congeler |
| plus de 3 substances | HYDROSOL POLYVITAMINE, sol buv en gouttes, flac 20 mL | 20 jours | < 25°C |
| Phénobarbital | KANEURON 5.4%, sol buv en gouttes, flac 30 mL | 18 jours | abri de la lumière |
| Chlorpromazine | LARGACTIL 4%, sol buv en gouttes, flac 30 mL ou 125 mL | 1 mois | < 25°C |
| Levetiracetam | KEPPRA (et générique) sol buv 100mg/mL | 7 mois | abri de la lumière |
| Lévothyroxine | L-THYROXINE 150 µg/mL, sol buv en gouttes, flac 15 mL | 1 mois | entre +2°C et +8°C |
| Praxépan | LYSANKIA 15 mg/mL, sol buv en gouttes, flac 20 mL | 1 mois | < 25°C |
| plus de 3 substances | PHOSPHONEUROS, sol buv en gouttes, flac 120 mL | 1 mois | < 25°C |
| Clonazépam | RIVOTRIL 2.5 mg/mL, sol buv en gouttes, flac 20 mL | 4 mois | < 25°C |
| Escitalopram | SEROPLEX 20 mg/mL, sol buv en gouttes, flac 15 mL | 2 mois | < 25°C |
| Ergocalciférol | STEROGYL, sol buv en gouttes, flac 20 mL | 3 mois | abri de la lumière |
| Cyaméazine | TERCIAN 40 mg/mL, sol buv gouttes, flac 30 mL ou 100 mL | 1 mois | < 30°C |

Péremption courte (< 1 mois)

FLUANXOL (flupentixol) : 15 jours après ouverture
 HYDROSOL POLYVITAMINE : 20 jours après ouv.
 KANEURON (phénobarbital) : 18 jours après ouv.
 TRIFLUCAN (fluconazole) : 15 jours après ouv.

Conservation particulière entre +2°C et +8°C

L-THYROXINE (lévothyroxine)
 UN-ALPHA (alfacalcidol)

[lci](#)

Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

Aide à la prise

| Forme galénique | Aide-soignant | Professionnels socio-éducatifs | |
|---|---|---|--|
| Formes solides unidoses (comprimés, sachets et gélules) | X | X | |
| Formes buvables unidoses (sachets et ampoules) | X | X | |
| Formes multidoses préalablement préparées (pots de poudre, flacons buvables, gouttes) | Une alternative à la forme buvable doit être recherchée par le prescripteur. Idéalement, l'administration des formes buvables multidoses est réalisée par l'IDE qui a préparé la prise extemporanément. En cas d'impossibilité, l'aide à la prise est possible, uniquement pour les médicaments préparés, si elle s'appuie sur des protocoles de soins + habilitations préalables (formation interne à l'ESMS). | | |
| Collyre, lavage oculaire | X | Pour ces formes galéniques: établir au préalable des protocoles de soin et de former les professionnels (habilitations individuelles) afin de garantir le bon usage de ces formes au moment de l'aide à la prise. | |
| Crème, pommade, gel et lotion | X | | |
| Gouttes auriculaires | Pour ces formes galéniques: établir au préalable des protocoles de soin et de former les professionnels (habilitations individuelles) afin de garantir le bon usage de ces formes au moment de l'aide à la prise. | | |
| Suppositoires (d'aide à l'élimination) | X | | |



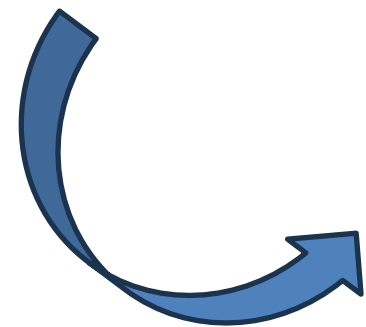
[Module de sensibilisation à l'aide à la prise](#)

PAS d'aide à la prise possible pour :

- Les inhalateurs et aérosols doseurs médicamenteux
- Les ovules
- Les pommades ophtalmiques
- Spray buccaux/bains de bouche médicamenteux
- Dispositifs transdermiques/patches
- Perfusion, seringues
- Stylos pré-remplis (ex: insuline)

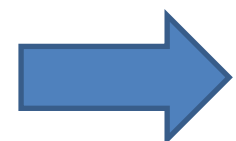
Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

- Gestion des « si besoin » :
 - Il faut qu'une infirmière soit présente, au moins pour :
- les **médicaments prescrits en « si besoin »** : pour évaluer si l'état du patient requière une prise, et si nécessaire préparer la dose puis soit la donner à l'aide-soignante/professionnel socio-éducatif avec les explications nécessaires pour qu'elle aide à sa prise si celle-ci est possible, soit l'administrer elle-même au résident (cf. **décision Tribunal Administratif de Dijon, 3ème Chambre, 25 janvier 2024, 2000998** : <https://justice.pappers.fr/decision/fc6271df5e7603df6a995bf5d29488a3f7e09871?q=Tribunal+Administratif+de+Dijon%2C+3%C3%A8me+Chambre%2C+25+janvier+2024%2C+2000998>)
- les **médicaments qui ne peuvent pas être mis en pilulier, hors stupéfiants** : pour préparer la dose puis soit la donner à une aide-soignante/professionnel socio-éducatif dans le cadre d'une aide à la prise si celle-ci est possible, soit l'administrer elle-même au résident ;



Recours à une IDE d'astreinte de nuit ?

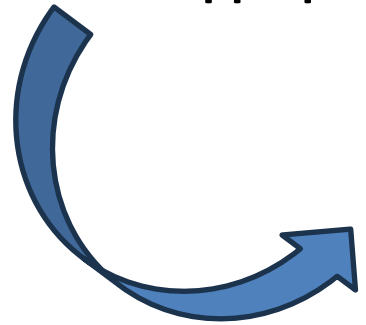
Appel à candidatures [« Dispositif d'astreinte infirmière de nuit territoriale »](#). ARS Normandie : les MAS et les FAM peuvent s'associer à des EHPAD dans le cadre du dispositif IDE de nuit mais seul un EHPAD peut être porteur du dispositif



Remontées de ces problématiques via le Résomédit et les pharmaciens inspecteurs de santé publique

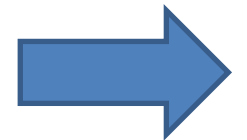
Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

- Prescriptions en « si besoin » (conditionnelles) (suite):
 - Doivent être clairement établies pour ne pas avoir d'hétérogénéité dans l'interprétation du besoin médical. Exemple : Paracétamol 1g si température > 38,5°C, maximum 1 prise toutes les 4h et 3 prises par 24h, pendant 3 jours
- Protocoles anticipés (*fièvre, maux de tête, constipation, diarrhée, vomissements, règles douloureuses et maux de ventre...*)
 - Leur rédaction est pluriprofessionnelle
 - Leur prescription est nominative, datée et signée par le médecin
 - Ils ne peuvent être appliqués que par un IDE qui prépare le médicament selon le protocole. Ni AS, ni éducateur, ni accompagnant ne peuvent appliquer seuls ces protocoles



Recours à une IDE d'astreinte de nuit ?

Appel à candidatures [« Dispositif d'astreinte infirmière de nuit territoriale »](#). ARS Normandie : les MAS et les FAM peuvent s'associer à des EHPAD dans le cadre du dispositif IDE de nuit mais seul un EHPAD peut être porteur du dispositif



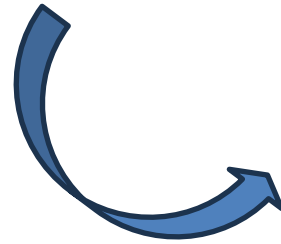
Remontées de ces problématiques via le Résomédit et les pharmaciens inspecteurs de santé publique

Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

- Gestion des stupéfiants:

→ Il faut qu'une infirmière soit présente, au moins pour :

- les **médicaments stupéfiants** : préparer la dose à partir du coffre de stupéfiants, et l'administrer elle-même au résident (**Cour d'appel de Nîmes - 5ème chambre sociale PH 27 juin 2023 / n° 21/01443** : [Cour d'appel - Nîmes - 27 juin 2023 - 21/01443 \(lefebvre-dalloz.fr\)](https://www.ledalloz.fr/cour-d-appel-nimes-27-juin-2023-21-01443))



Recours à une IDE d'astreinte de nuit ?

Appel à candidatures « [Dispositif d'astreinte infirmière de nuit territoriale](#) ». ARS Normandie : les MAS et les FAM peuvent s'associer à des EHPAD dans le cadre du dispositif IDE de nuit mais seul un EHPAD peut être porteur du dispositif



Cas des stupéfiants par voie orale la nuit

L'aide-soignant et l'accompagnant éducatif et social peuvent, en l'absence d'IDE, aider à la prise des médicaments stupéfiants en formes orales prêtes à l'emploi, si ceux-ci ne présentent pas de difficultés particulières d'administration et s'ils ne sont pas réservés à un acte infirmier. Cette aide à la prise constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante, et est réalisable sous condition que :

- Le médecin ne s'oppose pas à cette pratique, c'est-à-dire qu'il ne soit pas fait mention sur la prescription de la nécessité de l'intervention d'IDE et que l'aggravation potentielle de l'état du résident est en permanence anticipée; ²²
- La préparation des doses à administrer soit effectuée en amont par l'IDE ou le pharmacien (et les stupéfiants sont séparés, hors piluliers) ; ^{24, 25}
- Les doses à administrer soient détenues de manière individualisée dans un contenant spécifique au résident concerné et dans des armoires ou locaux sécurisés et munis d'un système d'alerte ou de sécurité renforcé ²⁵.

AS-AES de nuit :

- Se forme en tant que de besoin au protocole d'administration des morphiniques la nuit en l'absence d'IDE (annexe).
- Met en œuvre la prescription médicale du patient, tout en respectant son confort (ex. : ne pas le réveiller, le médecin précisera l'intervalle de temps possible d'administration sur l'ordonnance).
- Vérifie l'identité du résident : nom, prénom, photo, n° de chambre au regard de la prescription.
- Retire du coffre à morphinique spécifique à la nuit le pilulier individualisé nominatif.
- Vérifie le nom du médicament, la dose et le moment de prise au vu de la prescription ou du protocole/ plan de soins.
- S'assure de la prise effective du médicament par le résident ou acte de la non prise (résident endormi ou qui refuse le traitement car suffisamment soulagé par exemple).
- Appelle un médecin ou IDE d'astreinte en cas de problème (résident insuffisamment soulagé, objectifé par l'EVA par exemple).
- Enregistre l'administration sur le support de l'établissement (plan de soins) et trace ses transmissions (ex : non prise / refus du médicament, évènement anormal ou difficulté rencontrée ...).
- Si non prise / refus, range le morphinique dans le coffre spécifique de nuit qui pourra être conservé 7 jours maximum, en notant que c'est une non prise de la veille et le motif (refus, patient endormi, etc.).
- Assure une surveillance régulière du résident et met en œuvre la conduite à tenir en cas de problème, surdosage notamment.

 Remontées de ces problématiques via le Résomédit et les pharmaciens inspecteurs de santé publique

Focus sur l'audit flash

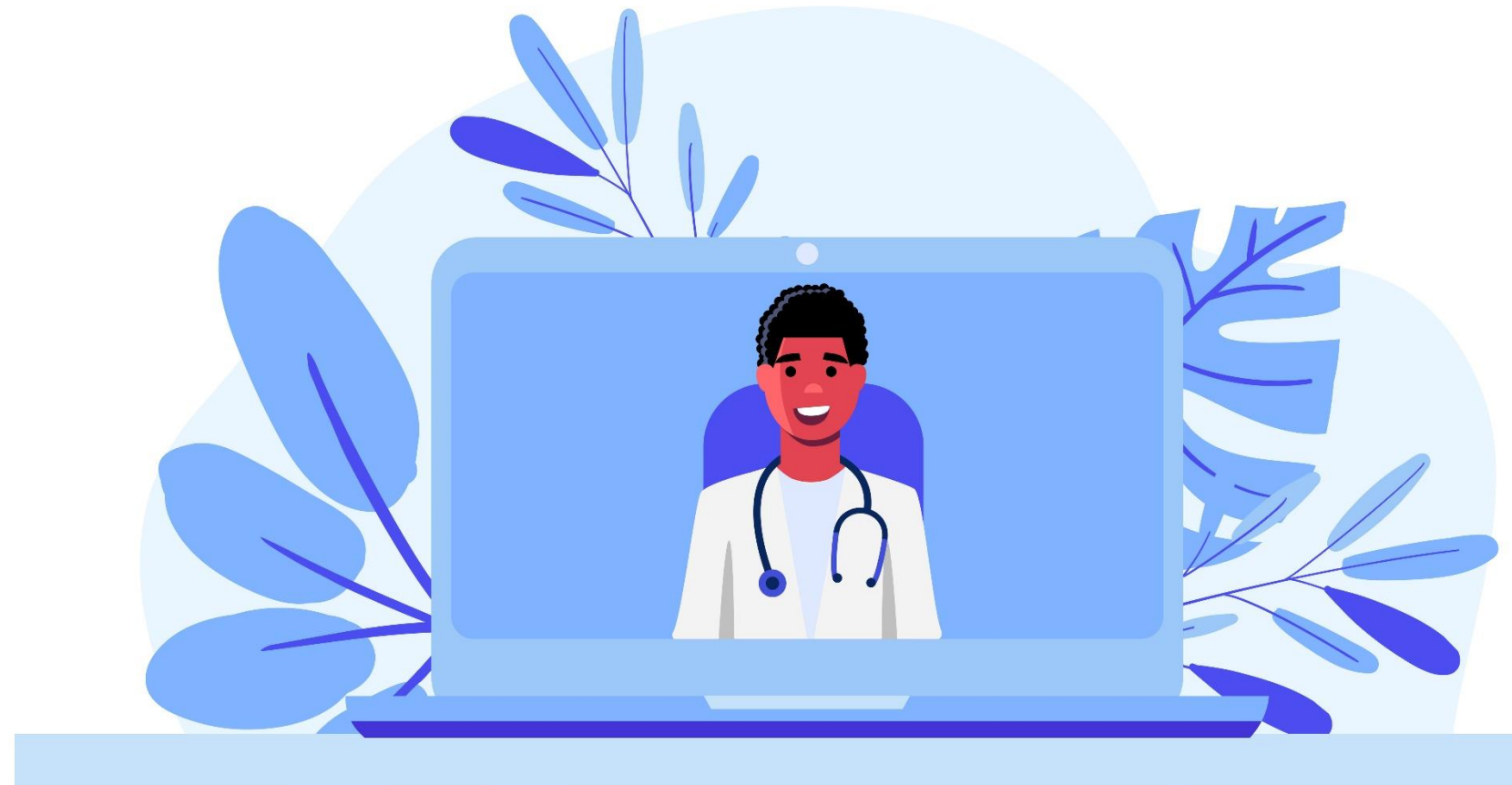
| Num | Libellé | moyenne audit 1 | moyenne audit 2 |
|-----|--|-----------------|-----------------|
| 1 | Une politique de gestion du risque médicamenteux est présentée dans le projet d'établissement, le projet de soin | 21,2% | 38,0% |
| 2 | L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale | 26,0% | 50,4% |
| 3 | Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement ? | 53,2% | 85,0% |
| 4 | L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses | 56,8% | 72,6% |
| 5 | L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous | 46,2% | 76,8% |
| 6 | L'établissement a constitué et réuni un comité PECM | 33,1% | 79,9% |
| 7 | Le médecin coordonnateur, en lien avec le pharmacien référent, définit les objectifs spécifiques à votre établissement pour améliorer certaines pratiques de prescription (médicaments potentiellement inappropriés comme IPP, psychotropes..., adaptation de posologie /forme galénique...) | 33,1% | 49,7% |
| 8 | L'établissement réalise une évaluation de la PECM avec une périodicité définie | 33,1% | 73,8% |
| 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 | 45,3% | 67,5% |
| 10 | Les résidents présentant des risques dans la prise en charge médicamenteuse sont identifiés | 63,7% | 81,8% |
| 11 | Les professionnels dans votre établissement ont coconstruit la stratégie de prise en charge de la douleur des personnes accompagnées avec une réévaluation régulière | 45,4% | 52,9% |

La douleur



Outils disponibles

- Boîte à outils « Douleur » : [Douleur](#)
- Replay webinaire « Douleur et spécificités du handicap » (07/03/24)



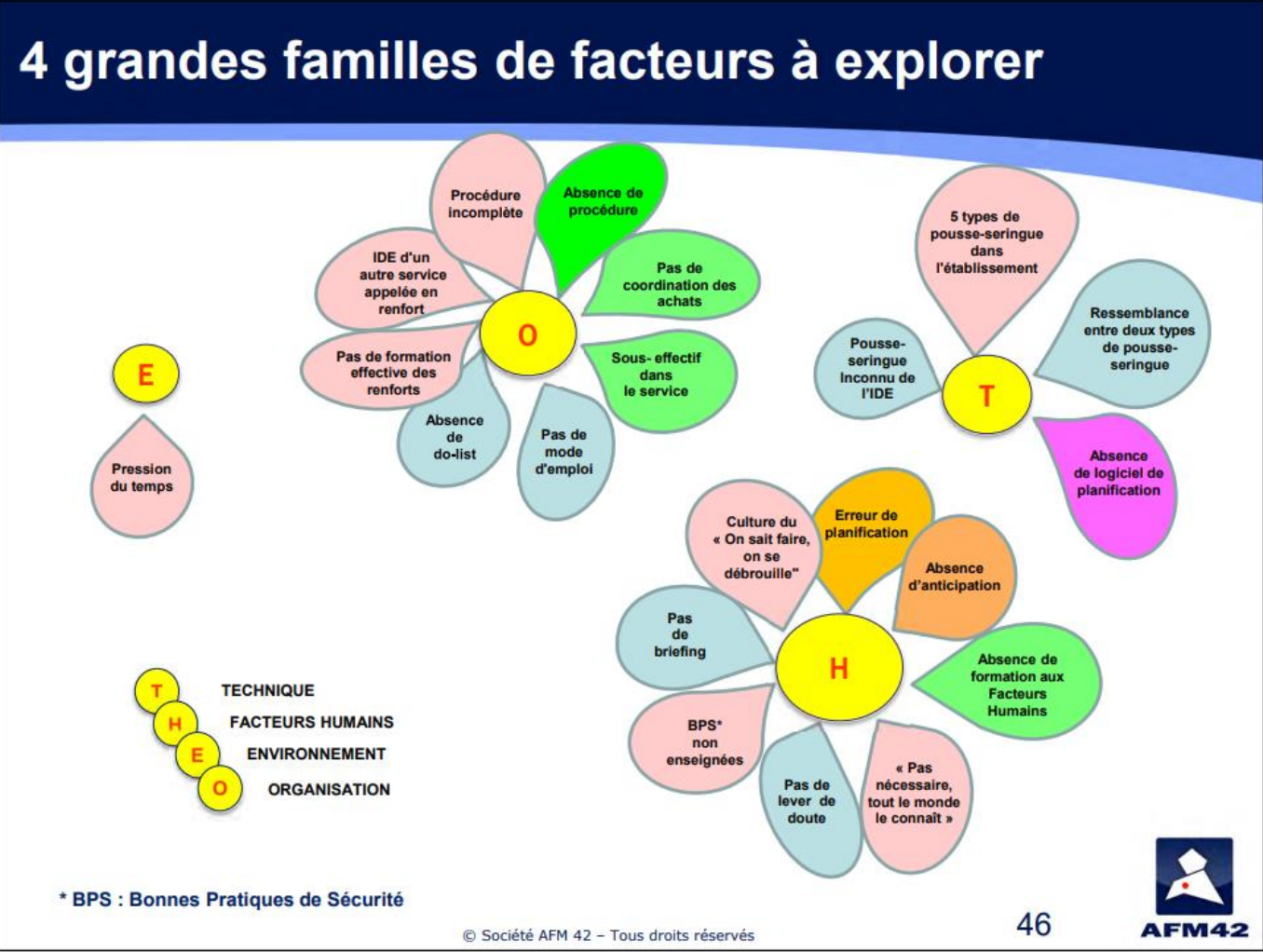
Focus sur l'audit flash

| Num | Libellé | moyenne audit 1 | moyenne audit 2 |
|-----|--|-----------------|-----------------|
| 12 | Vous avez identifié dans votre établissement des médicaments "à risque" (psychotrope, anticoagulant, insuline, médicament stupéfiant ou assimilé stupéfiant (ex: Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Midazolam...)) et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration | 55,2% | 75,7% |
| 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) | 52,4% | 69,3% |
| 14 | Pour les établissements sans pharmacie à usage interne (PUI), une convention relative aux prestations pharmaceutiques existe entre votre établissement et la pharmacie d'officine. Pour les établissements avec PUI, une procédure définit les liens organisationnels avec la PUI. | 54,5% | 72,7% |
| 15 | Une fiche de signalement des événements indésirables médicamenteux est à disposition des professionnels | 80,8% | 93,7% |
| 16 | L'équipe soignante est sensibilisée et incitée au signalement des événements 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 | 65,0% | 82,4% |
| 17 | Une analyse collective des événements indésirables est-elle organisée ? Un plan d'action avec pilote, suivi et délai est mis en place | 46,1% | 67,5% |
| 18 | Une communication sur le traitement des événements indésirables est organisée | 54,4% | 73,7% |
| 19 | Les événements indésirables graves médicamenteux sont signalés sur le portail national | 69,1% | 84,6% |
| 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 termes de distribution, d'administration, d'aide à la prise et de surveillance des résidents, de gestion des médicaments en gouttes, de traçabilité (vérification des piluliers, aide à la prise, etc.), de stockage des médicaments Ces documents sont accessibles et connus par les équipes médicales et soignantes | 66,4% | 77,5% |

Analyse collective des événements indésirables

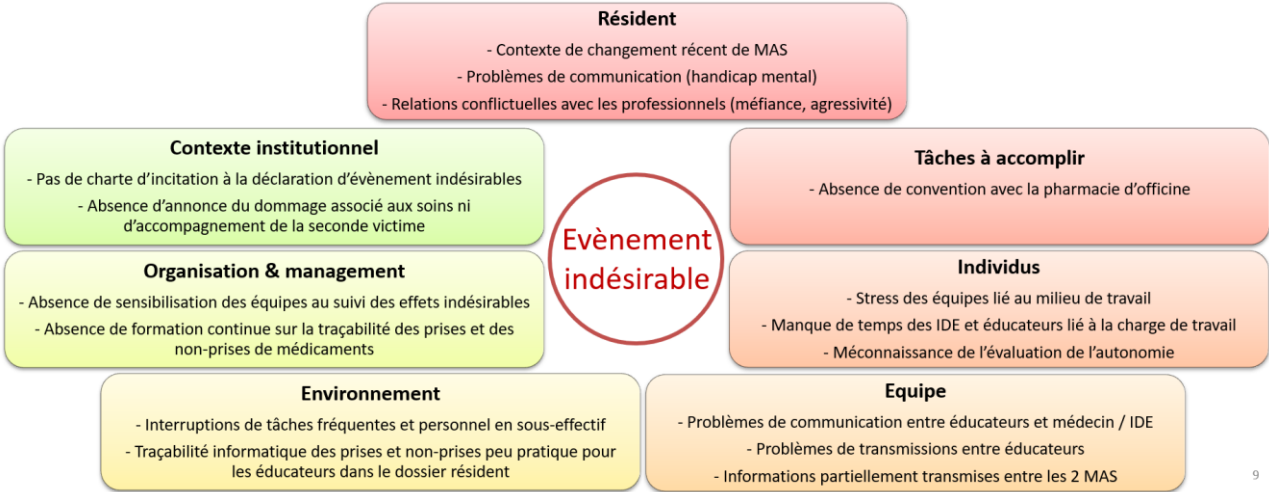
Outils d'analyse et méthodologie :

- Abordés lors de la formation « fiche retex du 14 mai » et lors de l'atelier gestion des risques a posteriori d'une erreur médicamenteuse » (28/05 ; 04/06 ; 11/06 ; 18/06 ; 02/07 ; 23/01/2025)



Ateliers : méthode ALARM

Méthodologie de la recherche des causes profondes : Méthode ALARM



14 mai : méthode ORION

Nécessité de déployer d'autres sessions?

Analyse collective des événements indésirables

Outils d'analyse et méthodologie :

- Abordés lors de l'atelier gestion des risques a posteriori d'une erreur médicamenteuse » (28/05 ; 04/06 ; 11/06 ; 18/06 ; 02/07 : 23/01/25)

| Date | Heure | Faits | Ecart | Facteurs contributifs / influents | Actions correctives | Commentaires |
|-------|-------|---|-------|-----------------------------------|---------------------|--------------|
| 12/04 | matin | Arrivée de Mathéo dans la MAS | non | | | |
| 12/04 | matin | Visite médicale : le médecin represcrit Rispéridone 1 mg à l'identique | non | | | |
| 12/04 | matin | L'IDE de l'établissement prépare le pilulier de Mathéo | | | | |
| 13/04 | matin | L'éducatrice donne son traitement à Mathéo | | | | |
| 13/04 | matin | L'éducatrice est interrompue, et part en laissant Mathéo seul avec son traitement, qui s'en va avec | | | | |
| ... | ... | ... | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Chronologie des faits



Réunion du ...

Diaporama type de CREX

Analyse collective des évènements indésirables

Plan d'action et suivi :

- Abordés lors de l'atelier gestion des risques a posteriori d'une erreur médicamenteuse » (28/05 ; 04/06 ; 11/06 ; 18/06 ; 02/07 ; 23/01/25)

| Actions d'amélioration | | | | |
|------------------------|----------------|-------------|----------|---|
| Actions proposées | Action retenue | Responsable | Echéance | Modalités de suivi (indicateurs, audits...) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Ehpad Emeraude de Bourguebus | PLAN ACTIONS Evénements indésirables liés aux soins | Version du 05/05/2023 Page 1/1 |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|

| ID | Date du crex | Responsable action corrective | Libellé de l'action corrective | Echéance initiale | Echéance actualisée | Date de réalisation | Statut Non commencé / en cours / annulé | Mode de diffusion prévu |
|----|--------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|---|-------------------------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |

Focus sur l'audit flash

| Num | Libellé | moyenne audit 1 | moyenne audit 2 |
|-----|---|-----------------|-----------------|
| 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...) | 43,0% | 47,1% |
| 22 | Une liste préférentielle des médicaments est élaborée (liste des médicaments à utiliser préférentiellement, par classes pharmacothérapeutiques) et connue par les médecins traitants et l'équipe soignante | 50,6% | 58,1% |
| 23 | La réévaluation pluriprofessionnelle des traitements est organisée et fait l'objet d'un protocole écrit | 54,1% | 64,7% |
| 24 | Des actions sont mises en œuvre pour éviter tout risque de retranscription lors de la prescription à l'administration | 56,6% | 69,0% |
| 25 | Une procédure sur le stockage des médicaments existe. Les péremptions sont régulièrement vérifiées. | 68,7% | 75,4% |
| 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 | 46,2% | 58,9% |
| 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 | 35,4% | 51,5% |
| 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. | 71,2% | 81,8% |

Formations et sensibilisations sur la sécurisation du CDM

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

Absence de traçabilité d'un refus de prise lors de l'aide à la prise

- Mme Mars, 90 ans, est une nouvelle résidente qui arrive du domicile avec un traitement de fond par Ramipril 1,25 mg le matin, pour la prise en charge de son hypertension artérielle (HTA).
- Le médecin PH de l'unité d'hébergement où la résidente est admise, prescrit à l'identique le traitement.
- La PUI prépare et dispense le traitement pour 7 jours dans l'unité d'hébergement, au niveau de l'armoire sécurisée hebdomadaire.
- Mme Mars vit mal son admission en EHPAD et refuse de prendre son médicament distribué par l'AS durant la semaine. L'AS face à ce refus quotidien durant la semaine et ignorant l'intérêt thérapeutique du traitement, laisse le comprimé dans le pilulier et n'en informe pas l'IDE. Le Ramipril 1,25 mg reste dans le pilulier chaque jour de la semaine. L'AS enregistre ses actes « d'aide à la prise » à la fin de son service, de façon globale pour tous les résidents (le refus d'administration de la résidente n'est donc pas tracé sur le logiciel de soins).
- A J7, la résidente se plaint de violentes maux de tête et de vertiges, l'IDE du service note à l'agenda une demande de consultation médicale.
- A J9, le médecin PH constate une augmentation significative de la tension artérielle de la résidente. Ignorant que le traitement n'est pas administré depuis 8 jours, il augmente la dose de Ramipril à 2,5 mg le matin.
- Mme Mars reçoit Ramipril 2,5 mg pendant plusieurs jours. Son état de santé s'aggrave → sévère hypotension constatée → transfert de la résidente aux urgences

Contexte et réglementation

- Les modalités de collaboration de l'IDE avec les AS, AP et AMP sont définies dans le CSP (article R4311-4 CSP). Dans ce cadre, l'aide à la prise peut être réalisée par les AS, AP et AMP, sous la responsabilité de l'IDE et dans les limites de leur qualification.
- La traçabilité des prises fait partie du suivi de l'aide à la prise réalisée par l'AS, AP ou AMP, et doit être assurée avec le même niveau de sécurité que la traçabilité réalisée par l'IDE : la traçabilité des prises doit être faite individuellement pour chaque résident et pour chaque médicament, en temps réel
- En cas de refus de prise, de signes anormaux (fausse route, nausées, vomissements...) → transmission orale immédiate à l'IDE

Facteurs contributifs possibles

Actions et barrières

Organisationnels

- Absence de collaboration AS/IDE lors de l'aide à la prise
- Rappel des rôles et responsabilités des IDE/AS
- Elaboration d'une procédure encadrant l'aide à la prise
- Transmissions orales et écrites AS/IDE systématiques et formalisées
- Elaboration pluridisciplinaire de protocoles de soins
- Elaboration de fiches de postes + habilitations des AS

Humains

- AS ignore l'intérêt thérapeutique du traitement non pris
- Sensibilisation/formation des AS sur la prise en charge médicamenteuse/enjeux des traitements médicamenteux

Technique

- Traçabilité globale de l'aide à la prise dans le logiciel de soins
- Traçabilité en temps réel de l'aide à la prise avec les motifs de non prise sur une tablette ou dans le dossier du résident (support informatique/papier)



Fiches RETEX

omedit Normandie

Support de sensibilisation des AS et des non-soignants

AIDE À LA PRISE

En établissement social ou médicosocial

Module de sensibilisation à l'aide à la prise

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Normandie

omedit Normandie

ars Agence Régionale de Santé Normandie

Qualité de la prise en charge médicamenteuse sur le secteur du handicap

Foyers d'accueil médicalisés (FAM)
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP)

[Février 2024]

Guide handicap



5 Films d'analyse de scénario : accueil des mineurs en centre d'hébergement collectif

omedit Normandie

ars Agence Régionale de Santé Normandie

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Qualité de la prise en charge médicamenteuse des mineurs & jeunes majeurs

Etablissement ou service social ou médico-social (ESSMS) de la protection de l'enfance

Guide technique

Guide ESSMS de la protection de l'enfance

Focus sur l'audit dossiers : critères < 70%

| Num | Libellé | score global |
|-----|---|--------------|
| 3 | La fonction rénale du résident est évaluée à l'entrée du résident puis régulièrement selon l'âge et les comorbidités. Elle est notée dans le dossier du résident | 64,3% |
| 9 | Des réévaluations régulières des traitements médicamenteux des résidents sont effectuées en pluriprofessionnalité (médecin coordonnateur, médecins traitants, pharmacien référent, infirmières etc.) et sont tracées dans le dossier médical ou dossier de soin (au moins une fois/an) | 66,7% |
| 14 | Neuroleptiques : une réévaluation du rapport bénéfice/risque est régulièrement effectuée et tracée dans le dossier patient (a minima une fois/an) | 66,7% |
| 18 | Antidépresseurs: une réévaluation du rapport bénéfice/risque est régulièrement effectuée et tracée dans le dossier patient (a minima une fois/an) | 61,5% |
| 22 | L'acte d'écrasement des médicaments/ouverture des gélules est systématiquement prescrit. | 66,7% |
| 25 | Compte tenu du risque de perturbation du métabolisme phosphocalcique et de déminéralisation osseuse chez les résidents (exemples : polyhandicap, psychiatrie, déficit nutritionnel, traitement au long cours par neuroleptiques, antiépileptiques : carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, etc.), une évaluation des facteurs de risque d'ostéoporose est effectuée et un traitement préventif est mis en place si nécessaire | 62,4% |
| 27 | Une évaluation de la douleur est systématiquement réalisée à l'entrée et réévaluée à l'aide d'une échelle validée et adaptée (échelle d'hétéro-évaluation: ECPA, algoplus, GED-DI, San Salvador, DN4... et/ou échelle d'auto-évaluation : EVA...) | 50,8% |
| 34 | <u>IPP</u> : une réévaluation du rapport bénéfice/risque est régulièrement effectuée et tracée dans le dossier patient (au moins une fois/an) | 66,7% |
| 37 | Administration des médicaments par sonde GPE: une procédure définissant le schéma d'administration des médicaments est formalisée (description des différentes étapes: arrêt de la nutrition entérale et rinçage de la tubulure avec 20-30 mL d'eau ; médicaments pris à jeun strict : attente au moins 30 min après l'arrêt de la nutrition, etc.) (cf fiche 23 guide régional handicap OMéDIT Normandie: https://www.omedit-normandie.fr/media-files/33637/qualite-de-la-prise-en-charge-sur-le-secteur-du-handicap-v6.pdf) | 50,0% |

Prise en charge par neuroleptique

- Support de sensibilisation sur l'utilisation des neuroleptiques dans [la boîte à outil](#) de l'OMéDIT Normandie (e-learning)



- Jeu de cartes « Tu psychotes à combien ? »
 - composé de 30 cartes et permettant de sensibiliser de manière ludique, les professionnels de santé, sur les neuroleptiques.

SYNDROME METABOLIQUE : PREVENTION ET SUIVI

- 1 Donnez **2 facteurs de prévention** du syndrome métabolique
- 2 Donnez **2 bilans** à effectuer **avant** la mise en place d'un neuroleptique
- 3 Selon quelle fréquence un patient sous neuroleptique en entretien est-il censé être pesé?

SYNDROME METABOLIQUE : PREVENTION ET SUIVI

- 1
 - Pratiquer une **activité physique** (30min/j)
 - Avoir une **alimentation saine et équilibrée**
 - **Eviter** le tabac et l'alcool
 - Faire des **bilans de santé réguliers**
- 2 → Le **bilan initial** comprend : NFS, bilan hépatique, lipidique, glucidique, pesée et tour de taille, ECG
- 3 Fréquence des différents bilans dans le tableau ci-dessous :

| | Avant le traitement | 1 ^{er} mois | 3 ^e mois | 1 fois/trimestre | 1 fois/an | Tous les 5 ans |
|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|------------------|-----------|----------------|
| Poids et IMC | + | + | + | + | | |
| Périmètre ombilical | + | | | + | | |
| Glycémie à jeun | + | | + | | + | |
| Bilan lipidique | + | | + | | | + |
| Pression artérielle | + | | + | | + | |

Ecrasement des comprimés/ouverture des gélules

- Ecraser, ouvrir, croquer un médicament expose à un risque d'inefficacité et à un risque de toxicité
- La pratique du broyage relève de la prescription médicale
- Activité devant être réalisée par l'IDE, sans délégation possible aux AS, AES ou accompagnants

Couper, Écraser un comprimé ? Ouvrir une gélule ? Comment administrer en toute sécurité ?

Version 3 - Actualisée en Septembre 2022

Démarrer >



[Bonnes pratiques d'administration des formes orales](#)

Administration des médicaments par sonde GPE



Qualité de la prise en charge médicamenteuse sur le secteur du handicap

Foyers d'accueil médicalisés (FAM)
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP)

[Février 2024]

[Guide handicap](#)

Les articles R4311-5-7 et R4311-7-14 CSP ne visent que la pose et le changement de sonde naso-gastrique, à l'exclusion des sondes naso-duodénale, naso-jéjunale, de gastrostomie ou de jéjunostomie, qui sont des actes médicaux ne relevant pas de la compétence infirmier.

Fiche 23 : Protocole d'administration des médicaments par sonde GPE (gastrostomie percutanée par voie endoscopique)

Définition

La gastrostomie percutanée par voie endoscopique (GPE) est une méthode permettant la nutrition entérale et l'administration des médicaments chez les personnes atteintes de problèmes neurologiques (diminution du réflexe de déglutition, paralysie, coma), physiques (pathologies tumorales de la sphère ORL, traumatisme facial) ou de dénutrition (cachexie lors d'un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, mucoviscidose).

Objectifs

Déroulement de l'administration des médicaments par GPE selon les recommandations de bonnes pratiques.

Acteurs de la GPE

Personnes concernées : Médecins, Pharmaciens, Cadre de Santé, IDE

Le médecin :

Evalue les besoins du patient et prescrit le protocole d'alimentation (quantité journalière de poches nutritives, qualité du produit, hydratation)
Assure le suivi médical et adapte la prescription en fonction de la tolérance du patient
Prescrit également les médicaments en tenant compte de la stabilité et de la toxicité des principes actifs et de la galénique de la spécialité

Le remplacement d'une sonde GPE est un acte médical. Il est recommandé dans le guide HAS ([abdigrecos.pdf](#)) d'avertir le médecin si cela se produit.

| Complications secondaires | Gastrostomie | |
|--|--|--|
| | Prévention | Conduite à tenir |
| Arrachement de la sonde : accidentel ou volontaire | Vérifier l'efficacité de la fixation, écouter, aider | URGENCE : appeler le médecin (l'orifice se referme rapidement) |

Alimentation entérale par bouton de Mic-key (stomie)

Le bouton Mic-key (stomie) entre au 19° du rôle prescrit de l'infirmier (R 4311-7 du CSP) **donc réservé aux IDE :**

Article R4311-7 :

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

*19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une **stomie** ;*

**Pas d'alimentation entérale sur bouton de Mic-Key par les AS ou AMP
(branchement, surveillance, rinçage et débranchement)**

Focus sur l'audit terrain : critères < 70%

| Num | Libellé | score global |
|-----|---|--------------|
| 2 | Pour encourager la déclaration des erreurs médicamenteuses, la charte "d'incitation à la déclaration" est connue des professionnels | 46,4% |
| 3 | Des réunions d'analyses collectives sur les évènements indésirables sont organisées | 57,0% |
| 4 | Les professionnels ont connaissances des actions correctives décidées durant les réunions pluridisciplinaires d'analyse collectives des évènements indésirables | 61,2% |
| 6 | Il existe une procédure/protocoles formalisant l'organisation et la continuité de la PECM en cas de sorties temporaires (à la journée, week-end famille, transfert, vacances adaptées etc.). Exemples: protocole concernant la sécurisation et l'administration/aide à la prise des traitements médicamenteux lors des sorties temporaires (qui prépare les piluliers ? qui aide à la prise ? modalités de traçabilité des prises ? etc.) | 65,0% |
| 7 | Il existe une liste des médicaments préférentiels (Livret thérapeutique) définie en concertation avec le médecin coordonnateur, les médecins traitants et le pharmacien gérant de la PUI ou le pharmacien de l'officine ayant passé convention avec l'ESSMS | 33,0% |
| 8 | La convention avec la pharmacie d'officine, ou la procédure avec la PUI, correspond aux pratiques réelles | 69,4% |
| 22 | Un double contrôle des tiroirs ou piluliers préparés est effectué | 66,5% |
| 35 | Les différentes solutions buvables et/ou médicaments écrasés pour un résident ne sont jamais mélangées ensemble dans un seul et même contenant | 67,9% |
| 53 | Votre établissement dispose d'un document décrivant la procédure à mettre en œuvre si la température du réfrigérateur n'est pas comprise entre +2°C et +8°C, incluant l'obligation de prévenir systématiquement le pharmacien | 62,4% |
| 59 | Le stock de médicaments pour besoins urgents de l'établissement a fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative, définie par le médecin coordonnateur et révisée au moins une fois par an. La gestion des stocks et des périmés est organisée et tracée. | 67,9% |
| 68 | Un chariot ou trousse ou sac d'urgence vitale est conforme à la réglementation | 67,9% |

Charte d'incitation à la déclaration des EI

Charte d'incitation de l'OMédIT IDF

| | | |
|-------------------------|---|-----------------------|
| Logo de l'établissement | Gestion des risques | Date de création : |
| | Charte d'incitation au signalement d'un évènement indésirable | Date de mise à jour : |

L'affichage de la culture positive de l'erreur peut se faire, au sein de l'établissement, par une charte de « non-punition » ou « d'incitation au signalement interne », engageant le personnel à signaler les évènements indésirables permettant la mise en place des mesures correctives dans l'objectif de sécuriser la prise en charge des résidents.

Un exemple de charte est proposé ci-dessous, inspiré d'une proposition issue du guide de la MeaH sur l'amélioration de la sécurité des organisations de soins¹.

.....
Lieu de l'EHPAD, le xx/xx/xxxx



La sécurité de la prise en charge de nos résidents doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement d'hébergement et de soins.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses résidents, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des évènements pouvant affecter la sécurité de nos activités.

Le souci de l'établissement XXX est d'améliorer la visibilité de ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité et d'apporter les mesures correctives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque professionnel de signaler toute information sur des évènements de cette nature.

Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par l'établissement.

Pour favoriser ce retour d'expériences, je m'engage à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un professionnel qui aura signalé un manquement aux règles de sécurité ou une erreur dans l'application des règles de sécurité au sein de l'établissement dans lesquelles il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.


J'insiste pour que chaque professionnel, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de la prise en charge de nos résidents.

Le Directeur de l'établissement

¹ Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. « Améliorer la sécurité des organisations de soins ». 2008 <https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/ameliorer-la-securite-des-organisations-de-soins-exploiter-les-retours-dexperiences/>

[Evaluation HAS ESSMS \(omedit-normandie.fr\)](https://www.omeudit-normandie.fr/)

Retour de CREX

| SYNTHESE DU CREX | | |
|---|----------------|----------|
| Analyse d'un évènement indésirable et plan d'action | | |
| Date de la réunion : 12 juin | | |
| Participants à l'analyse : | | |
|  | | |
| Evènement : Surdosage en neuroleptique chez un résident | | |
| Conséquences : | | |
| Surdosage symptomatique : vision floue, nausées, vertiges, chute dans l'escalier avec fracture du poignet → hospitalisation | | |
| Principales causes identifiées : | | |
| Manque de procédure et de formation sur le circuit des médicaments | | |
| Absence de collaboration IDE/accompagnants | | |
| Absence de convention avec la pharmacie d'officine | | |
| Stress, surcharge de travail | | |
| Plan d'action : | | |
| Actions correctives | Responsable | Échéance |
| Mise en place d'une procédure prise en charge médicamenteuse et d'une procédure aide à la prise. | Cadre de santé | 2 mois |
| Formation des accompagnants sur les rôles et responsabilités dans l'aide à la prise | IDE | 2 mois |
| Elaborer une convention avec la pharmacie d'officine. PDA à la pharmacie d'officine | Direction | 6 mois |

Importance de communiquer sur les EI déclarés et analysés, au-delà du groupe d'analyse :

- Renforce l'adhésion des professionnels à la démarche de déclaration → culture de sécurité
- Différents canaux possibles : réunions d'équipe, flyers, lettre d'info qualité,...

Médicaments thermosensibles



Outils disponibles

- Boîte à outils « Produits de santé thermosensibles » : [Produits de santé thermosensibles](#)



Dotations pour soins prescrits en urgence

- Pas d'intégration des traitements nominatifs des résidents arrêtés dans la dotation pour soins prescrits en urgence (ou DBU) → retour à la pharmacie
- A adapter au type de structure/résidents
- Révision annuelle

Fiche 9

42

Dotations pour besoins urgents



Exemple de dotation pour besoins urgents

ALLERGOLOGIE

| | |
|---|--------------|
| Epinephrine 0,3mg/mL, solution pour auto-injection (IM) | 2 seringues |
| Methylprednisolone 40mg, injectable | 3 flacons |
| Prednisolone 20mg, cpr orodispersible | 20 comprimés |
| Cetirizine 10mg/mL, sol buvable | 1 flacon |
| Desloratadine 0,5mg/mL sol buvable | 1 flacon |

ANTALGIE

| | |
|---|-------------|
| Paracétamol 500mg, sachet ou cpr orodispersible | 24 unités |
| Tramadol 100mg/mL, sol buvable | 1 flacon |
| Chlorhydrate de morphine 1mg/mL, injectable | 10 ampoules |
| Sulfate de morphine 20mg/mL, sol buvable | 1 flacon |

ANTIDOTE

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Vitamine K 2mg/mL, injectable | 6 ampoules |
| Naloxone 0,4mg/mL, injectable | 10 ampoules |
| Flumazenil 0,1mg/mL, injectable | 10 ampoules |

CARDIO-VASCULAIRE

| | |
|--|--------------|
| Adrénaline 1mg/mL, injectable | 10 ampoules |
| Atropine 0,5mg/mL, injectable | 10 ampoules |
| Furosémide 20mg/mL, injectable | 6 ampoules |
| Furosémide 20mg, cpr | 30 comprimés |
| Enoxaparine 4000UI/0,4mL, injectable | 6 seringues |
| Héparine calcique 5000UI/0,2mL, injectable | 6 seringues |
| Trinitrine 0,15mg/dose, sol sublinguale | 1 flacon |

[livret-ehpad_2022-2-.pdf](#)

Qui peut disposer d'une DBU ?

- = Etablissements pouvant disposer d'une Pharmacie à Usage Intérieur

Article R5126-1 :

Peuvent être autorisés à disposer d'une pharmacie à usage intérieur dans les conditions prévues au présent chapitre :

1° Les établissements de santé, les titulaires de l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux des armées, l'Institution nationale des invalides et les groupements de coopération sanitaire ;

2° Les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 ;

3° Les établissements et services médico-sociaux suivants :

*a) Les établissements assurant l'hébergement de personnes âgées dans les conditions prévues au 6° du I de **l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles** ;*

b) Les établissements assurant l'hébergement des personnes handicapées mineures ou adultes mentionnés aux 2° et 7° du même article ;

c) Les structures dénommées : “ lits halte soins santé ” et “ lits d'accueil médicalisés ” mentionnées au 9° du même article ;

4° Les groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et constitués d'au moins un établissement ou service mentionné au 3° ;

5° Les services d'incendie et de secours mentionnés à l'article R. 1424-1 du code général des collectivités territoriales , le bataillon de marins-pompiers de Marseille mentionné à l'article R. 2513-5 du même code et la brigade de sapeurs-pompiers de Paris mentionné à l'article R. 1321-19 du code de la défense ;

6° La Pharmacie centrale des armées.

Qui peut disposer d'une DBU ?

- Etablissements pouvant disposer d'une Pharmacie à Usage Intérieur

Article L-312-1 CASF :

2°) Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

7°) Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

Chariot d'urgence/sac d'urgence vitale



Qualité de la prise en charge médicamenteuse sur le secteur du handicap

Foyers d'accueil médicalisés (FAM)
 Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
 Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP)

[Février 2024]

[Guide handicap](#)

Fiche 8 : Exemple de chariot de médicaments d'urgence

Principaux enjeux

Le chariot d'urgence (trousse ou sac à dos...), rassemble les médicaments et dispositifs médicaux utilisés en cas d'urgence vitale. Il doit être impérativement sécurisé et scellé.

Il incombe à chaque établissement de définir le contenu du chariot d'urgence. Ce contenu doit être établi et argumenté en fonction de l'analyse des risques, des besoins spécifiques de la structure et de la typologie des patients.

La liste du chariot d'urgence est établie, modifiable et ajustée chaque année par le médecin coordonnateur et tenue à disposition dans une pochette placée à l'extérieur du chariot. Un schéma peut être joint afin de visualiser le lieu exact de stockage dans le chariot.

Le contenu du chariot d'urgence est vérifié chaque mois pour contrôle de son contenu et des dates de péremption.

Toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin) sur le chariot d'urgence (urgence ou contrôle) doit être tracée.

Lors de toute utilisation ou retrait pour péremption, une nouvelle prescription médicale est rédigée par le médecin.

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

| DOMAINE D'URGENCE | MEDICAMENT PROPOSE |
|-------------------|--|
| Allergologie | Bétaméthasone, injectable |
| | Methylprednisolone, injectable |
| | Polaramine |
| Gastrologie | Métoclopramide, injectable |
| | Phloroglucinol, injectable |
| Neuropsychiatrie | Tiapride |
| | Diazépam, injectable |
| | Clonazepam, injectable |
| Pneumologie | Salbutamol aérosol-doseur |
| | Terbutaline, injectable |
| | Bouteille(s) d'oxygène (nombre à adapter en fonction de la taille de la population à risque) |
| Endocrinologie | Glucose 30% hypertonique |

Et maintenant

Prioriser et partager sur les actions institutionnelles

→ **Rencontre du Comité Médicament avec validation du plan d'actions**

Pilotes/échéance/Modalité de suivi



Comparaison de sa structure par rapport aux autres
(utiliser le bilan régional de l'OMéDIT)



Outils disponibles

- Fichier Excel grille audit – Onglet Plan d'actions
- Trame de restitution des résultats et plan d'actions pour présentation (équipe, instances...)

Définir un plan d'action tiré de l'audit

Avant-propos Informations générales Audit flash Audit dossiers Audit terrain Résultats Plan d'actions

| N° | LIBELLE | COTATION | ACTIONS D'AMELIORATIONS | PILOTE | ECHEANCE | STATUT DE L'ACTION |
|---|---|----------|-------------------------|--------|----------|--------------------|
| AUDIT FLASH | | | | | | |
| Stratégie de la prise en charge médicamenteuse (PECM) | | | | | | |
| Stratégie et enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) | | | | | | |
| 1 | Une politique de gestion du risque médicamenteux est présentée dans le projet d'établissement, le projet de soin | NC | | | | |
| 2 | L'organisation du circuit du médicament est abordée dans le cadre du conseil de la vie sociale | NC | | | | |
| 3 | Existe-t-il un référent PECM identifié et connu au sein de l'établissement | NC | | | | |
| 4 | L'établissement a communiqué en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses | NC | | | | |
| 5 | L'établissement a schématisé les étapes du circuit du médicament. Ce schéma est à jour et est facilement consultable par tous | NC | | | | |
| 6 | L'établissement a constitué et réuni un comité PECM | NC | | | | |
| 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...) | NC | | | | |
| 8 | L'établissement réalise une évaluation de la PECM avec une périodicité définie | NC | | | | |
| 9 | Un plan d'action personnalisé est mis en place à la suite d'un auto-diagnostic, de l'analyse des évènements indésirables et des situations à risque | NC | | | | |
| 10 | Les résidents présentant des risques dans la prise en charge médicamenteuse sont identifiés | NC | | | | |
| 11 | Les professionnels dans votre établissement ont coconstruit la stratégie de prise en charge de la douleur des personnes accompagnées avec une réévaluation régulière | NC | | | | |
| 12 | Vous avez identifié dans votre établissement des médicaments "à risque" (psychotrope, anticoagulant, insuline, médicament stupéfiant ou assimilé stupéfiant (ex: Morphine, Oxycodone, Fentanyl, Midazolam...)) et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration | NC | | | | |

Avant-propos | Informations générales | Audit flash | Audit dossiers FAM - MAS - EEAP | Audit terrain | Résultats | Plan d'actions

A faire

Envoyer par mail :

Le plan d'action tiré de l'audit (au plus tard 1^{er} trimestre 2025)

Perspectives

Gardez la dynamique

- Audit croisé sur le circuit du médicament en 2025
- Audit flash: à faire annuellement
- Audit terrain : à faire tous les ans ou tous les 2 ans
- Formation OMÉDIT 2024 en continu → S'inscrire à la [Newsletter](#)
- Boîte à outils :
 - [Handicap](#)
 - [Evaluation HAS ESSMS](#)
- Nous restons disponibles par mail : ars-normandie-omedit@ars.sante.fr