

Accompagnement méthodologique

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD - Webinaire N°2

09/10/2025

A destination des **55 EHPAD** volontaires avec ou sans PUI de la région Normandie







Veuillez garder vos micros coupés durant les présentations



Un chat est à votre disposition pour poser toutes vos questions, échanger... et passer le bonjour!



En cas de coupure ou débit ralenti, nous vous conseillons de couper votre caméra



Mise à disposition du support sur la plateforme collaborative

[REC] Enregistrement pour rediffusion



EHPAD inscrits

27	76
EHPAD DES CHAMPS FLEURIS Gisors	EHPAD Bois de Bleville
EHPAD du Bosguerard Saint pierre du Bosguerard	EHPAD DU CH DE EU
JARDIN DE L'ANDELLE - PERRIERS DU ANDELLE	EHPAD LA POMMERAIE - CRIQUETOT L'ESNEVAL
KORIAN VAL AUX FLEURS , Bueil, Eure	EHPAD Les Pâquerettes - SASSETOT LE MAUCONDUIT
Résidence La harpe Evreux	EHPAD résidence du duc d'AUMALE
Résidence Val aux fleurs	EHPAD SAINTE ANNE
EHPAD JACQUES DAVIEL	Etoile du matin - ETRETAT
EHPAD Les rives d'or EVREUX	La Buissonnière - Isneauville
50	MAISON SAINT JOSEPH Rogerville
CCAS Cherbourg-en-Cotentin	PUI SAJOLA - ROUEN
EHPAD Créances Lessay	RESIDENCE LES SAPINS
EHPAD DELIVET Ducey	
,	61
	EHPAD JB LECORNU FLERS
	EHPAD MARESCOT - CH VIMOUTIERS
	EHPAD LES EPICEAS TINCHEBRAY
	Résidence arpège
G ,	EHPAD LES TILLEULS CHANU
	EHPAD ST MARIE
L AUDUUC I LAIVIAIN VILLE	LITTAD ST WIANIE
	EHPAD DES CHAMPS FLEURIS Gisors EHPAD du Bosguerard Saint pierre du Bosguerard JARDIN DE L'ANDELLE - PERRIERS DU ANDELLE KORIAN VAL AUX FLEURS , Bueil, Eure Résidence La harpe Evreux Résidence Val aux fleurs EHPAD JACQUES DAVIEL EHPAD Les rives d'or EVREUX 50 CCAS Cherbourg-en-Cotentin



Déroulé de l'accompagnement

3 webinaires

+ 1 atelier en présentiel

23 septembre

Contexte - Evaluation HAS

Fondamentaux de la PECM

Prescription, dispensation, préparation

9 octobre

Administration (aide à la prise), suivi et réévaluation thérapeutique, douleur, interruption de tâche, stockage (dotations, chariots d'urgence)

16 octobre

Synthèse des fondamentaux Gérer les risques à priori et à postériori

23 octobre

Mise en situation sur les erreurs médicamenteuses

Support du 1^{er} webinaire dans la boite à outils « EHPAD »

- •Sécuriser le circuit du médicament dans l'EHPAD.
- •Anticiper les points de vigilance des experts-visiteurs HAS.
- •Garantir la conformité aux critères impératifs liés au médicament.
- •Répondre à vos besoins répertoriés dans le questionnaire Forms



Programme du jour Webinaire N°2 (09/10/2025)

Administration (aide à la prise)

Interruption de tâche

Stockage (dotations, chariots d'urgence)

Suivi et réévaluation thérapeutique

Focus sur la prise en charge de la douleur



ÉVÈNEMENTS INDÉSTRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS)



MESSAGES CLÉS

rapport annuel 2024

Culture sécurité des professionnels en progression :

 4 630 EIGS déclarés en 2024 (+13 % vs 2023) → 136 en Normandie (+240 % vs 2023)

Pour la Normandie : 65 % des déclarations analysées par H ÅS (90 déclarations examinées) présentent une qualité d'analyse suffisamment approfondie (+3 % vs 2023)

Erreurs médicamenteuses et iatrogénie en 3ème position (12.1 % des EIGS)

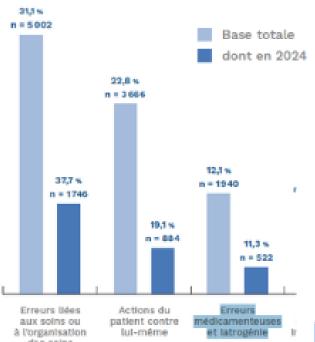
Conséquences graves :

Décès:44 %

Pronostic vital engagé: 32 %

• Déficit fonctionnel permanent : 24 %

→ 49 % DES EIGS SONT EVITABLES



PROFILS ET CONTEXTE

Personnel déclarant : médecins (20 %), pharmaciens (4 %), infirmiers (4 %)

o Facteurs aggravants : surcharge d'activité, interruptions de tâches, personnel non permanent (intérimaires, vacataires)

Entre 2017 et 2024, 512 EIGS impliquent du personnel non permanent Erreurs médicamenteuses $\rightarrow 31\%$ de ces EIGS (157 cas).

- Surdosages: 48 cas.
- Erreur de patient : 34 cas.
- Erreur de médicament : 32 cas.
- o Omissions d'administration: 16 cas.
- Erreur de modalité d'administration : 12 cas (voie veineuse au lieu d'orale, voie centrale au lieu de périphérique...).

Lien vers cette fiche : dans la Boite à outils « Erreurs médicamenteuses »



PRECONISATIONS

Personnel non permanent : stabiliser les équipes, s'assurer de l'adéquation avec le poste, structurer leur intégration (accueil, tutorat, accès outils), veiller au maintien des compétences, optimiser la communication interprofessionnelle et renforcer la tracabilité des soins

En lien avec les systèmes d'information : renforcer leur paramétrage. améliorer les alertes (claires et pertinentes) et aides à la prescription/dispensation, renforcer leur interopérabilité

Sécuriser la prescription, dispensation et administration : double contrôle, protocoles

Renforcer la formation des professionnels : usage des dispositifs, identitovigilance, gestion interruptions de tâches

Informer systématiquement patients et proches sur les EIGS

Capitaliser sur le retour d'expérience : analyses approfondies, partage régional et national



ALLER PLUS LOIN

Flash Sécurité Patient : Site HAS



Fiches RETEX : Site OMéDIT Normandie



6



ÉVÈNEMENTS INDÉSTRABLES GRAVES ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS) SURVENUS LORS DE LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE



MESSAGES CLÉS

Analyse HAS de 213 EIGS

(2017 à 2024)

La prescription constitue l'étape initiale du circuit du médicament : une erreur à ce stade se répercute sur toutes les étapes suivantes.

Gravité pour les patients :

- Mise en jeu du pronostic vital: 70 %.
- Décès: 21 %.
- Déficit fonctionnel permanent : 9 %.

Profils concernés: majoritairement des patients àgés (60-100 ans = 74 % des cas).

Situations à risque : contextes d'urgence, admissions ou hospitalisations prolongées.

95 % des EIGS liés à la prescription sont évitables (contre ~49 % pour l'ensemble des EIGS déclarés).

Principales causes immédiates

- Erreurs de dose 40 %
- Erreurs de choix de médicament (libellé non conforme) 28 %
- Erreurs liées au patient 18 %

Situations à risque: Week-end 23 %, Nuit 14 %, Changements d'équipe



LES PLUS IMPLIQUÉS

Médicaments

Erreurs de dose / surdosage (morphine, méthotrexate, antiépileptiques, benzodiazépine) Erreurs de molécule / confusion (antibiotiques et allergies, libellés proches) Erreurs par omission (antithrombotiques, antiépileptiques)

Dispositifs médicaux

Dispositifs concernés : sondes, pompes, dispositifs respiratoires, matériel d'injection

Problèmes fréquents : Mauvais usage / manipulation - Défaillances techniques, montage ou maintenance - Erreurs liées aux systèmes d'information (alertes inefficaces, erreurs de saisie)



PRÉCONISATIONS

- Prescription : complètes, lisibles, datées, signées, avec posologie et durée.
- Protocoles homogènes, livret thérapeutique unifié, éviter les abréviations.
- Injectables: protocoles de dilution, solutions prêtes à l'emploi.
 Conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie.
- · Former et superviser les jeunes prescripteurs, internes et docteurs juniors.
- Systèmes d'information : paramétrage adapté, alertes pertinentes, interopérabilité.
- Associer pharmaciens et équipes de soins à la validation et au contrôle des prescriptions.



ALLER PLUS LOIN

EIGS survenus lors de la prescription médicamenteuse : Site HAS



Fiches RETEX : Site OMéDIT **Normandie**



FOCUS SUR L'ADMINISTRATION







Vos points faibles d'après le questionnaire



Distribution des médicaments et interruption de tâches



Mise en bouche des traitements



Aide à la prise qui est généralisée et non individualisée (et peu réévaluée)



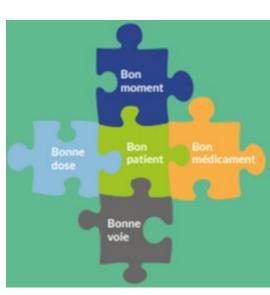
Administration non tracée en temps réel



Traçabilité AS nuit



Administration



- L'IDE est responsable de l'étape d'administration (CSP R. 4311-7)
- Pas de prescription = pas d'administration
- Barrière ultime d'interception d'une erreur éventuelle : vigilance +++
- 60% des erreurs médicamenteuses surviennent lors de l'étape d'administration (exemple : inversion de résidents ou de traitement)
 - → Vérification de la concordance prescription / pilulier du résident
 - → Règle des 5B : bon résident, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment
 - →Gestion des **formes particulières** (écrasement de comprimés, patchs, solutés, etc.) avec protocoles validés.
 - → La double vérification réduit de 70% les erreurs d'administration McDowell et al., Qual Saf Health Care, 2010



Administration

Administration du médicament = ensemble d'étapes successives

- 1. Prendre connaissance de la prescription médicale
- 2. Préparer le traitement adéquat
- 3. Distribuer auprès du patient
- 4. Aider à le prendre
- 5. Assurer l'enregistrement.
- Pas d'interruption de tâche
- Prise ou non prise des médicaments : tracer dans le dossier résident par l'IDE





Sécuriser radministration des médicaments en EHPAD

- laborer les piluliers à partir de la prescription originale par un(e) infirmier(e) ou du personnel pharmaceutique en réalisant un double contrôle
- aute vigilance sur l'identité du résident



- rise ou non prise des médicaments : tracer dans le dossier résident
- ttention, préparer les doses buvables et gouttes juste avant la prise, ne pas ouvrir ou écraser les médicaments sans s'assurer de la faisabilité
- éclarer les évènements indésirables d'un traitement administré

Le saviez-vous?



La double vérification réduit de 70% les erreurs d'administration

> (McDowell et al., Qual Saf Health Care, 2010)



L'erreur de patient est évaluée à 19% des erreurs d'administration

(Reducing and preventing adverse drug events to decrease hospital costs, AHRQ, 2001)



Le risque de chute augmente avec le nombre de médicaments pris par jour (multiplié par 3 avec les psychotropes)

> (Cumming, 1991 Leipzig, 1999)

La traçabilité de l'administration est de la responsabilité de l'infirmière

> (Décret de compétence infirmier, àrticles R 4311 du CSP)

Le taux d'administration de médicaments périmés ou détériorés est estimé entre 8 et

(Organisation et sécurisation du circuit du médicament Approfondissement, Rapport MEAH, 2008)

22% en France







Auto – évaluation



Objectifs

- Réflexions sur la conformité des bonnes pratiques « distribution et administration »
- Questionnaire à déployer par l'IDEC auprès des IDE
- Développer la traçabilité (support unique et informatisation)
- Analyse à réaliser en interne

Résultats - Indicateurs :

- Nombre d'auto-évaluations réalisées
- Analyse des auto-évaluations auprès des IDE et AS OUI/NON
- Mise en place d'un support unique prescription / administration OUI/NON
- Traçabilité de l'administration des médicaments OUI/NON



Outils disponibles

• Fiche d'auto-évaluation des pratiques de distribution et d'administration des médicaments

Logo de l'établissement

Auto-évaluation des pratiques de distribution et d'administration des médicaments

Date de création :

Date de mise à jour :

Notice d'utilisation

Cette grille s'adresse au personnel de l'EHPAD responsable de la distribution et de l'administration des médicaments.

Elle peut être remplie de façon autonome avec remise des résultats à l'IDEC ou remplie en binôme avec l'IDEC. Son remplissage est anonyme et l'analyse est faite par l'IDEC.

Cette grille est destinée à auto-évaluer votre pratique professionnelle dans le domaine de la distribution et de l'administration des médicaments. Elle se veut un outil à visée pédagogique. C'est une aide à l'amélioration des pratiques.

Les questions 1, 4 et 13 sont uniquement à destination des IDE.

Questions		Oui	Non	Observations
1.	IDE - Connaissez-vous la règle des 5B ?			
2.	Vous assurez vous de l'identité du résident avant l'administration des médicaments ? Et comment ?			
3.	Surveillez-vous la date de péremption (ou date limite d'utilisation) des médicaments avant de les administrer à la personne âgée ?			
4.	IDE - Avez-vous connaissance de médicaments « à risque » nécessitant des précautions lors de l'administration ? Si oui, lesquels ?			
5.	Contrôlez-vous systématiquement la prescription médicale avant d'administrer un médicament ?			
6.	Vérifiez-vous toujours les éléments suivants avant la première administration d'un traitement à une personne âgée ?			
•	Date de l'ordonnance Identité complète de la personne âgée Allergies			
7.	Au moment de l'administration avez vous connaissance des personnes âgées ne pouvant pas déglutir ? Si oui comment ?			
8.	Si vous observez un trouble de la déglutition récent chez un résident, remontez-vous systématiquement l'information de façon à ce que le prescripteur en soit averti ?			
9.	Avant d'écraser des comprimés, vous assurez- vous que l'écrasement est prescrit par le médecin ?			

Questions	Oui	Non	Observations
Avant d'écraser des comprimés ou d'ouvrir des gélules, vous assurez-vous que cela est possible selon la liste des comprimés pouvant être écrasés ou gélules pouvant être ouvertes ?			
11. Lors de la distribution des médicaments vérifiez- vous les éléments suivants :			
 La date de l'ordonnance L'identification de la personne âgée Le nom des médicaments La forme galénique Le dosage La voie d'administration Les modalités d'administration (à jeun, pendant le repas, etc.) La posologie par prise et par 24h La durée d'administration 			
12. Les médicaments que vous administrez à la personne âgée peuvent-ils être tous identifiés ?			
13. IDE - Donnez-vous des informations nécessaires et compréhensibles par la personne âgée pour la prise des médicaments au moment de la distribution ?			
14. Vous assurez-vous toujours que la personne âgée non autonome a bien pris les médicaments distribués ?			
15. En cas de dissolution de médicament dans de l'eau ou des aliments (ex. compote) vous assurez-vous que la totalité a été ingérée par la personne âgée ?			
16. Tracez-vous systématiquement l'administration des médicaments (prise/non prise) ?			
17. En cas de non prise ou de prise incomplète de la dose prescrite, faites vous remonter l'information au médecin ?			
18. Disposez-vous d'une liste de concordance entre les médicaments de référence (princeps) et les génériques ?			
Pour les résidents autonomes pour leur prise de médicaments, pensez-vous systématiquement à informer le prescripteur lorsque vous observez un comportement laissant penser une perte d'autonomie à la prise médicamenteuse ?			
20. Connaissez-vous le risque de iatrogénie médicamenteuse et savez-vous qui alerter en cas de signe anormal ou symptôme inhabituel observé chez un résident ?			

Aide à la prise



Aide à la prise

- Réalisation par Aide-soignant (AS), Accompagnant éducatif et social (AES), en collaboration avec IDE et sous leur responsabilité
- Ce n'est qu'une étape du processus d'administration = remettre le traitement au patient (ou au résident en structure du handicap/EHPAD), c'est-à-dire l'aider à effectuer les gestes nécessaires : avaler un comprimé avec un verre d'eau, diluer un sachet, etc.
 - L'aide à la prise comprend l'étape de mise en bouche (administration proprement dite).
 - L'étape d'acheminement du médicament (distribution) jusqu'au patient dont l'étape d'identitovigilance. L 313-26 du CASF



Aide à la prise en secteur MS

Qui est concerné?

- Personnes dont l'autonomie n'est pas suffisante ou dont l'adhésion au traitement n'est pas suffisante
- Pas de définition précise dans le Code la santé publique ni dans le Code de l'action sociale et des familles

Qui fait?

- Toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, en dehors de la présence de l'infirmier/infirmière
- Vérifie leur prise, surveille leurs effets et participe à l'éducation du patient

Quels médicaments?

- PRESCRITS préalablement préparés un IDE ou pharmacien
- Le mode de prise ne présente pas de difficultés d'administration et pas d'apprentissage particulier
 - Formes solides unidoses (cp, sachets et gélules)
 - Formes liquides unidoses (sachets et ampoules)





Aide à la prise en pratique

TOUJOURS vérifier la correspondance entre :

- Identité du résident : nom, prénom à l'oral ou avec la photo du résident si accessible
- Identification du récipient/sachet qui contient les médicaments d'une heure de prise
- → Médicament JAMAIS déposé sans surveillance et en l'absence du résident

TOUJOURS prendre en compte les transmissions de l'infirmier :

- Heures et modalités de prise : quand, comment par rapport au repas
- Préparation dans un contenant identifié au nom et prénom du résident
- Consignes diverses : déglutition, les habitudes pour faciliter la prise du médicament (pas trop d'eau dans un verre, ne pas mettre dans une compote)
- > Faire appel à une personne compétente au moindre doute et en cas de difficulté

MÉDICAMENT			PROFESSIONNEL					
			Aide-soignant	AES, ES				
Voie	Forme galénique	Administration	Aide à la prise					
	Formes solides unidoses (comprimés, sachets et gélules)	V	*	~				
Orale	Formes liquides unidoses (sachets et ampoules)	~	~	~				
	Formes multidoses <u>préalablement préparées par un IDE ou un pharmacien</u> (poudres, suspensions buvables, gouttes)	*	1	1				
Oculaire	Collyres (instillation), lavages oculaires	~	*	\triangle				
Oculaire	Pommades ophtalmiques	*	<u>(İ</u>	<u>(İ</u>				
Cutanée	Dispositifs transdermiques (patchs)	*	<u>(1</u>	\triangle				
outunes	Crèmes, pommades, gels et lotions	*	*	\triangle				
Auriculaire	Gouttes auriculaires		<u>(1</u>	\triangle				
Pulmonaire	Inhalateurs, aérosol-doseurs médicamenteux	*	<u>(1</u>	\triangle				
Rectale	Suppositoires (d'aide à l'élimination)		*	\triangle				
Injectable (IV, IM, SC)	Perfusions, seringues et stylos préremplis	*	X	X				
✓ Autorisé * explicitement mentionné dans le référentiel métier des AS 🕠 🐧 Autorisé, sous réserve du respect de recommandations 🗙 Non autorisé								







✓ Autorisé * explicitement mentionné dans le référentiel métier des AS /! Autorisé, sous réserve du respect de recommandations



Non autorisé

Recommandation 1 = Formes buvables multidoses. Une alternative à la forme buvable doit être recherchée par le prescripteur. Idéalement, l'administration des formes buvables multidoses est réalisée par l'IDE. L'aide à la prise est possible, uniquement si la prise a été préparée par l'IDE au plus près de la prise et au maximum 24 heures avant la prise, et si elle s'appuie sur des protocoles de soins + habilitations préalables (formation interne à l'ESMS).

Recommandation 2 = Aide à la prise de formes galéniques pouvant présenter une difficulté particulière d'administration ou un apprentissage spécifique. Pour ces formes galéniques, nous recommandons d'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. N.B : le « 🗸 » ne dispense pas d'une information éclairée des AS (formation continue pour garder les bons réflexes, validation régulière des pratiques).



Médicaments dont l'aide à la prise est possible sous condition

- Etape de préparation réalisée par l'IDE au plus près de l'administration
 - Formes multidoses (poudres, suspensions buvables, gouttes)
 - Médicaments devant être écrasés (selon prescription)
- · Si habilitation du professionnel de l'aide à la prise:
 - Collyres (instillation), lavages oculaires, pommades ophtalmiques
 - Gouttes auriculaires
 - Crèmes, pommades, gels et lotions
 - Dispositifs transdermiques (patchs)
 - Inhalateurs, aérosol-doseurs médicamenteux
 - Suppositoires (d'aide à l'élimination)
 - Médicaments avec précaution d'emploi (liste à établir)
 - Médicaments dont le moment de prise doit être respecté : antiépileptiques
 - Médicaments faisant l'objet d'une surveillance particulière
 - Médicaments prescrits en "si besoin": seuil clairement précisé sur protocole de soins individualisé (ex : douleur et échelle)



Médicaments dont l'administration doit être réalisée par l'IDE

- Médicaments par voie injectable (IV, IM, SC)
- Médicaments administrés par voie entérale (sondes NG, boutons de gastro-jéjunostomie)
- Médicaments à risque (liste à établir par le médecin coordonnateur, pharmacien, IDE/cadres de santé)
 - stupéfiants si primo prescription ou augmentation de posologie
 - médicaments peu connus
 - cytotoxiques

Stupéfiants

- Le CASF limite l'aide à la prise aux médicaments dont "le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier". Les stupéfiants du fait du risque de détournement, de leur toxicité, de la surveillance du patient nécessaire après la prise, n'entrent pas de facto dans la catégorie des médicaments dont l'aide à la prise est autorisée par l'article L.313-26 du CASF
- De manière plus contextuelle, un médicament stupéfiant prescrit en si besoin (prescription conditionnelle) ne peut pas être administré (aide à la prise) par un AS dans le cadre de la collaboration AS-Infirmière telle que défini dans l'article R4311-4 du CSP
- TA de DIJON: décision du 25/01/2024 « Dès que le choix d'administrer ou non un médicament prescrit en « si besoin » nécessite l'appréciation de l'état du patient, l'administration d'un tel médicament ne peut être regardé comme un acte de la vie courante et nécessite l'avis préalable d'un médecin ou d'une infirmière »
- arrêt du 20/03/2025 de la cour administrative d'appel de Lyon sur l'aspect non règlementaire des administrations de médicaments « si besoin » par du personnel non médical (paragraphes 13 à 15 en pages 8 et 9). " 13. ,,,, le rapport de la mission d'inspection a relevé que des médicaments relevant des substances vénéneuses étaient laissés à la disposition des personnels non médicaux et notamment des veilleurs de nuit pour être administrés, à leur initiative et leur appréciation sous réserve de consulter un cadre d'astreinte non médecin et non infirmier, « si besoin » en cas d'urgence ou d'insomnie. ,,,
- Par jugements des 23 septembre et 31 janvier 2020, la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des infirmiers de Bourgogne-Franche-Comté a au demeurant sanctionné deux personnels de l'EAM « La Ferme du Sillon » pour exercice illégal de la médecine en relevant notamment des faits d'administration de médicaments en dehors de toute prescription médicale. "



FICHE PRATIQUE AIDE À LA PRISE : LES BONNES PRATIQUES

Établissements de santé médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap

Mise à jour : Février 2022

S'assurer de la conformité du pilulier



- ✓ L'identité du patient figure sur le pilulier.
- ✓ Les comprimés/gélules présents dans le pilulier sont identifiables et correspondent au plan de soins (nom, dosage, nombre...).
- ✓ Les traitements hors pilulier ont été préparés (IDE /pharmacien).
- ✓ La règle des 5B est respectée : bon médicament, bon moment, bonne dose, bonne voie, bon patient.

Par exemple:

- Demander, quand cela est possible, le nom, prénom et la date naissance du patient.
- Vérifier le bracelet d'identification le cas échéant.
- Utiliser le trombinoscope (régulièrement mis à jour).



Vérifier l'identité du patient

Réaliser l'aide à la prise



- Être dans un environnement calme.
- Installer au mieux le patient en position assise ou semi-assise.
- Aider à la prise des médicaments (dans le respect des consignes, protocoles de soins établis par l'équipe médicale et soignante).
- En cas de troubles de la déglutition : utiliser un verre (+/- à découpe nasale) rempli d'eau (fraîche et pétillante) ou d'eau gélifiée (veillez à ce que l'eau gélifiée n'ait pas « fondu »). Eviter le verre à bec ou la paille.
- Vérifier la bonne prise du traitement par le patient (médicament non recraché si par voie orale).
- Informer l'équipe médicale et soignante si une forme de médicament ne semble pas être adaptée (par exemple : comprimé trop gros, toux).

Par exemple :

- Chercher à identifier l'origine du refus.
- Expliquer l'intérêt du traitement, parlementer et rassurer.
- Si le refus persiste, parler d'autre chose et revenir sur le sujet.
- Si le refus persiste encore, informer l'IDE.



Gérer un éventuel refus de prise

Tracer l'aide à la prise



Quoi?

- Le médicament pris par le patient (nom du médicament, forme, dose, voie, date et heure de prise).
- La non prise du médicament doit aussi être tracée (préciser les raisons : refus de prise, impossibilité à avaler, absence du médicament dans le pilulier) ainsi que les actions réalisées (appel de l'IDE...).
- Le nom du professionnel ayant aidé à la prise du médicament.
- Toute information jugée pertinente en lien avec l'aide à la prise du médicament.

Qui ? Le professionnel ayant aidé à la prise.

Comment ? Par écrit sur un support papier ou informatisé.

Quand ? Idéalement en temps réel.



En cas de difficultés, de signes évocateurs d'un trouble de la déglutition repérés, d'oubli ou de refus de prise, de situations inhabituelles liées à la prise de médicament : 1. ALERTER/SIGNALER/FAIRE APPEL à l'équipe médicale et soignante 2. ÉCRIRE/TRACER dans le dossier du patient





Bonnes pratiques

- Pour sécuriser l'étape d'aide à la prise, il est recommandé d'établir de manière pluridisciplinaire (équipes médicale, paramédicale, pharmaceutique) :
 - protocoles de soins
 - fiches de postes nominatives +/- habilitations
 - documents de bon usage
- Exemples de protocole individualisé
 - Crise convulsive: midazolam sol. Buvable (Buccolam®)
 - Œdème de Quincke : adrénaline stylo inj. (Anapen ®)
 - Crise d'asthme : salbutamol aérosol doseur (Ventoline ®)



Questions sur l'administration



FORAP

- Comment est organisé l'administration/aide à la prise des traitements ?
- Que faites-vous en cas de refus de prise de médicaments de la part de la personne accompagnée ?
- Avez-vous une organisation définie pour les médicaments à surveillance particulière (ex : anticoagulants, antiépileptiques, stupéfiants, insuline), les médicaments à rythme d'administration particuliers (horaires multiples, rythme hebdomadaire ou mensuel)?

Traçabilité des prises



DEFINITION

= enregistrement de l'étape d'administration/aide à la prise

L'enregistrement de l'administration comporte :

- Le nom du médicament, la forme, la dose, la voie, la date, l'heure
- L'identification de la personne et la signature
- La trace de la non-administration et le motif
- La trace des effet(s) indésirable(s) éventuels
- Permet d'attester de la prise ou de la non prise des médicaments par le résident
- Sur un support papier ou informatisé
- En temps réel = juste après l'administration à chaque résident
- Après constat de la prise effective, excepté pour les résidents 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

28



Informations

- Ajustement possible des prescriptions en fonction des données de traçabilité
- En fonction des informations : efficacité du traitement, imputabilité des médicaments si effets secondaires

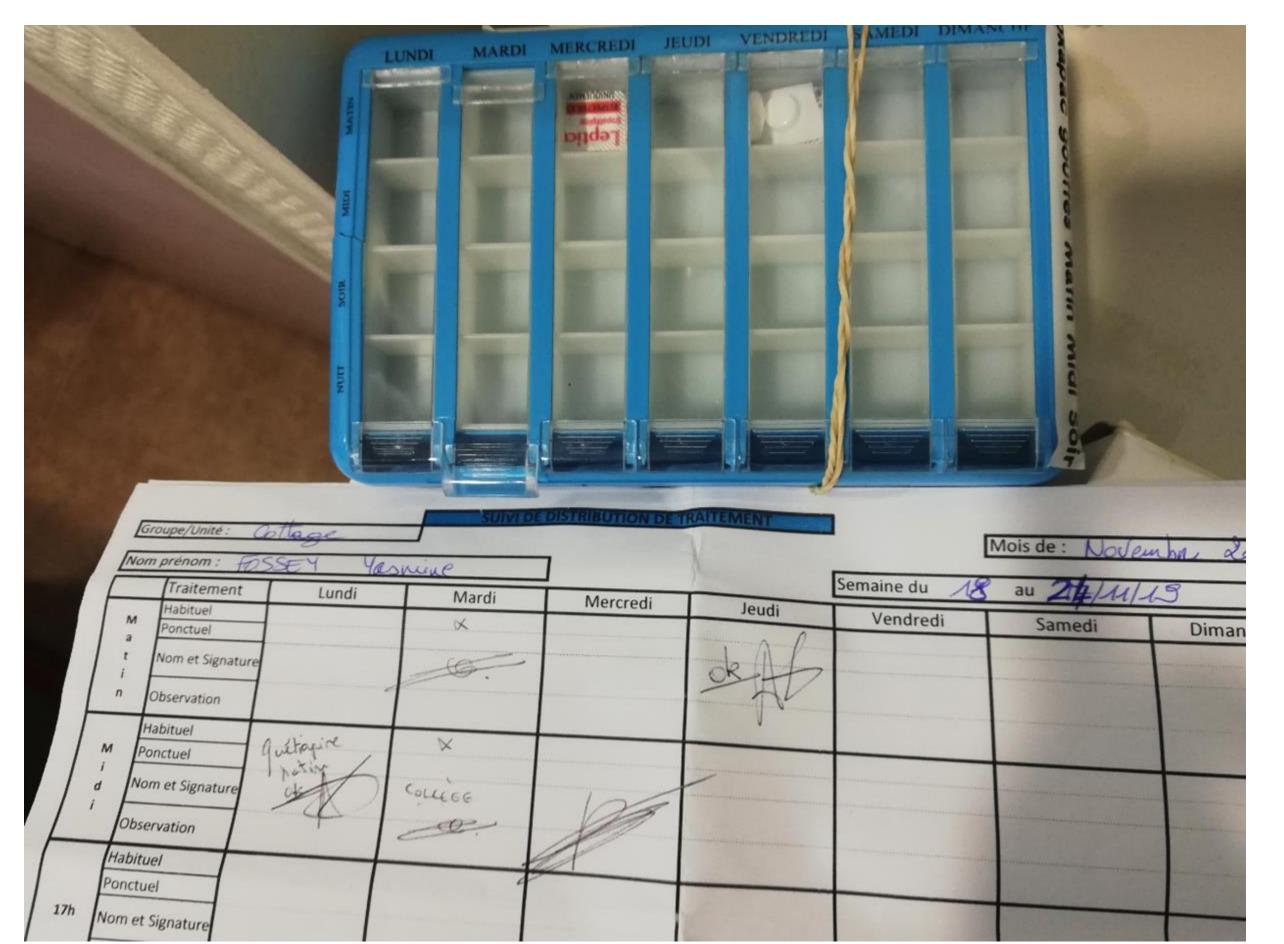
- IMPORTANT: tracer le motif de la non-administration
 - Refus du résident (non-observance, galénique mal adaptée...)
 - Etat clinique ne justifiant pas la prise du médicament (ex : vomissements)
- → Optimisation de la prise en charge médicamenteuse du résident



Exemples à ne pas suivre

- Traçabilité globale en fin de tournée
- Cocher tous les traitements pour tous les résidents une fois 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

Qu'en pensez-vous?



Absence de traçabilité le mercredi matin

Qu'en pensez-vous?



Un comprimé non pris jeté dans la poubelle commune

Nécessité d'informer de la non prise, l'infirmier/médecin puis à la pharmacie avec élimination par une filière spécifique

Interruption de tâche



Qu'est-ce que l'interruption de tâches ?

« L'IT est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur ou au contraire lui est externe. L'IT induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale. »



Qu'est-ce que l'interruption de tâches ?

Administration : étape critique, étape ultime avant le patient

- >permet l'interception des erreurs médicamenteuses produites en amont
- >requiert donc toute l'attention du professionnel de santé dans sa réalisation



Interruption de tâche = facteur fréquemment retrouvé lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses (CREX)

Conséquences potentiellement graves

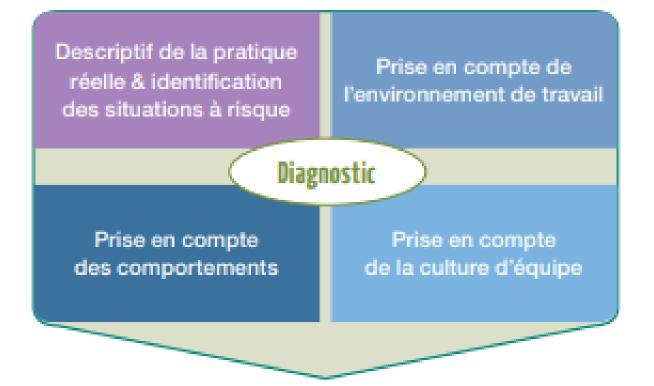
Facteur de stress professionnel (« impression de ne pas faire correctement mon travail »)

- Etudes : Etab. sanitaires : 25% du temps IDE est lié à l'IT et à la gestion de ses conséquences
 - Le taux d'interruptions moyen est de 6,7 par heure par infirmière
 - Augmentation du risque d'environ 13 % d'erreurs (par exemple, ne pas enregistrer l'administration d'un médicament dans le dossier patient, ou administrer le mauvais médicament) ...
- Fréquences en ESMS (handicap : Normandie) : nombre moyen d'interruptions 5 à 6 IT sur une étape de délivrance de 30 minutes à 1 heure selon les organisations – jusqu'à 1 à 2 IT par délivrance par résident : révélateur du quotidien des équipes
- S'interroger sur la fréquence, l'origine de l'interruption par ordre de fréquence :
 - +++ téléphone, collègues, résidents, dysfonctionnement tablette, soins imprévus --- ??
 - Corrélation du circuit physique du médicament avec l'IT : plus le circuit de distribution est long plus le nombre d'IT augmente ?

Comprendre et partager

Audit, analyse d'El Comprendre Mise en situation Visionnage film pédagogique Entretien avec des patients

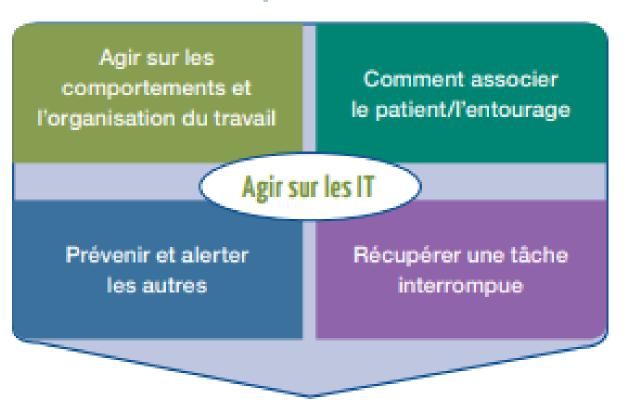
Analyse de la situation



Débriefing en équipe → film pédagogique

Décider en équipe des solutions \rightarrow kit audit, grille d'observation

Mettre en place les solutions



Suivre et mesurer

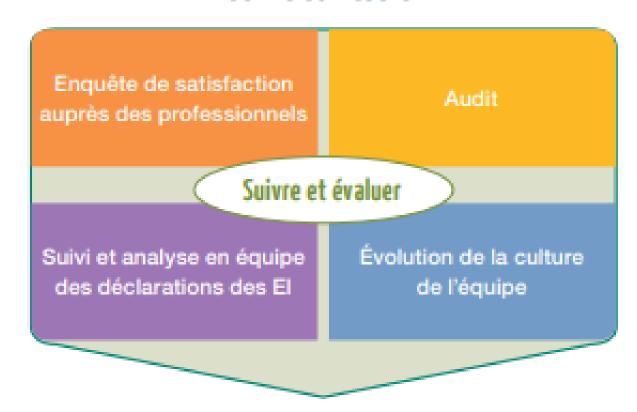




Figure 2. <u>Mitigating Interruption Effects</u> on High-Risk Procedures – Healthcare Human Factors



Figure 3. Flyers



Figure 4. Gilet

Mémo vérification



Figure 7. Mitigating Interruption Effects on High-Risk
Procedures – Healthcare Human Factors



Quels que soient les outils que vous souhaitez mettre en place, il est impératif de définir les modalités d'utilisation, notamment afin de garder leur efficacité.

Par exemple, afin de préserver le « rôle d'alerte » :

- ne pas oublier d'enlever le gilet dès que l'activité est terminée ;
- ne pas laisser les affiches « ne pas déranger » en permanence.



En parallèle des outils, les professionnels s'organisent pour répondre à la demande des patients.

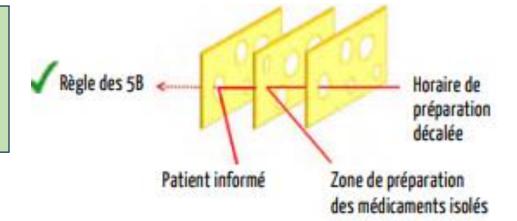
Haute Autorité de Santé - Interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments

Meilleure organisation, moins de glissement de taches, meilleure qualité, valorisation du travail IDE



Figure 5. Zone délimitée (5)



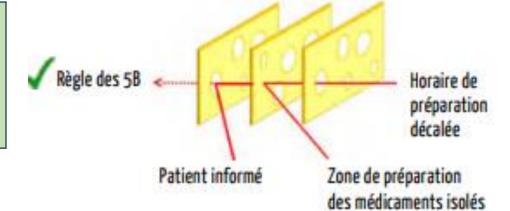


EHPAD de Forges – Les – Eaux

Libellé de l'action	Responsables
Dévier les appels téléphoniques extérieurs lors de la distribution des médicaments vers les CDS (et secrétariat médical)	IDE
Sensibiliser le personnel sur les interruptions de taches, réserver les IT aux motifs urgents, soins prioritaires. Noter les infos non prioritaires à transmettre aux IDE	Formation pour tous
Créer une check-list pour le rempotage des chariots de soins et médicaments pour l'IDE de 20h30 Vérifier la check-list et compléter le matin avant les transmissions	IDE Sarah
Monter du chariot par les AS, le ranger dans la salle de transmissions au 1er étage (A1 et B1) et chariot de soin par IDE	AS/IDE
Modifier l'affichage sur la tablette (depuis la mise à jour, plus de vue d'ensemble du traitement à administrer sur la tablette)	Informaticien
Rédiger un protocole permettant au médecin co de renouveler les traitements arrivés à échéance sur Cédi'acte quand le médecin traitant n'a pu le faire. (Les traitements périmés sont un frein à l'utilisation des tablettes)	Responsable qualité

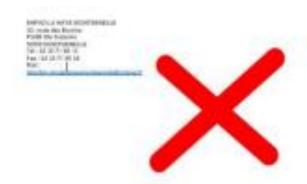


Exemple de plan d'actions



EHPAD La Haye Montsenelle

Notre plan d'actions Gilet jaune ?



Ne pas déranger vérification des semainiers





PAS DE PASSAGE DE COMMUNICATION ENTRE 11H50 ET 12H45 SAUF HOPITAL OU MEDECIN







Outils disponibles



Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

aco dispositijo medicada et de t

/ Accueil / Boîte à outils / Interruption de tâches / Interruption de taches





Interruption de taches

LANCEMENT GROUPE "INTERRUPTION DE TÂCHES"

Nouvel accompagnement "évaluons et agissons sur les interruptions de tâches au cours de l'administration des médicaments" : lancé en septembre 2022

 Si vous êtes intéressés pour conduire cet audit au sein de votre établissement et participer au groupe de travail régional, inscrivez-vous ICI

Pour information, le lancement du nouvel accompagnement a eu lieu le jeudi 29 septembre : diaporama de la séance

Addendu

Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments

L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments

« Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées (5) »

Janvier 2016

Outils disponibles



Video de sensibilisation interruption tâche (Baclesse)
Affiche IT Chariot CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil

Page dédiée sur le site internet OMéDIT Normandie <u>Interruption de taches</u> <u>Haute Autorité de Santé - Interruptions de tâche lors de l'administration de</u> médicaments

(guide complet sur l'IT, film pedagogique; support Kit Audit (format Word, Excel)

Objectifs du document

- Sensibiliser les professionnels de santé, les patients et leur entourage à l'interruption de tâche (IT).
- Proposer des outils pour comprendre et agir en équipe sur l'IT afin de sécuriser l'administration des médicaments.



Exemple poster sur l'interruption de tâches



FOCUS SUR LE STOCKAGE DES MEDICAMENTS





Points faibles identifiés





Stockage des traitements sur les unités de soins (n=2)



Questions sur le stockage



• Comment sont stockés les médicaments ?



Stockage

Objectifs: S'assurer que l'ensemble des dotations sont maitrisées: 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, à l'abri de la lumière), 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.
- 2. Dotation pour besoins urgents
- 3. Chariot/Trousse d'urgence : scellé, contrôle mensuel et après chaque utilisation
- 4. Stupéfiants : coffre fort avec accès limité aux IDE/médecins/équipe pharmaceutique + traçabilité des entrées et sorties, à l'unité pour chaque patient
- 5. Produits thermosensibles : armoire réfrigérée professionnelle, contrôle au moins quotidien et tracé, procédure en cas d'excursion de température



Stockage

- TOUJOURS stocker dans un endroit sécurisé fermé à clé ou à digicode (salle de soins, armoires, chariots)
 - Accès limité aux personnes habilitées (médecin, IDE, pharmacien)
 - Accompagnants non habilités pour accéder au stock de médicaments
- Les traitements nominatifs (piluliers et hors pilulier) doivent être séparés de la dotation pour soins urgents.
- Identifier et limiter le risque de confusion entre médicaments
- Contrôle régulier des péremptions
- Médicaments non utilisés : retournés à la pharmacie → Un circuit de retour à la pharmacie des traitements inutilisés doit être mis en place
- Gestion des déchets :
 - DASRIA avec incinération
 - Stupéfiants : destruction par la pharmacie

Selon vous, sur quelle image les modalités de stockage des médicaments sont-elles respectées ?







Outils

- Guide OMéDIT Normandie Exemple de dotation pour besoins urgents
- Urgence en EHPAD Dotations en produits de sante OMéDIT CVdL
- 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

Stockage des stupéfiants



Stockage stupéfiants 1/2

- Remis en main propre à l'IDE de l'EHPAD dans un contenant fermé
- Précision faite des unités dans le contenant
- Contrôle qualitatif et quantitatif par 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).
- Stockage immédiat dans un coffre fort à accès limité aux IDE/ médecins / équipe pharmaceutique (pharmacien et préparateur) de l'ESSMS



Stockage stupéfiants 2/2

- La traçabilité des entrées (fournis par la pharmacie) et sorties (administrés) doit être réalisée à l'unité et pour chaque résident.
- Les AS et accompagnants ont uniquement accès aux unités de prise préalablement préparées par l'IDE et non au stock (càd l'ensemble des piluliers)
- Pour les unités de prise de stupéfiants (RITALINE, CONCERTA, QUASYM; MEDIKINET, SKENAN, ACTISKENAN, etc.) :
 - elles doivent être préparées par l'IDE
 - les AS doivent être spécifiquement formées et habilitées.
 - Elles ont accès à un autre coffre dédié pour réaliser l'aide à la prise en dehors des heures de présence d'une IDE (ces doses sont préparées par l'IDE pour chaque prise/nuit)

Stockage de l'oxygène



Stockage oxygène

- Dans un local sec et aéré, éloigné de tout combustible et source de chaleur, avec interdiction de fumer
- Bouteilles vides et pleines séparées sur un emplacement identifié
- Bouteilles maintenues en position verticale attachées à un support
- Pour les concentrateurs/extracteurs d'oxygène en fonctionnement, laisser un espace d'environ 20 cm autour de l'appareil pour assurer une bonne circulation de l'air (pas de rangement dans un placard)



Dotation pour besoins urgents

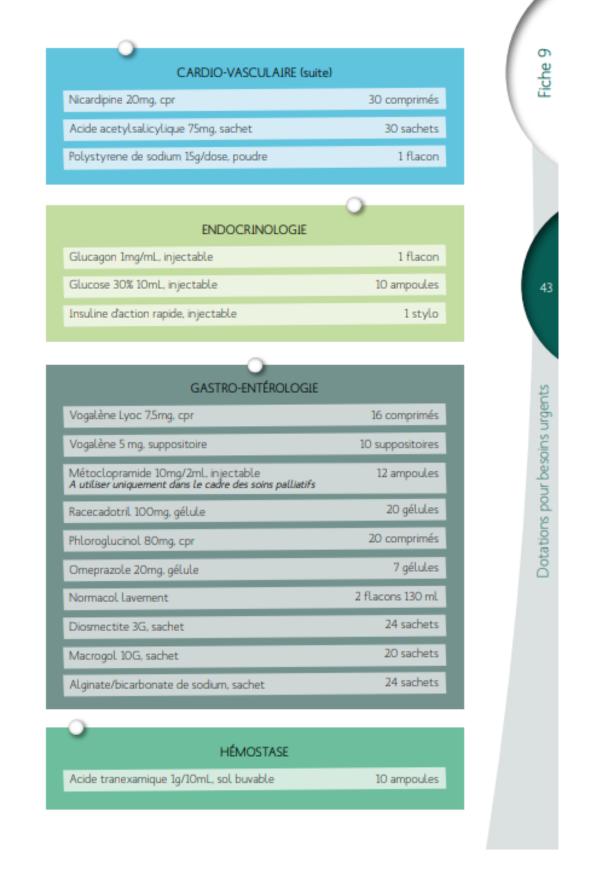


Dotation pour besoins urgents (art R5126-108 du CSP)

- A différencier du chariot/trousse d'urgence utilisés pour les urgences vitales !
- Réserve de **médicaments et DM de 1**ère intention (antibiotiques, anti-inflammatoires, antalgiques, ...) permettant de débuter un traitement le plus tôt possible lorsque la pharmacie référente est fermée
- Liste établie qualitativement et quantitativement, ajustée en fonction de l'évaluation des besoins de l'ESSMS par le médecin coordonnateur et le pharmacien (+/- convention avec l'ESSMS) en collaboration avec les médecins prescripteurs
- Régulièrement contrôlée pour éliminer les médicaments périmés et les remplacer
- Modalités d'utilisation et de réassort de la dotation établies: avec la nécessité d'une prescription médicale et traçabilité de toute intervention du personnel soignant (IDE et médecin)
- Stockée dans une armoire fermée à clé ou par tout autre dispositif garantissant le même niveau de sécurité
- Les médicaments non utilisés ne peuvent être gardé par l'ESSMS afin de constituer cette dotation : systématiquement renvoyés à la pharmacie!

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	
0		
ANTIDOTE		
Vitamine K 2mg/mL, injectable	6 ampoules	
Naloxone O,4mg/mL, injectable	10 ampoules	
Flumazenil O,1mg/mL, injectable	10 ampoules	
CARDIO-VASCULAIRE		
Adrénaline 1mg/mL, injectable	10 ampoules	
Atropine 0,5mg/mL, injectable	10 ampoules	
Atropine O,5mg/mL, injectable Furosémide 20mg/mL, injectable		
	10 ampoules 6 ampoules 30 comprimés	
Furosémide 20mg/mL, injectable	6 ampoules	

Trinitrine 0,15mg/dose, sol sublinguale



1 flacon

Chariot d'urgence (trousse, sac à dos)

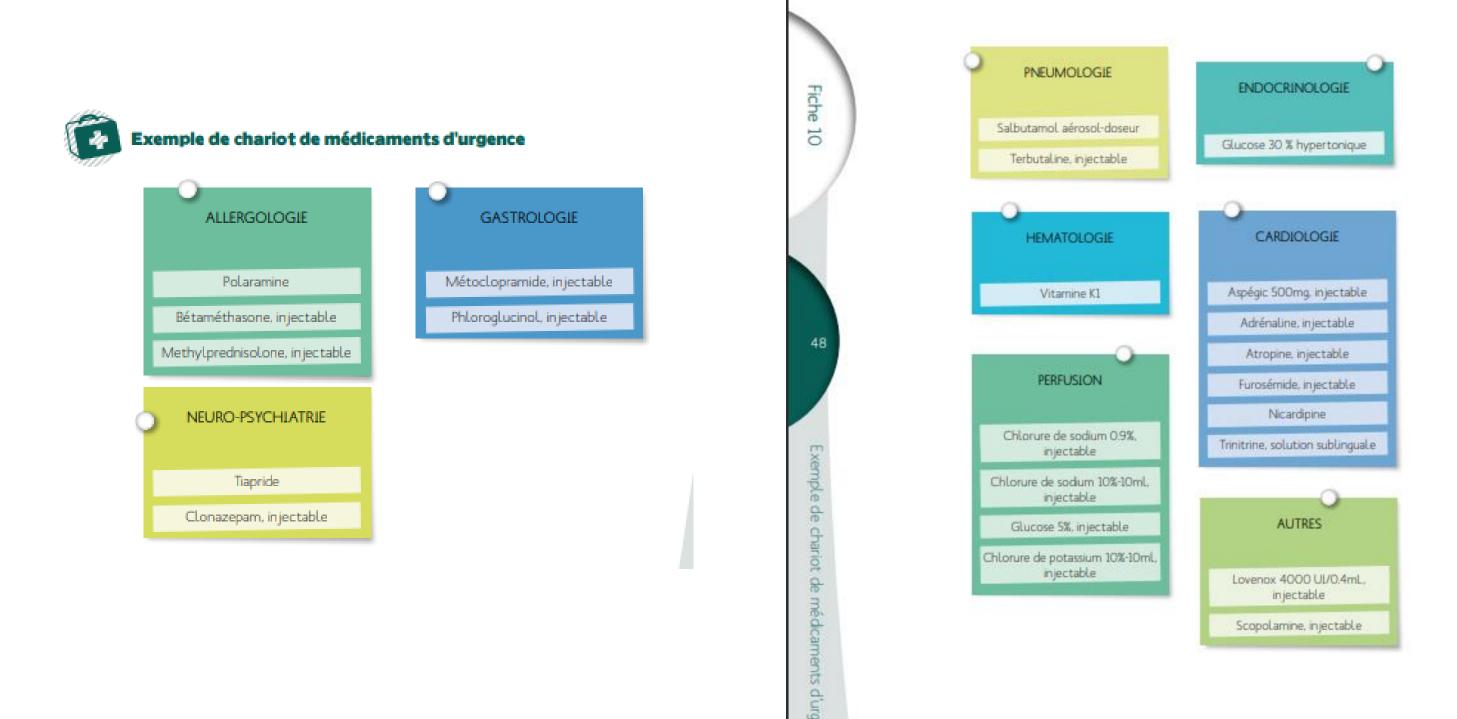


Chariot d'urgence (trousse, sac à dos)

Rassemble les médicaments et dispositifs médicaux utilisés en cas d'urgence vitale :

- Endroit connu et accessible par tout le personnel
- Doit être impérativement sécurisé (par scellés par exemple)
- Liste établie et ajustée par le médecin coordonnateur :
 - Mise à disposition dans une pochette placée à l'extérieur du chariot
 - Précise l'emplacement des médicaments éventuellement détenus au réfrigérateur, appareillages, ...
- Le contenu est **vérifié tous les mois** (+ scellé !) : quantité, péremption des médicaments/dispositifs médicaux + bon fonctionnement des appareils
- Traçabilité de toute intervention du personnel soignant (IDE et/ou médecin) sur le chariot d'urgence + motif d'ouverture (urgence ou contrôle) + numéro de scellé
- Lors de toute utilisation ou retrait pour péremption: **nouvelle prescription médicale** pour réassort immédiat

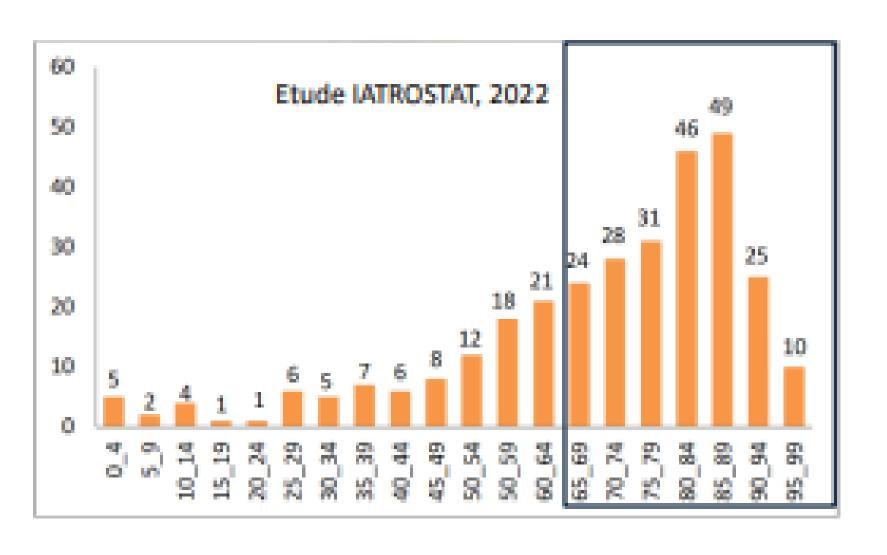
Exemple de chariot de médicaments d'urgence





FOCUS SUR LE SUIVI ET LA REEVALUATION

Polymédication



latrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation chez

l'adulte et l'enfant : incidence, caractérisation et évitabilité: **Etude IATROSTAT** (rapport d'étude 02/05/22)

Parmi les 3648 patients inclus entre avril et juillet 2018 : **309 étaient hospitalisés** en raison d'un **Evènement indésirable Médicamenteux (EIM**) soit **8,5**% (augmentation de la proportion avec l'âge, passant de 3,3% chez les enfants à **10,6% chez les ≥ 65 ans**)

Importance de prévenir la iatrogénie médicamenteuse

Sujets âgés :

- présentent naturellement des facteurs de risque de chute liés à l'âge (baisse de l'acuité visuelle et perte d'audition, dénutrition, faiblesse musculaire...)
- modifications des paramètres pharmacocinétiques du sujet âgé (variation de l'absorption, distribution, métabolisation, élimination)
- auxquels vient s'ajouter la polymédication

Polymédication = facteur de risque supplémentaire car :

- effet cumulatif des effets indésirables des médicaments
- risque plus élevé d'intéractions médicamenteuses

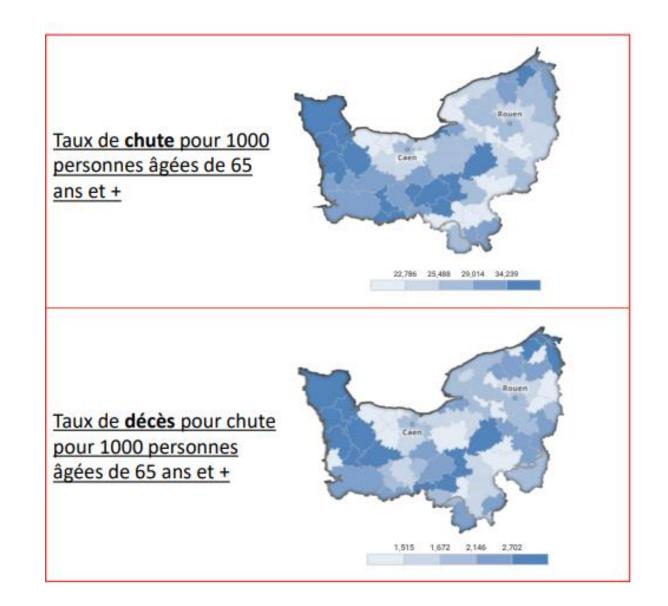
NB : Il est estimé que les chutes touchent chaque année plus d'1/3 patients >65 ans et ½ patients >80 ans [1] Il est estimé que les chutes sont à l'origine de 130 000 hospitalisations et sont responsables de plus de 10 000 décès chaque année [2]

Lien entre chutes et médicaments

En France, chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 130 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès.

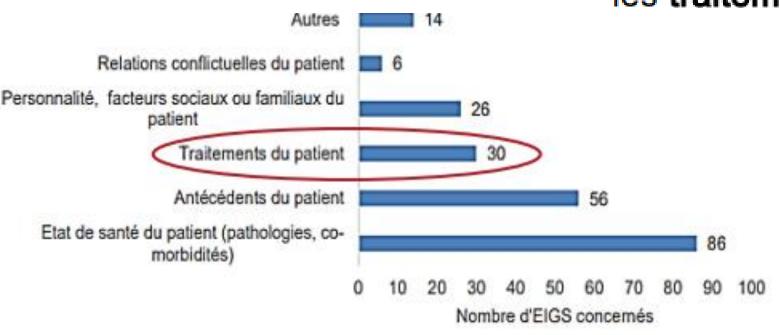
1 personne sur 3 de + 65 ans chutera dans l'année

1 personne sur 2 de + 85 ans chutera dans l'année





D'après le rapport HAS 2021, les facteurs liés aux patients représentent 84 % des causes profondes d'EIGS en lien avec une chute (n=108) dont près de 30% (30/108) concernent les traitements du patient

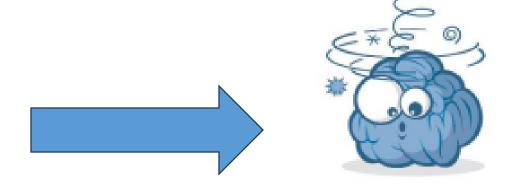


Répartition des causes profondes liées aux patients (n= 108)

Médicaments à risque

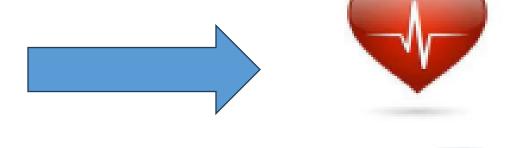
Médicaments du système nerveux central

Psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, BZD à ½ vie longue et hypnotiques) Antiparkinsoniens, Anticholinergiques, Antiépileptiques, Anti-histaminiques



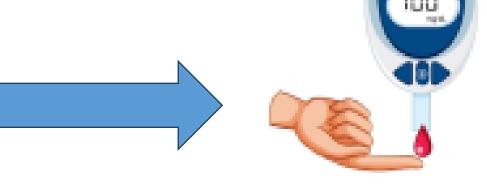
Sédation, sensations de vertige, baisses de performance cognitives et motrices, troubles de l'équilibre, syndrome extrapyramidal, troubles visuels, hypotension orthostatique

Antihypertenseurs et les vasodilatateurs (dérivés nitrés, alpha-bloquants, diurétiques...)



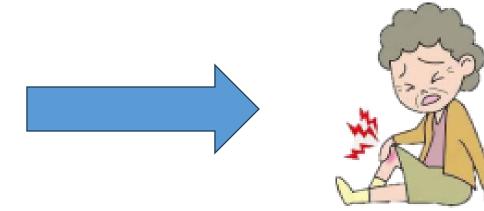
effet sédatif central hypotension orthostatique bradycardie, syncope

Antidiabétiques



Possibles hypoglycémies

Antalgiques (opiacés et apparentés)



Sédation, confusion, hypoglycémie



Points faibles



Deprescription des benzodiazépines/ IPP non justifié non programmée



Pas de suivi ni de travail de fond sur les neuroleptiques, BZD, les campagnes de vaccination



Outils de l'OMéDIT Normandie

- Une poursuite des formations sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse:
 - <u>Formations présentielles :</u> « Enjeux, concepts, outils et méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie »
 - Minimum 2 à Caen et 2 à Rouen/an
 - Liste d'attente pour les prochaines formations : <u>Liste d'attente formation "Enjeux, concepts, outils et méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie chez le sujet âgé" | Framaforms.org</u>



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Programme de formation Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée

Modules 1 et 2

Enjeux, concepts, outils et méthode d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée Formation présentielle le 8 décembre 2023 (CHU Rouen))

Objectifs

- Comprendre les enjeux de l'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée
- Connaître les principaux facteurs de risques iatrogènes chez la personne âgée
- Connaître les principes de base de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et appliquer le réflexe iatrogénique
- Connaître les principaux référentiels et outils d'aide à l'optimisation des prescriptions médicamenteuses gériatriques
- · Connaître les principales classes médicamenteuses à réévaluer périodiquement
- Etablir un Plan de médication partagé
- Développer une démarche pluridisciplinaire d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée en partenariat avec le patient et autres professionnels de santé

Conférenciers

 Karine Kadri (gériatre, CHU de Rouen), Catherine Chenailler (pharmacien clinicien, CHU de Rouen) et Albane Cherel (pharmacien OMéDIT Normandie)

Public

Cette formation s'adresse aux médecins et pharmaciens prenant en charge des personnes âgées

Maximum de 12 participants

Matériel didactique mis à disposition sur la plateforme eLearnes

Une fois votre inscription complétée, vous aurez accès aux documents associés à la formation (compter 2-3 jours de délai une fois votre inscription compétée) :

- Quiz d'évaluation des connaissances en amont de la formation
- Cas clinique à préparer avant la formation présentielle (grille médecin / grille pharmacien)
- Ressources pédagogiques

Dates

Formation présentielle, le 8 décembre 2023, à Rouen



Outils de l'OMéDIT Normandie

Une poursuite des formations sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse:



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée



16 modules de formation

Modules introductifs

- 1. Enjeux, concepts et outils d'optimisation de la pharmacothérapie
- 2. La méthode d'optimisation de la pharmacothérapie

Pathologies et classes thérapeutiques

- 3. Hypertension artérielle
- 1. IPP
- 5. Statines
- 6. Anticoagulants
- 7. Douleur
- 8. Oncogériatrie
- 9. Ostéoporose
- 10. Dépression (en cours)

- 11. Antipsychotiques (en cours)
- 12. Insuffisance cardiaque (en cours)
- 13. Fibrillation atriale
- 14. Benzodiazépines
- 15. Diabète de type 2
- 16. Anticholinergiques

Replays déjà disponibles

- Boîte à outils
 « anticoagulants »
- Boîte à outils « douleur »
- Oncogériatrie
- HTA
- IPP
- Outils et méthodologie d'optimisation

Une collaboration











Travailler sur les prescriptions



- > Objectifs
- 1. Cibler des situations à risque de iatrogénie médicamenteuse Exemples : par pathologie (maladie d'Alzheimer, HTA...) ; par classe médicamenteuse (anticoagulants, psychotropes, antihypertenseurs...)

2. Formaliser un programme d'actions (outils/méthode) en lien avec la prescription / la révision des prescriptions médicamenteuses, déploiement des bilans partagés de médication? (pharmacien référent)

3. Mettre en œuvre un suivi d'indicateurs



Travailler sur les prescriptions



1. En ciblant des situations à risque de iatrogénie médicamenteuse



Outils disponibles

• Boîte à outils « personne âgée : optimisation médicamenteuse »— OMéDIT : Formations interprofessionnelles (omedit-normandie.fr)

Formations

Fiches à destination des patients

Ressources pédagogiques

Formations interprofessionnelles

Nos outils

Actualisation du 25/10/22

L'OMÉDIT Normandie travaille en partenariat avec **l'OMÉDIT Bretagne** et **l'OMÉDIT Hauts-de-France**, sur la conception d'outils à destination des professionnels de santé, sur l'optimisation des thérapeutiques médicamenteuses chez le sujet âgé.

Le programme de formation

Un programme composé à terme de 14 thématiques de formation

Généralités

- Thématique 1 : enjeux et concepts en lien avec la pharmacothérapie des personnes âgées (finalisée)
- Thématique 2 : méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie des personnes âgées (finalisée)

Optimisation de la pharmacothérapie, chez le sujet âgé de...

- Thématique 3 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle (finalisée)
- Thématique 4 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse par inhibiteurs de la pompe à protons (finalisée)
- Thématique 5 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse par statines (finalisée)
- Thématique 6 : optimisation de la prise en charge médicamenteuse de la dépression (finalisation septembre 2022)
- Thématique 7 : optimisation de la prise en charge médicamenteusede l'ostéoporose (finalisation septembre 2022)

Formations présentielles interprofessionnelles :
 (« Enjeux, concepts, outils et méthodologie
 d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne
 âgée »)

Webinaires :

- **IPP** (replay de la session du 281122 disponible)
- Optimisation de la **PECM de l'HTA** (replay de la session du 080323 disponible)
- Optimisation de la PECM par AVK (replay de la session du 31 mai 2023)



Outils de l'OMéDIT Normandie

Formations distancielles:

• Webinaire « Optimisation de la pharmacothérapie du diabète chez le sujet âgé »

Replay est accessible à l'adresse suivante : https://www.youtube.com/watch?v=08pMXhNcUoU Le support de présentation disponible à l'adresse suivante : Le Diabète du Sujet Agé

- Webinaire « sur les allongements de QT » le vendredi 7 novembre à 13h30 animé par le Pr Joachim Alexandre. Si vous souhaitez y participer, il vous suffit de vous inscrire : https://forms.office.com/e/Qa95P647s1?origin=lprLink
- Webinaire « Antipsychotiques et personnes âgées : maladies psychiatriques vieillissantes avec un webinaire le 5 décembre à 13h

Pour y participer, il suffit de vous inscrire en cliquant sur lien suivant : Microsoft Virtual Events Powered by Teams



Outils de réévaluation des prescriptions



Liste préférentielle en EHPAD

OMéDIT : EHPAD (omedit-normandie.fr)

European Geriatric Medicine https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y

RESEARCH PAPER



STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3

Denis O'Mahony^{1,2} • Antonio Cherubini³ • Anna Renom Guiteras⁴ • Michael Denkinger⁵ • Jean-Baptiste Beuscart⁶ • Graziano Onder⁷ • Adalsteinn Gudmundsson⁸ • Alfonso J. Cruz-Jentoft⁹ • Wilma Knol¹⁰ • Gülistan Bahat¹¹ • Nathalie van der Velde¹² • Mirko Petrovic¹³ • Denis Curtin²

Received: 10 January 2023 / Accepted: 31 March 2023 © The Author(s) 2023, corrected publication 2023 Liste STOPP/START: EHPAD (omedit-normandie.fr)

https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/essms-ehpad/ehpad,2179,2395.html



Outils de l'OMéDIT Normandie

- * Kit de sensibilisation à la réévaluation médicamenteuse :
 - Sensiblisation des résidents/aidants/professionnels de santé
 - Mini-vidéos et flyers
 - Pour mener vos propres actions de communication (lors des CVS, etc.)



Vidéos à destination du grand public



Vidéos à destination des professionnels de santé





FOCUS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR





Points faibles identifiés

Stratégie de prise en charge non médicamenteuse de la douleur insuffisante

Evaluations douleur



Douleur

Très fréquente chez les personnes âgées > 40 à 75 % des résidents en EHPAD

Souvent sous-évaluée et sous-traitée, en raison de facteurs tels que :

- Troubles cognitifs (démence, Alzheimer)
- Comorbidités multiples et polymédication

La douleur doit être évaluée, traitée dès que possible et tracée, pour éviter toute perte d'autonomie et tout trouble du comportement.

Différents types de douleur :

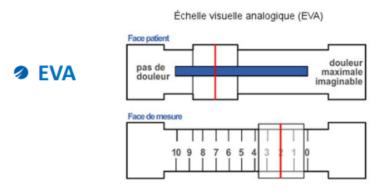
- Nociceptive: douleurs rhumatismales, ou liées aux pathologies cancéreuses, aux pathologies artérielles, escarres, plaies, liées aux soins
- Neuropathique: post chirurgicale (ex. amputation), zona, neuropathie diabétique, après AVC, tumeur
- Psychogène: somatisation d'une souffrance, d'un mal-être, d'une dépression, l'évaluation doit être faite par un psychiatre ou un psychologue.



Evaluation de la douleur

Autoévaluation

- Différentes échelles par le patient pour évaluer l'intensité de la douleur
- Elles identifient les patients qui ont besoin d'un traitement
- Fiable pour les patients présentant des troubles cognitifs faibles à modérés MMSE > 18/30
- Toujours à tester même pour les patients présentant des troubles de la communication verbale
- Si non fiable ou impossible, faire une hétéroévaluation de la douleur



② EN : échelle numérique (0 à 10)

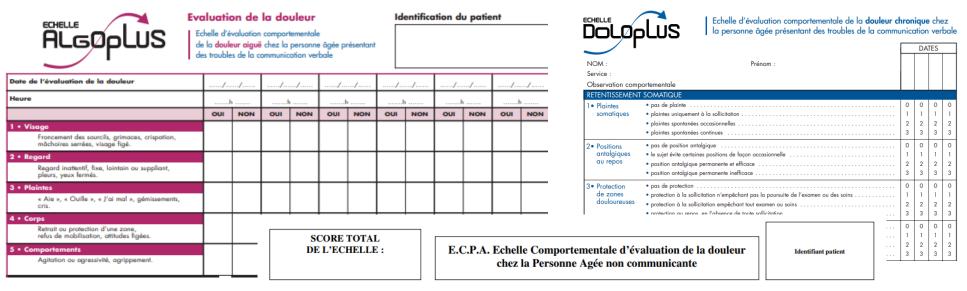
EVS:

Douleur absente ; douleur faible ; douleur modérée ; douleur intense ; douleur très intense .

Hétéroévaluation

Douleur en situation aiguë = Algoplus® Douleur en situation chronique

- **Doloplus®**
- Echelle comportementale de la Personne Âgée ECPA
- PACSLAC-F: Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (version Française)



I. Observation avant les soins		II. Observation pendant les soins	
	Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé t/ou crispé 4 : Expression complètement figée	5.	Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements
2.	POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0: Aucune position antalgique 1: Le sujet évite une position 2: Le sujet choisit une position antalgique 3: Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4: Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	6.	Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulièr 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antaligique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins
3.	MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 :Immobilité contraire à son habitude* 4 :Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude	7.	Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0: Aucune réaction pendant les soins 1: Réaction pendant les soins, sans plus 2: Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3: Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4: L'approche des zones est impossible



Focus sur les antalgiques

Palier 1 + Palier 2 = OK

Palier 1 + palier 3 = OK

Palier 2 + palier 3 = KO

Palier 1 – Douleurs faibles à modérées :

Paracétamol

AINS

Néfopam (ACUPAN)

Palier 2 – Douleurs modérées (opioïdes faibles) :

Tramadol

Codéine

Palier 3 – Douleurs modérées à fortes (opioïdes forts) :

Morphine

Oxycodone

Hydromorphone

Fentanyl

Buprénorphine

Méthadone

Prévenir systématiquement la constipation hydratation, laxatifs Privilégier autant que possible la voie orale

Respecter la règle : « start low et go slow »

Nefopam (ACUPAN): non recommandé (effets anticholinergiques)

En cas d'impossibilité d'utiliser la voie orale :

- → PCA de morphine via HAD (procédures +++)
- → Fentanyl transdermique (DUROGESIC) :

Alternative pour les résidents ne pouvant avaler. Mais prudence

- Grandes fluctuations du passage transcutané chez le sujet âgé
- Grande liposolubilité → élimination plus lente chez le sujet âgé
- 30 mg morphine per os = $12,5 \mu g/h$ de fentanyl transdermique
- Mêmes effets indésirables que la morphine



Points de vigilance

Effets indésirables des opioïdes pour lesquels il faut être particulièrement vigilant

- Laxatif dès l'instauration opioïdes
- Rétention Aigue d'Urine
- Troubles neuropsychiatriques
- Risque de chute

Règles d'équi-analgésie entre les voies d'administration (per os/SC/IV)

Education Thérapeutique du résident / entourage



Traitement douleur neuropathique

Traitement local:

- Emplâtre de lidocaïne: indication restreinte, prescription hors AMM
- TENS: accès à une consultation douleur, faisabilité, éducation thérapeutique, mise en place chez les personnes vivant seules
- Capsaïcine 8%: HDJ
- Toxine: accès à une consultation douleur

Traitement systémique :

- Gabapentine 100, 300 et 400: gélule ouvrable
- Prégabaline: gélule ouvrable et solution buvable
- IRSNA:
 - Duloxétine (gélule non ouvrable)
 - Venlafaxine (cp non écrasable, gélule non ouvrable)

Antidépresseur tricyclique à éviter autant que possible



Gestion des stupéfiants la nuit

En l'absence d'IDE la nuit, les interdoses de stupéfiants:

Recours à l'aide à la prise doit être exceptionnel, après évaluation par l'équipe douleur sans autre alternative ni médicamenteuse ni d'organisationnelle :

- Si le résident n'est pas en mesure de gérer seul son traitement
- Uniquement les formes orales et en l'absence de trouble de l'oralité (déglutition, etc.)
- Privilégier une astreinte infirmière de nuit, convention Ehpad et USLD par ex.
- Les AS formées et volontaires
- Formaliser la procédure = explications + un protocole individualisé /résident
 - Protocole de soins infirmiers donc signé par l'IDE et l'AS désignée
 - Formation des AS sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur + administration des stupéfiants
 - Formation de l'équipe du nuit (au-delà d'une seule documentation) doit repérer les El / alertes et savoir les gérer
- Préparation de l'inter-dose en amont par IDE et stockage sécurisé* (coffre réservé aux stupéfiants de nuit différent du coffre des stupéfiants)
- Traçabilité de l'administration ou non administration + motif éventuel



Traitements non médicamenteux

Privilégier approche non médicamenteuse spécifique auprès de la population âgée

- Psychothérapie
- TENS: si pace-maker, avis cardiologue
- Hypnose: MMSE > 25
- Acupuncture
- Kinésithérapie, ergothérapie,...
- Musicothérapie, réalité virtuelle, ...
- Les techniques cognitives et comportementales
- La radiothérapie antalgique



Outils

- Campagne bon usage des opioïdes : Vidéo de sensibilisation
- Neurostimulation transcutannée en EHPAD : Espace formation
- Guide d'aide à la prescription du fentanyl : Guide assurance maladie

PCA en EHPAD



PCA en EHPAD

- PCA = Analgésie Contrôlée par le Patient → optimisation de la prise en charge de la douleur chez les patients.
- PCA = administration d'une **dose continue + doses unitaires** supplémentaires (bolus) administrées en appuyant sur un bouton-poussoir
- Molécules utilisées: morphine, oxycodone, fentanyl, alfentanyl, sufentanyl, buprénorphine et tramadol.
- Prescription = réalisée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Elle peut s'appuyer très souvent sur l'avis d'un médecin spécialiste en médecine palliative, d'une équipe mobile de soins palliatifs et/ou d'une structure de douleur chronique.



PCA en EHPAD

Mise en place d'une HAD:

- La plupart des cas notamment lorsque les médicaments prescrits sont réservés à l'usage hospitalier.
- Le matériel et les médicaments spécifiques pour la PCA sont dans ce cas fournis par l'établissement d'HAD
- Une convention doit être signée entre l'HAD et l'EHPAD précisant :
 - Modalités d'intervention de l'établissement d'HAD.
 - Protocoles et procédures précisant les conduites à tenir face aux incidents (alarmes, effets indésirables...)
 - Modalités de formation et d'information du personnel de l'EHPAD

Sans recours à l'HAD avec les conditions précises suivantes :

- Les médicaments peuvent être utilisés en dehors d'un établissement de santé (donc hors réserve hospitalière)

ET

- Les IDE de l'EHPAD sont formés à la manipulation et surveillance d'une PCA,

ET

- Un IDE est d'astreinte ou présent(e) pour l'EHPAD la nuit.

En l'absence de ces trois conditions requises, il est nécessaire de faire appel à un établissement d'HAD.

Fiche PCA en EHPAD



Accompagnement méthodologique

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD - Webinaire 2

Prochain webinaire 3 le 16/10/2025





FOCUS SUR LES EIGS

<u>Time Management Hacks</u> optimisation <u>Présentation PowerPoint</u> s'insipirer de ce webinaire sur la declaration eigs

Points faibles

• RETEX/EI



En savoir plus sur les EIG



Cas particulier des évènements indésirables graves :

- Minutes Qual'Va (vidéo pédagogique)
 - On vous dit tout sur les EIGS : QQOQCCP (4min48)
 - On vous dit tout sur les EIGS : Le circuit des EIGS (5min11)
 - Hors-série EIGS : Tutoriel de remplissage du Volet 1 (9min40)
 - Hors-série EIGS: Tutoriel de remplissage du Volet 2 (5min11)
- Procédure de l'ARS Normandie sur la qualification, régulation et gestion des EIGS
- Quiz « EIGS ou pas ? » pour tester vos connaissances sur les
- caractéristiques des évènements à déclarer à l'ARS Outils disponibles

QQOQCCP sur les EIGS - Minute Qual'Va

Les circuit des EIGS – Minute Qual'Va

Hors-série EIGS : Tutoriel de remplissage du Volet 1 – Minute Qual'Va

Hors-série EIGS : Tutoriel de remplissage du Volet 2 – Minute Qual'Va

Procédure de traitement des EIGS – ARS Normandie

Quiz EIGS ou pas?





Outils de l'OMéDIT Normandie

- Une poursuite des formations sur les erreurs médicamenteuses :
 - Gestion des erreurs médicamenteuses a posteriori :
 - Prochaine formation le
 - Liste d'attente pour les prochaines formations : <u>Liste d'attente formation "Gestion des risques d'erreurs médicamenteuses" (à destination du public ESSMS) | Framaforms.org</u>
 - Webinaire 30 minutes « Apprendre pour prévenir »
 - Comment animer une séance autour d'une fiche RETEX ?

Des fiches RETEX sur les erreurs médicamenteuses publiées régulièrement:









Et maintenant...



- « Imbattables » sur le Médicament
- Audit croisé sur le circuit du médicament
- Boite à outils « Gestion des Évènements Indésirables » (adhérents Qual'Va)
- Accès aux ressources de l'Appui méthodologique pendant 1 an (jusqu'en déc. 2024) sur la plateforme
- Formation Qual'Va 2024 : Cartographie des risques spécifique secteur médico-social ;
 Analyser un Évènement Indésirable en secteur Médico-Social (avril 2024)...
- Formation OMéDIT 2024 en continu -> S'inscrire à la Newsletter

Gardez la dynamique!