

Accompagnement méthodologique

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en ESSMS Handicap

1er Webinaire

20/01/2026

A destination des 35 **ESSMS** volontaires
avec ou sans PUI de la région Normandie





Vos micros ont été coupés, n'hésitez pas à les réactiver au besoin



Un « fil de discussion » est à votre disposition pour poser toutes vos questions, échanger... !



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



Mise à disposition du support (diaporam avec l'ensemble des liens) par mail à la suite du webinaire et sur page dédiée

Pas de replay

ESSMS inscrits

14

- APAEI Du Bocage Virois Et De La Suisse Normande
- APAEI Des Pays D’Auge Et De Falaise
- ESAT APEI de Caen
- IME Elie De Beaumont (APEI de Caen)
- FAM Foyer Soleil (Association APF France handicap) – Fleury Sur Orne
- EPMS Mer et Bocage – Graye-Sur-Mer
- Les Foyers de Cluny Du Calvados
- FOA Cairon (APEI Caen)
- MAS Le Cotin (Vire)

Autre

Direction régionale APF France Handicap

27

- Les Papillons Blancs de Pont-Audemer (MAS, EEAP, IME, SAMSAH, SAVS, ESAT, FH, FVPHV, CAMPS)
- MAS CH Gisors
- Foyer Annie Solange - Breteuil
- Pôle APF France Handicap Adulte De L’Eure (FAM, Foyer de vie, SAJ, ESAT et SAVS)
- Résidence François Morel (FAM) - Evreux
- ADAPEI 27 (FH et SAVS)
- Résidence Du Moulin De La Risle (ADAPEI 27) – Rugles
- Résidence Du Bois De Melleville (FAM- ADAPEI 27) - Guichainville
- ESAT Ateliers du beffroi (ADAPEI 27) - Evreux

50

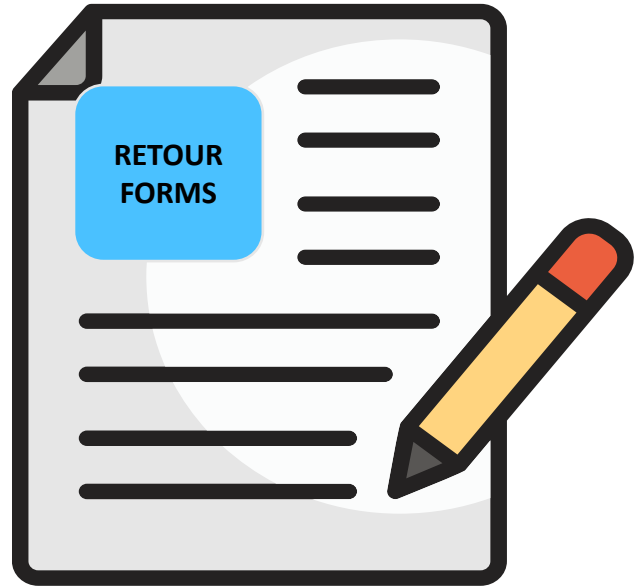
ADSEAM PMS

76

- FAM Le Roncier – Saint Victor L’Abbaye
- FAM Les Hautes Eaux - Autigny
- MAS La Maison Des Lys - Malaunay
- Sésame Autisme Normandie (MAS, EAM, FH, IME)
- Emergence-s Etablissement des Lits d'Accueil Médicalisés
- IME Max Brière – Saint-Pierre-Lès-Elbeuf
- EPA Helen Keller – Le Havre

61

- MAS Les Passereaux - Alençon
- MAS La Source – L’Aigle



RETOUR sur les réponses du QUESTIONNAIRE FORMS

→ Réponses anonymes

Principaux points faibles identifiés

20 réponses obtenues sur les 35 ESSMS inscrits (58%)

Word cloud visualization of identified weaknesses:

- traçabilité** (central, largest)
- prise** (large, right side)
- traitements** (large, left side)
- LA VALIDATION** (top center)
- double vérification** (top left)
- charge médicamenteuse** (top right)
- molécules** (top right)
- pilulier** (top right)
- séparation** (top right)
- procédure** (top right)
- formation** (top right)
- médecin** (bottom right)
- distribution** (bottom right)
- traitement médicamenteux** (bottom right)
- tâches** (bottom center)
- stupéfiants** (bottom center)
- 1er foyer** (bottom left)
- Le 2ème foyer** (bottom left)
- médicaments** (middle left)
- pôle** (middle left)

Déroulé de l'accompagnement

3 webinaires

**+ 1 atelier en
présentiel (ARS) ou en
distanciel**

20 janvier

Contexte - Evaluation
HAS
Fondamentaux de la
PECM
Prescription,
dispensation,
préparation

29 janvier

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

12 février

Gérer les risques à
priori et à postériori

5 mars

Mise en situation sur
les erreurs
médicamenteuses

5

Programme du jour **1er Webinaire** **(20/01/2026)**

Contexte - Evaluation HAS des Établissement ou service social ou médico-social (ESSMS), selon le référentiel HAS de mars 2022

Fondamentaux de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM)

Éléments essentiels et de réponses liés à vos besoins répertoriés dans le questionnaire Forms liés à :

- Prescription
- Dispensation
- Préparation (PDA, trouble de la déglutition)

Rappel des enjeux

Qu'est ce que l'évaluation de la
qualité des ESSMS?

Evaluation des ESSMS (Art. L312-8 du CASF)

Centré sur la personne accompagnée

Objectif : promouvoir une dynamique d'amélioration continue de la qualité au bénéfice des personnes accueillies

Evaluation tous les 5 ans par les organismes évaluateurs extérieurs accrédités

Finalité : apporter une réponse pertinente et adaptée aux attentes

- Des personnes accompagnées (connaissance du niveau de qualité d'un ESSMS)
- Des professionnels (outil de management interne et amélioration des pratiques)
- Des autorités (outil de dialogue régulier entre la structure et l'autorité, et lors du renouvellement des autorisations d'activité)

Enjeux de la démarche d'évaluation

- 1- permettre à la **personne d'être actrice de son parcours**
- 2- renforcer la **dynamique qualité** dans les ESSMS
- 3- promouvoir une **démarche porteuse de sens** pour les ESSMS et leurs professionnels

Outils disponibles

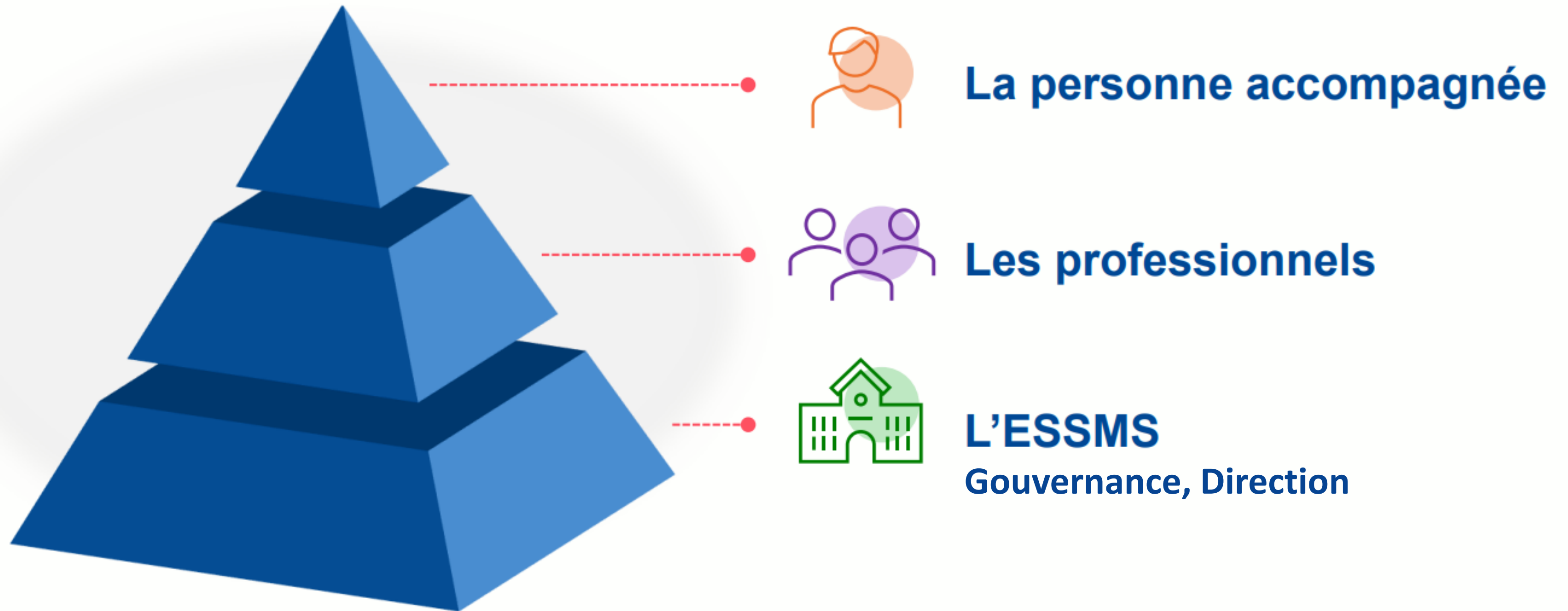
[Comprendre la nouvelle évaluation des ESSMS HAS, 2022](#)

[Regarder en replay – Le point sur le nouveau dispositif d'évaluation des ESSMS HAS, 2022](#)



Evaluation des ESSMS (Art. L312-8 du CASF)

Démarche d'évaluation à 3 niveaux





MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Validé par la CSMS le 8 mars 2022
Actualisé le 8 juillet 2025

3 cibles/chapitres : la personne, les professionnels, l'ESSMS
organisés autour de **9 thématiques**

42 objectifs :

déclinés en **157 critères d'évaluation**

18 critères « impératifs » = mise en place lors de la visite d'évaluation.

Minimum exigible

9 thématiques

- Bientraitance et éthique
- Droits de la personne accompagnée
- Expression et participation de la personne accompagnée
- Co-construction et personnalisation du projet d'accompagnement
 - Accompagnement à l'autonomie
 - Accompagnement à la santé

Communes aux 3 chapitres

- Chap. 1 (La personne)
- Chap. 2 (Les professionnels)
- Chap. 3 (L'ESSMS)

- Continuité et fluidité des parcours

Commune aux 2 chapitres

- Chap. 1 (La personne)
- Chap. 2 (Les professionnels)

- Politique ressources humaines
- Démarche qualité et gestion des risques

Spécifiques au chapitre 3 (L'ESSMS)

Domaines couverts par les critères impératifs

... ◦ Les professionnels

- Respect des droits et libertés
- Liberté d'aller et venir
- Respect de la dignité et l'intégrité
- Respect de la vie privée et l'intimité
- Respect de la liberté d'opinion, les croyances et la vie spirituelle
- Droit à l'image
- Confidentialité et protection des informations

... ◦ L'ESSMS

- Gestion des risques de maltraitance et de violence
- Plaintes et réclamations
- Évènements indésirables
- Gestion de crise et continuité de l'activité
- Sécurisation du circuit du médicament

Critères en lien avec le circuit du médicament

Critères (mention * pour les impératifs)

CRITÈRE 1.15.4 – La **personne accompagnée** est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa **compréhension** et son **adhésion** et s'assurer de sa **continuité**.

CRITÈRE 3.6.1 – L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa **mise en oeuvre**.

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

CRITÈRE 3.6.3 – Les professionnels **accompagnent les personnes** dans la **continuité de leur prise en charge médicamenteuse**.

CRITÈRE 3.6.4 – Les **professionnels alertent** en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont la iatrogénie.

CRITÈRE 3.6.5 – Les professionnels sont **régulièrement sensibilisés** et/ou **formés à la prévention** et à la **gestion** du risque médicamenteux.

CRITÈRE 3.13.1 * – L'ESSMS organise le recueil et le traitement des événements indésirables.

CRITÈRE 3.13.2 * – L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.

CRITÈRE 3.13.3 * – Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives.

CRITÈRE 3.13.4 – Les professionnels sont **régulièrement sensibilisés** et/ou **formés à la gestion des événements indésirables**.

CRITÈRE 1.16.1 – La **personne s'exprime** sur la manière dont sont **prises en charge ses douleurs** tout au long de son accompagnement.

CRITÈRE 1.16.2 – Les **professionnels repèrent** et/ou **évaluent** régulièrement et **tracent** les **douleurs** de la personne accompagnée selon des modalités adaptées.

CRITÈRE 1.16.3 – Les professionnels **recueillent**, auprès de **l'entourage**, des informations sur les manifestations habituelles des **douleurs** chez la personne accompagnée.

CRITÈRE 1.16.4 – Les professionnels **coconstruisent avec la personne** accompagnée, la **stratégie de prise en charge de la douleur**.

CRITÈRE 1.16.5 – Les professionnels **alertent** et/ou **mobilisent** tous les **moyens nécessaires** pour soulager la **douleur** de la personne accompagnée.

Description d'une fiche critère

Thématique
Objectif
Critère



MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Manuel d'évaluation
de la qualité des
établissements et
services sociaux et
médico-sociaux

Validé par la CSMS le 8 mars 2022
Actualisé le 8 juillet 2025

Éléments d'évaluation

Thématique : **Accompagnement à la santé**

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

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

Niveau d'exigence : Standard / Impératif

Champ d'application : Tous ESSMS / Social / Médico-social
Toutes structures / Établissement / Service
Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ

Éléments d'évaluation

Entretien avec les professionnels

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

Consultation documentaire

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

Observation

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

Références

HAS – Spécifiques

- Guide Le risque médicamenteux au domicile, Chapitre 1, 2020.
- Outil d'amélioration des pratiques professionnelles Prise en charge médicamenteuse en Ehpad, 2017.

Références légales et réglementaires

- Article L5126-1 du Code de la santé publique
- Article R4312-38 du Code de la santé publique
- Article R4312-39 du Code de la santé publique
- Articles R5126-105 à -112 du Code de la santé publique

Autres références

- Guide régional – Le circuit du médicament en EHPAD – Sécuriser le circuit du médicament dans les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur, ARS AURA, 2024.
- Guide régional – Sécurisation du circuit du médicament dans les structures médicalisées pour adultes handicapés sans pharmacie à usage intérieur, ARS AURA, 2024.
- Fiche memo Nouvelle évaluation des ESSMS, Les professionnels respectent la sécurisation du médicament, FORAP & Résomédit, 2023.
- Tableau synthétique du RESOMEDIT : recensement

Cible concernée
en gras

Références

Référentiel
d'évaluation

Manuel
d'évaluation

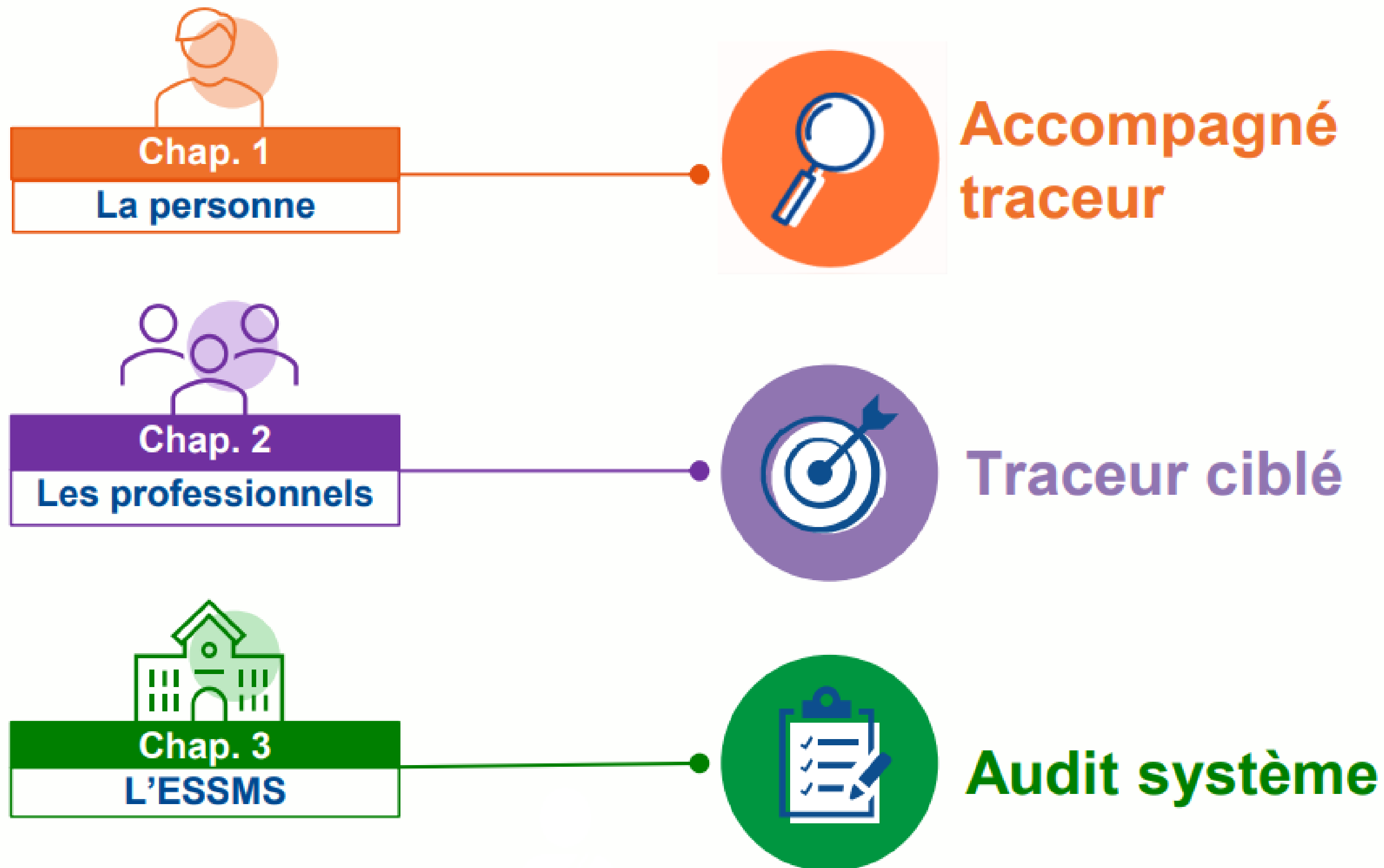
Méthodes
d'évaluation

Système de
cotation

Un chapitre = une méthode

Formation QUALVA disponible

contact@qualva.org



Les 5 niveaux de cotation

Chaque élément d'évaluation d'un critère fait l'objet d'une cotation à partir des réponses apportées.
5 niveaux de cotation sont possibles : 1 étant le niveau le plus faible et * le plus élevé.

1. Le niveau attendu n'est **pas du tout** satisfaisant
2. Le niveau attendu n'est **plutôt pas** satisfaisant
3. Le niveau attendu est **plutôt** satisfaisant
4. Le niveau attendu est **tout à fait** satisfaisant
- * Le niveau atteint est **optimisé**

← Objectif à atteindre pour un
critère impératif

NC L'ESSMS est **non concerné** par l'(les) élément(s) d'évaluation d'un critère

RI La personne accompagnée donne **une réponse inadaptée** à l'intervenant (Chapitre 1)

Que se passe t il si ce critère impératif n'est pas coté 4 ?

La non-satisfaction de ces critères (cotation inférieure à 4/4) implique l'obligation de la mise en place d'un plan d'action d'amélioration dans la continuité immédiate de la visite d'évaluation et de l'adresser à leur autorité de tarification et de contrôle.

Pendant la visite d'évaluation

- Obligation de compléter un **formulaire « critère impératif »** généré dans Synae
- Des **investigations complémentaires** vont être menées par l'évaluateur. Les investigations conduites par l'intervenant se traduisent par des **questions posées à la structure** :
 - La **gouvernance a-t-elle connaissance** de la situation et des éléments ayant conduit à la cotation ?
 - La gouvernance a-t-elle **analysé les causes** de cette situation ?
 - La gouvernance a-t-elle **déjà identifié la/les mesure(s) d'amélioration** nécessaire(s) ?
 - Un **plan d'action a-t-il été défini** avec la désignation d'un pilote et la fixation d'échéances ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré ?
 - Des **évaluations et/ou un suivi** sont-ils prévus afin de s'assurer de l'efficacité des actions ?

Qualiscope : publication des rapports d'évaluations des ESSMS depuis le 16/07/2025

Objectifs :

- Renforcer la transparence vis-à-vis des personnes accompagnées, de leurs proches et des partenaires
- Valoriser l'engagement des professionnels dans l'amélioration continue des accompagnements

Rechercher

Un établissement de santé Un médecin ou une équipe médicale accréditée **Établissement ou service social, médico-social**

Nom de l'établissement

Localisation Rayon

Structure pour

RECHERCHER

Qualiscope : le service d'information sur le niveau de la qualité des accompagnements

- Un moteur de recherche pour trouver un établissement ou un service en fonction de sa localisation ou de son activité
- Un accès aux résultats des évaluations menées dans les établissements & services :
 - Le niveau global de qualité attribué selon une échelle de A à D (A pour une démarche qualité avancée B pour une démarche qualité structurée, C pour une démarche qualité partielle et D pour une démarche qualité insuffisante)
 - Les résultats détaillés, avec des scores par chapitre & par thématique
 - 4 focus reprenant les éléments clés de l'évaluation
 - 1 affiche des principaux résultats qualité
 - 1 rapport d'évaluation synthétique
- Des outils (carte, visualisations) pour rendre le niveau de qualité compréhensible et accéder aux résultats des structures territoire par territoire
- Des données fiables, produites ou encadrées par la HAS, avec des méthodes rigoureuses adaptées à chaque secteur

Niveau global atteint



Critères impératifs atteints ?



Auto-évaluation : un prérequis indispensable

- Démarche volontaire
- Chaque ESSMS est encouragé à réaliser une auto-évaluation

Objectifs

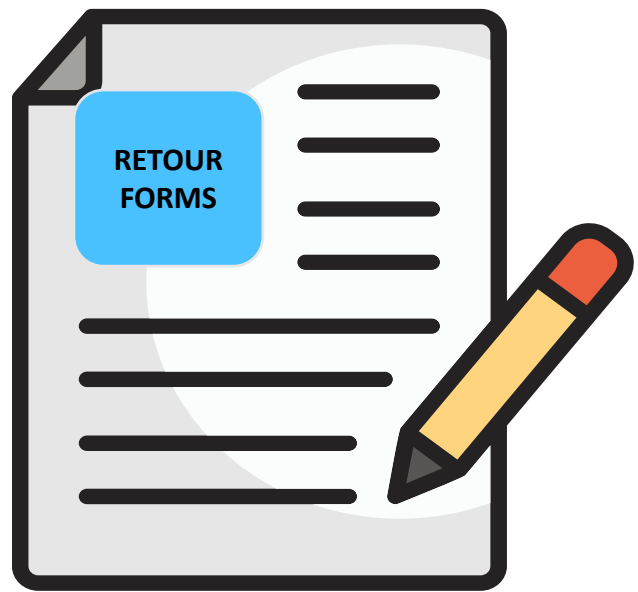
- Réaliser un état des lieux de la prise en charge médicamenteuse
- S'inscrire dans une dynamique collective d'évaluation et d'amélioration des pratiques
- Prioriser et partager sur les actions institutionnelles

- Valorisation des autoévaluations et des actions spécifiques engagées auprès des évaluateurs



Outils disponibles

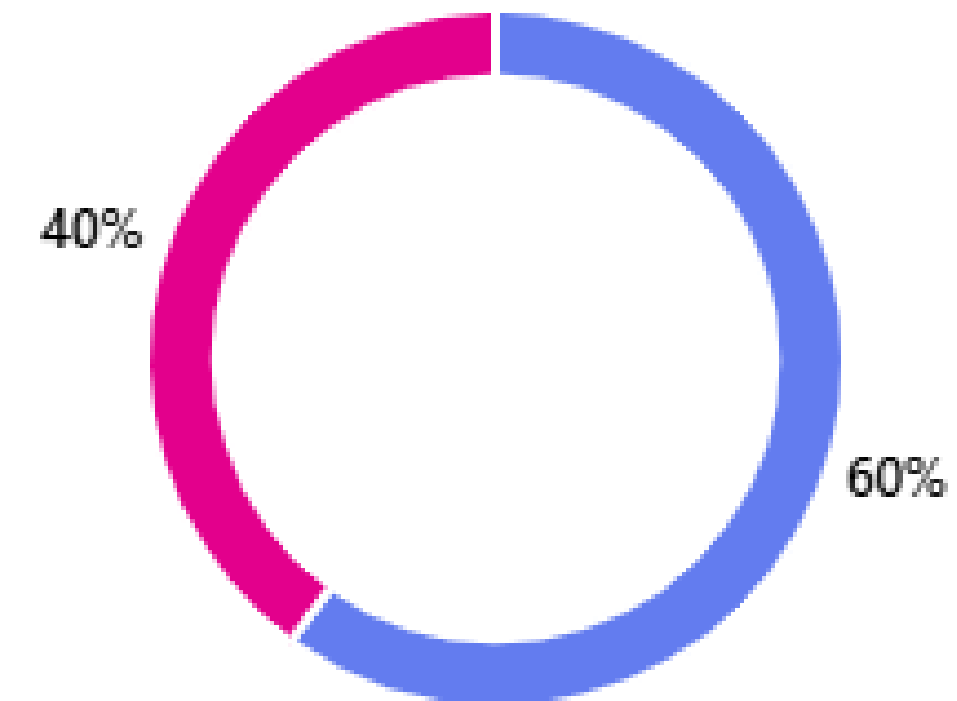
Grille audit croisé basée sur les attendus et le système de cotation HAS [Risque à priori](#)



Avez-vous déjà réalisé un **audit du circuit du médicament** dans votre établissement ? (auto-évaluation ou audit croisé) ou avez-vous déjà bénéficié d'un accompagnement par l'OMÉDIT ?

(35 réponses)

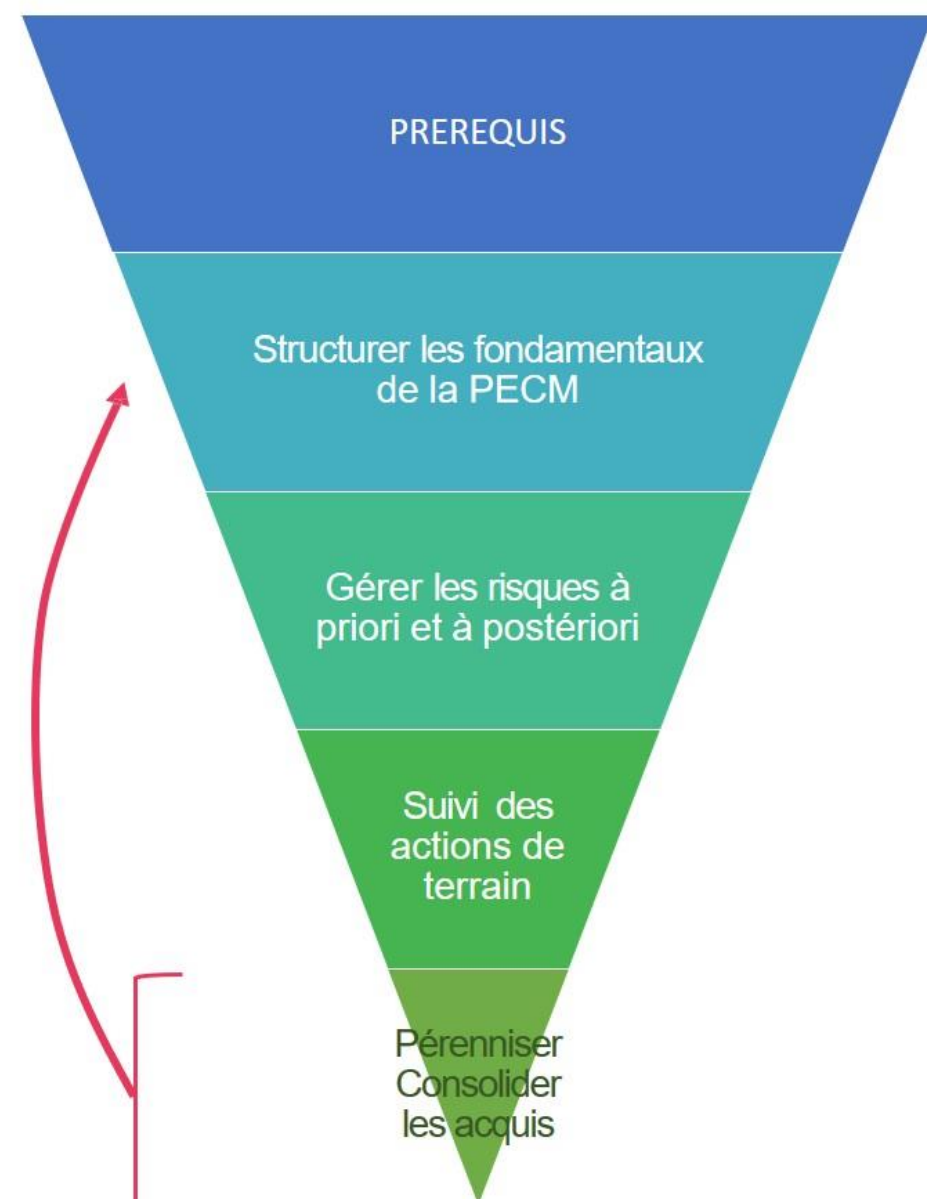
● Oui	21
● Non	14
● En cours	0





Objectif: atteindre le niveau 4 sur le critère impératif

3.6 : « L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux »



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

Objectif de cette boîte à outils

Atteindre le niveau 4 sur le critère impératif "Objectif 3.6 : L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux"

Rappel de la cotation proposée par le référentiel :

- 1 Le niveau attendu n'est pas du tout satisfaisant
- 2 Le niveau attendu n'est plutôt pas satisfaisant
- 3 Le niveau attendu est plutôt satisfaisant
- 4 Le niveau attendu est tout à fait satisfaisant
- * Le niveau atteint est optimisé (objectif ultime)

Que se passe-t-il si ce critère impératif n'est pas coté 4 ?

Une grille d'évaluation disponible :

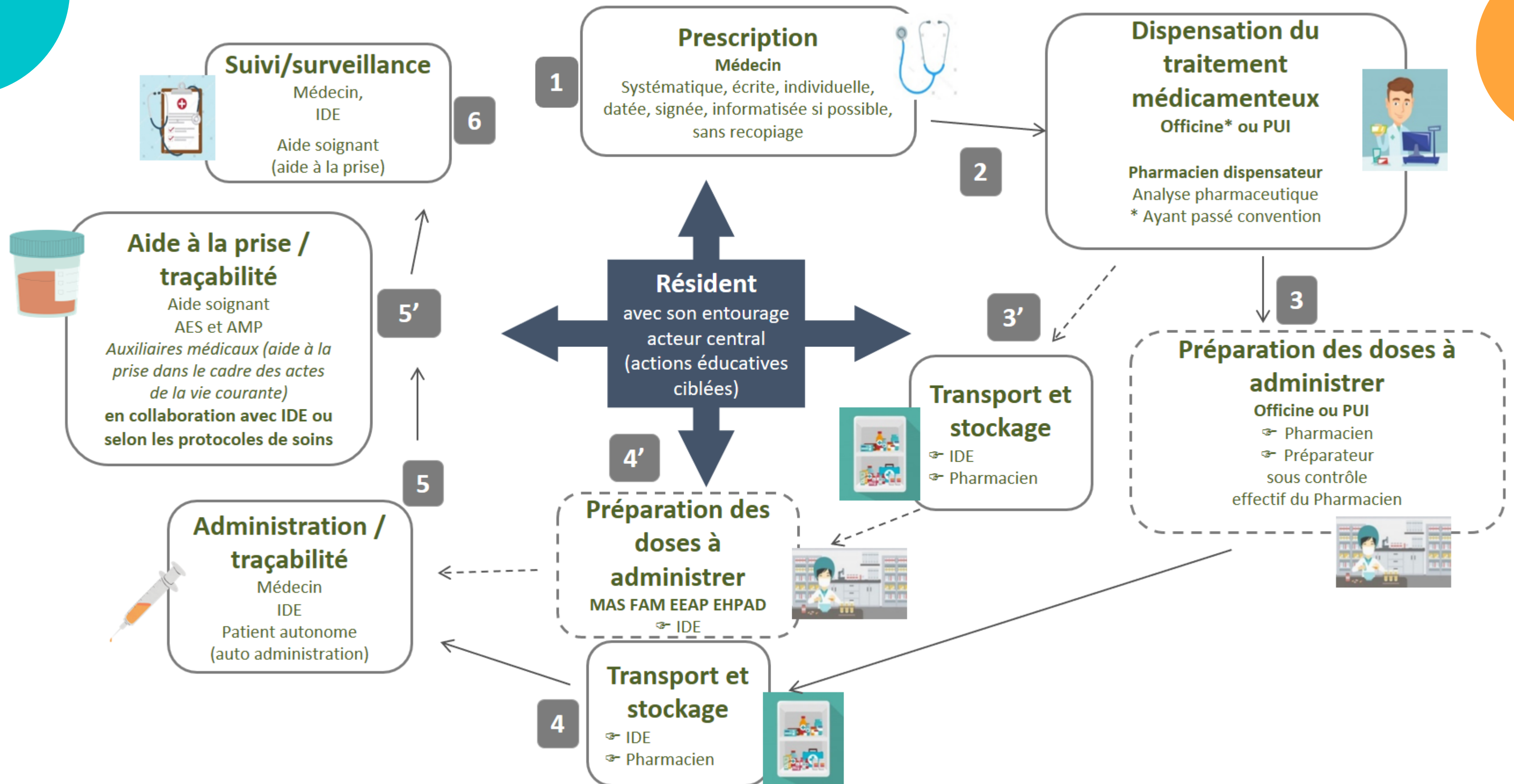
[Evaluation du circuit du médicament MAS FAM EEAP IME ITEP](#) (mise à jour en octobre 2025)

Et une [boîte à outils « ESSMS : Evaluation HAS »](#) : Clés organisationnelles et outils de sécurisation

Rappel des enjeux

Pourquoi travailler sur le circuit des médicaments en ESSMS ?

Un circuit complexe qui nécessite de mobiliser les équipes



Enjeux de ce circuit du médicament



Optimiser l'organisation = identifier les points forts et points à améliorer



Définir les rôles et responsabilités = qui doit et qui peut?



Prévenir les événements indésirables graves évitables

Qu'est ce qu'un EIAS?



Erreur médicamenteuse et évènement indésirable associé aux soins (EIAS)

Un évènement indésirable associé aux soins est :

- un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences pour le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un évènement inattendu

En fonction du niveau de gravité de l'EIAS, on parle :

- d'un évènement porteur de risque (EPR)= aucune conséquence ou limitées (EIAS dit récupéré)
- d'un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) = décès, mise en jeu du pronostic vital, survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent

Quelques chiffres



ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES
ASSOCIÉS AUX SOINS (EIGS)



rapport annuel 2024



MESSAGES CLÉS

Culture sécurité des professionnels en progression :

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

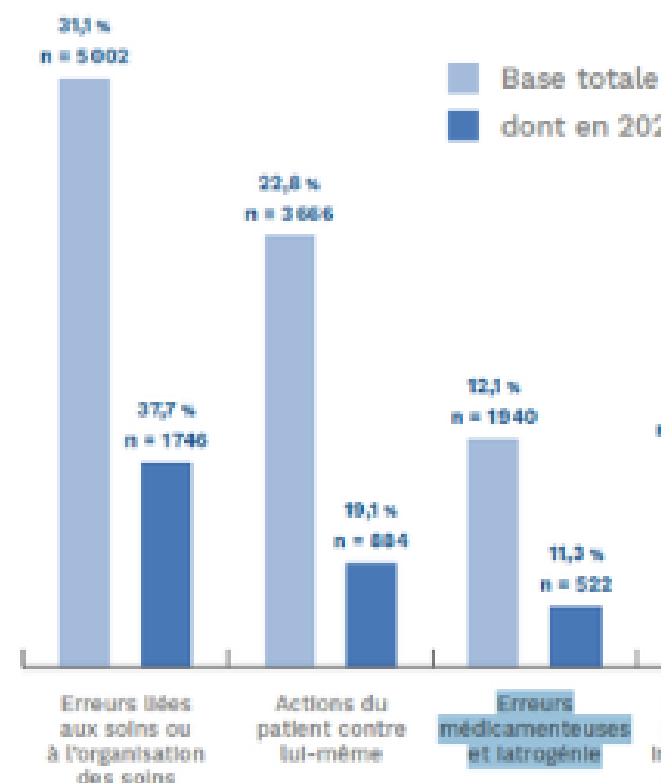
Pour la Normandie : 65 % des déclarations analysées par HAS (90 déclarations examinées) présentent une qualité d'analyse suffisamment approfondie (+3 % vs 2023)

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 ÉVITABLES

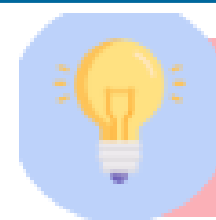


PROFILS ET CONTEXTE

- **Personnel déclarant** : médecins (20 %), pharmaciens (4 %), infirmiers (4 %)
- **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 → 31 % de ces EIGS (157 cas).

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



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 traçabilité 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

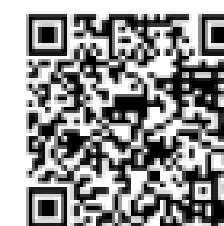
Sécuriser la prescription, dispensation et administration : double contrôle, protocoles

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

Informers systématiquement patients et proches sur les EIGS

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

Flash Sécurité Patient : [Site HAS](#)



Fiches RETEX : [Site OMéDIT Normandie](#)



Comment déclarer ?



↙
Déclaration interne
En systématique

↘
A l'ARS, par mail
En systématique

Si grave



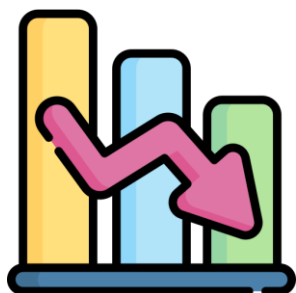
[Accueil - Portail de signalement des événements sanitaires indésirables](#)

Quelques études en structures du handicap



- **Structures d'accueil des personnes avec un handicap mental :**
 - Etude observationnelle sur 5 unités de différentes villes
 - Observation de l'administration des médicaments pendant 2 semaines chez 46 patients (moyenne d'âge 25,8 ans [2-73 ans])
 - 953 administrations
 - **242 administrations avec au moins une erreur**, soit **25,4% des administrations avec une erreur**
 - **Aucune des erreurs n'a fait l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable**
 - Facteurs contributifs : GPE, administrations par inhalation, les structures d'accueil à temps plein des adultes, les structures d'accueil de jour des enfants, l'absence de système automatisé de dispensation

P M L A Van den Bemt et al. Drug administration errors in an institution for individuals with intellectual disability : an observational study. Journal of intellectual disability research. 2007



- **Structures d'accueil des personnes avec un handicap mental – Gastrostomie percutanée endoscopique (GPE) :**
 - Objectif : **mesurer l'impact d'un programme d'intervention** (dispensation automatisée – dispositifs d'écrasement des comprimés) **sur la diminution des erreurs médicamenteuses** chez les **résidents avec une GPE**
 - 245 administrations chez 6 résidents (23 IDE) **en pré-intervention** → **64,5% (n = 158) des administrations avec une erreur**
 - 229 administrations chez 5 résidents (20 IDE) **en post-intervention** → **30,1% (n = 69) des administrations avec une erreur**

J C Idzinga et al. The effect of an administration aimed at reducing errors when administering medication through enteral feeding tubes in an institution for individuals with intellectual disability

Les fondamentaux de la PECM

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

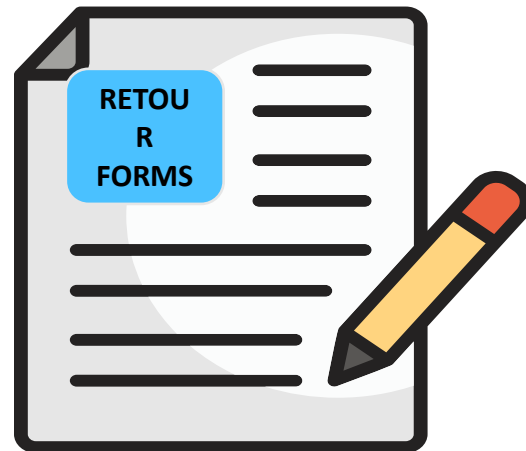
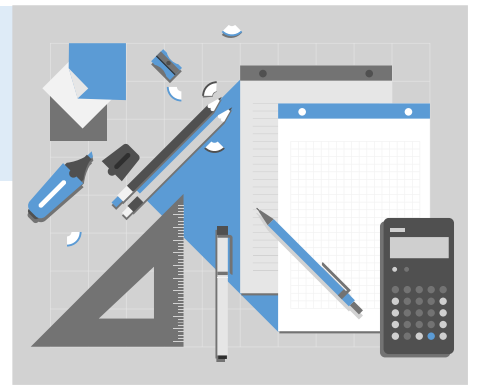
5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

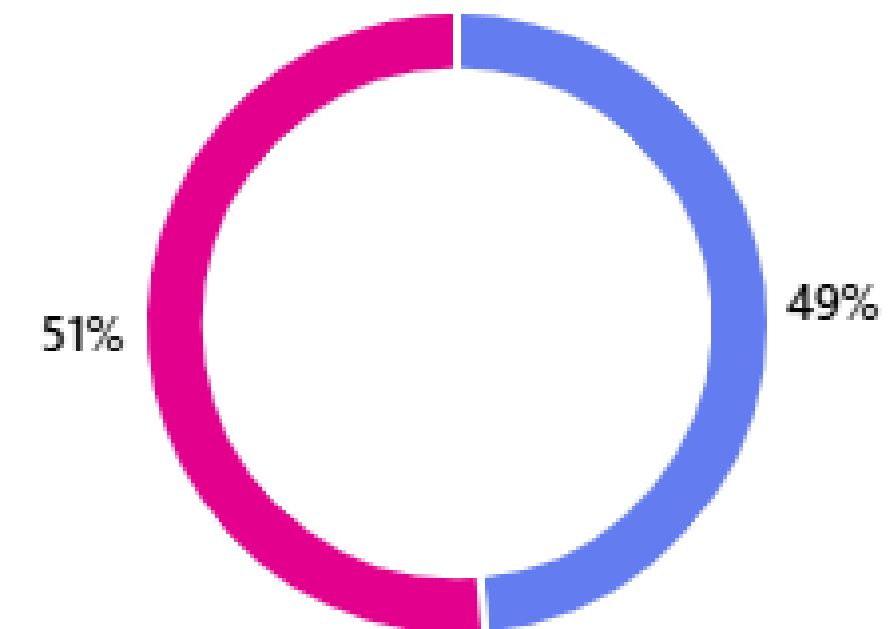
1. Identifier les référents



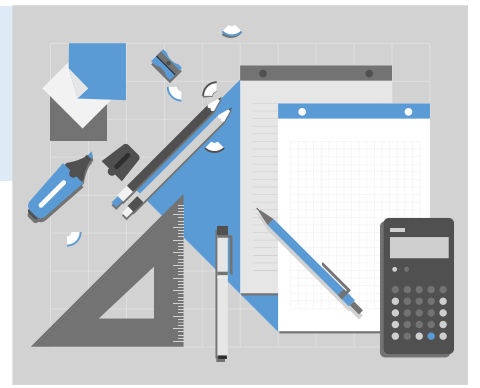
Disposez-vous d'un « **réfèrent circuit du médicament** », avec du temps dédié à cette mission ?

(35 réponses)

● Oui	17
● Non	18



1. Identifier les référents



Sur la base du volontariat, désigner un ou deux referents PECM

- Qui désigner ?
 - IDEC, Médecin coordonnateur, pharmacien, un IDE, membre de la direction...
 - Il n'y a pas une bonne réponse, c'est une question de personnalité et d'appétences
- Quelles missions lui confier ?
 - Attention : ce n'est pas lui qui fait tout, tout seul
 - Il a un rôle de coordonnateur sur l'avancement du projet
 - Ses missions doivent être adaptés à sa fonction
- Communiquer auprès de toutes les équipes soignantes sur les fonctions du référent
 - Par exemple : à l'occasion d'une communication officielle sur l'engagement de l'établissement dans la démarche d'amélioration de la PECM
 - Donner des exemples de quand et comment solliciter le référent

Logo de l'établissement	Fiche de fonction	Date de création :
	« Référent Prise en charge médicamenteuse »	Date de mise à jour :

Rôle et fonction

Le Référent Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) est un membre du Comité Prise En Charge Médicamenteuse (cf charte de fonctionnement du Comité PECM).

Il est le Référent au sein de l'établissement des actions visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse des résidents.

Statut professionnel : à préciser selon les ressources de l'établissement (pharmacien, IDE(C), médecin (coordonnateur)), de préférence un infirmier impliqué sur le terrain.

Missions principales

Les missions du Référent PECM sont les suivantes :

- Animation du Comité PECM (selon les ressources de l'établissement : sauf si ce rôle est tenu par le médecin coordonnateur ou le pharmacien)
 - Organiser et animer les réunions du Comité PECM
 - Assurer la diffusion des documents de référence sur la PECM et des bonnes pratiques auprès de l'ensemble des équipes soignantes
 - Co-animer les réunions d'information sur la PECM auprès de l'ensemble des équipes soignantes (selon les ressources de l'établissement : sauf si ce rôle est tenu par le médecin coordonnateur ou le pharmacien)
- Implication dans les actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse
 - Participer à l'élaboration, à la mise à jour et à la diffusion des procédures en lien avec le Comité PECM, et du livret thérapeutique.
 - Recueillir et assurer le suivi des difficultés rencontrées par les équipes au quotidien en lien avec le Comité PECM
 - Participer à la politique de gestion des risques en lien avec la PECM (exemples : analyse a priori, événements indésirables, autoévaluation de la PECM, etc.)
- Participation aux instances (exemples : Commission de Coordination Gériatrique, Comités de Gestion des Risques, conseil de la vie sociale, etc.)

Remarque : En fonction des missions confiées au Référent PECM, des formations spécifiques sont à prévoir.

Les missions opérationnelles risquant de déresponsabiliser les équipes (exemple : vérification de la conformité des livraisons, vérification des prescriptions, etc.) ne doivent pas être intégrées au périmètre des missions du Référent PECM



Outil disponible

Exemple de fiche de fonction du référent PECM

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

2. Constituer et réunir un comité PECM

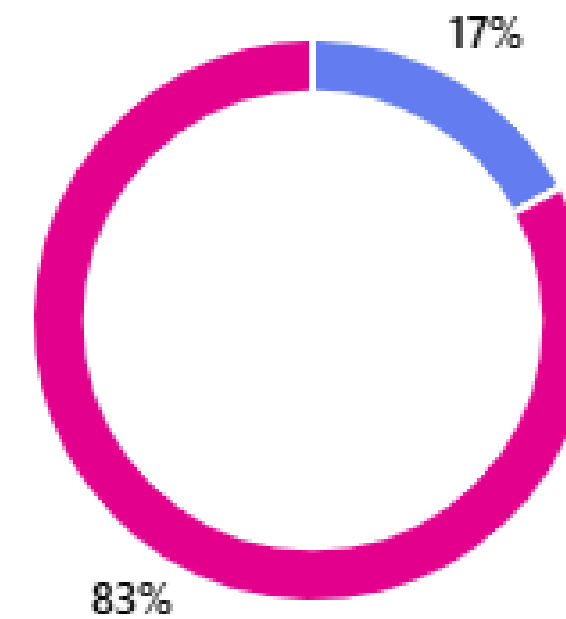
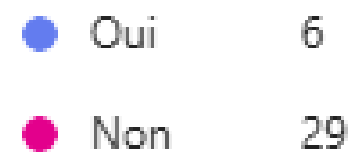


Existe-t-il un **comité « prise en charge médicamenteuse »** ou équivalent, se réunissant régulièrement ?

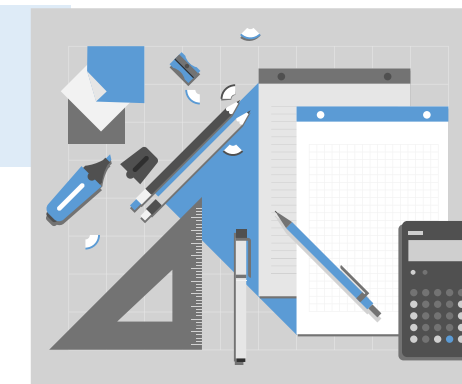
(35 réponses)

7. Existe-t-il un comité « prise en charge médicamenteuse » ou équivalent, se réunissant régulièrement ?

[En savoir plus](#)



2. Constituer et réunir un comité PECM



Logo de l'établissement	Charte de fonctionnement	Date de création :
	« Comité Prise en charge médicamenteuse »	Date de mise à jour :

Composition et Référent

Le Comité Prise En Charge Médicamenteuse (Comité PECM) est composé des membres suivants :

- Médecin coordonnateur
- IDEC
- Pharmacien
- Référent CDM
- Directeur de l'établissement selon l'ordre du jour

M./Mme XXX (préciser sa fonction) a été désigné **Référent Prise en charge médicamenteuse** au sein de l'établissement. (cf fiche de fonction du référent PECM)

En fonction de l'ordre du jour et de la structure de l'établissement, d'autres professionnels pourront être conviés : préparateur en pharmacie, médecins prescripteurs, infirmiers, responsable de la gestion des risques, etc.

De façon à promouvoir le partage d'expérience entre établissements et limiter le nombre de réunions pour les professionnels libéraux qui interviendraient dans différents EHPAD du territoire, un Comité PECM peut être créé pour plusieurs EHPAD.

Rôle et organisation

Le Comité PECM promeut et met en œuvre la politique de qualité et sécurité de la PECM au sein de l'établissement. Il diffuse et veille à l'application des bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse.

Il se réunit 2 fois par an (fréquence à adapter selon l'établissement).

Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu / relevé de décisions.

Exemples de sujets pouvant être abordés : mise en place du livret thérapeutique, actualité des remboursements de médicaments, consommation de certaines classes thérapeutiques (antibiotiques, NL, anti-infectieux, etc.), mise à jour des protocoles, analyse des événements indésirables médicamenteux, suivi des indicateurs médico-économiques liés aux médicaments, gestion des risques a priori (auto-évaluation de la PECM), système d'information et informatisation de la PECM, mise à jour des dotations, suivi de la consommation des classes thérapeutiques à risque, auto-évaluation de l'administration des médicaments par les IDE, sensibilisation des prescripteurs à l'utilisation du logiciel d'aide à la prescription, etc.

Selon la disponibilité des acteurs au sein de l'établissement, le Comité CDM peut s'intégrer à d'autres réunions institutionnelles afin de ne pas multiplier les instances.

Objectifs du comité :

- Promouvoir et mettre en œuvre la politique qualité et sécurité de la PECM au sein de l'établissement
- Réaliser la diffusion et la veille à l'application des bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse
- Définir :

Sa composition (IDE, aides-soignants, pédopsychiatre, directeur...)



Son rôle



Son organisation



Ses missions



→ Peut-être un comité déjà existant ++

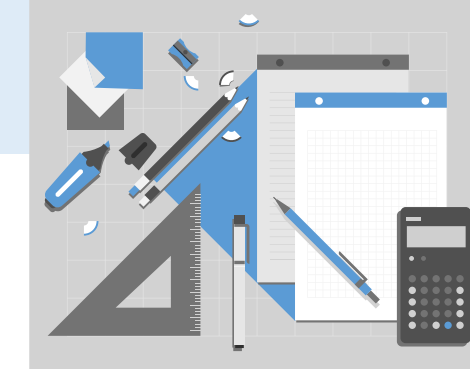
Rédiger le compte-rendu et communiquer en interne



Outils disponibles

[Exemple de charte de fonctionnement du comité PECM personnalisable](#)

Aide à l'élaboration d'un compte-rendu et d'un émargement (Qualva)



Exemple de missions :

Les missions du Comité PECM sont les suivantes :

- Définir un plan d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et en assurer le suivi (indicateurs et tableaux de bord)
- Organiser la communication et diffuser les bonnes pratiques et les outils adéquats auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement (exemple : création de supports, gestion documentaire)
- Elaborer et mettre à jour le livret thérapeutique (si nécessaire à partir de la liste préférentielle de médicaments) et sensibiliser les prescripteurs à son utilisation
- Organiser la vigilance pharmaceutique (alertes descendantes, retrait de lots)
- Permettre aux résidents autonomes d'être associés à leur prise en charge médicamenteuse
- Suivre les actualités thérapeutiques chez la personne âgée
- Assurer la gestion des événements indésirables liés aux médicaments :
 - Sensibiliser les professionnels au repérage et à la déclaration
 - Mettre à disposition des outils (fiche de signalement)
 - Analyser (qualitatif et quantitatif)
 - Assurer la notification (en interne et en externe) et la mise en place d'actions correctives
- Réaliser des auto-évaluations de la PECM (fréquence à définir selon plan d'actions d'amélioration propre à l'établissement)
- Ré-évaluer la dotation de médicaments pour besoins urgents ou « stock-tampon » et la dotation du chariot d'urgences (urgences vitales)

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

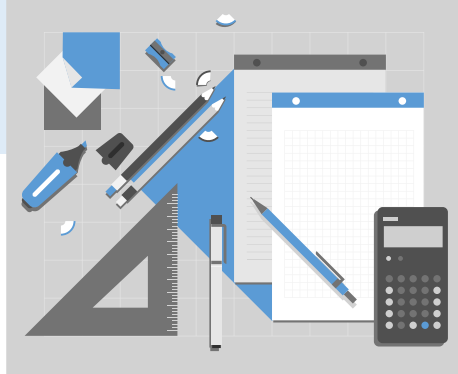
4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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



En amont, il faut établir une **convention ESSMS-PH/pharmacie** visant à formaliser les étapes et rôles des équipes dans la dispensation des médicaments

Logo de l'établissement	Modèle-type Convention ESSMS PH – Pharmacie d'officine Prestations pharmaceutiques	Rédaction : Groupe de travail Normandie
		Mise à jour : septembre 2023

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

Elaboré dans le but de **garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) des personnes hébergées au sein d'un EHPAD** ce modèle de convention précise les modalités de collaboration entre l'ESSMS PH et le pharmacien référent dans le contexte réglementaire en vigueur et des modèles existants ¹.

Cette convention mentionne notamment les modalités de dispensation (analyse de l'ordonnance, délivrance des médicaments, mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments, la préparation éventuelle des doses à administrer (PDA), de livraison, de détention/stockage, de gestion des médicaments périmés, la gestion des alertes sanitaires la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur.

Elle est à transmettre à l'ARS par l'ESSMS PH et au CROP par le pharmacien.

Ce modèle type de convention est à adapter à l'organisation retenue entre l'ESSMS PH et l'officine (des mentions peuvent être complétées, déplacées, supprimées, ajoutées. Cf. encadrés et / ou textes en italique).
Ce modèle est issu du modèle de la région Ile-de-France pour le secteur ESMS PH, en l'attente du modèle défini par arrêté¹.

Table des matières

Article 1. Objet de la convention.....2

Article 2. Déontologie.....3

Article 3. Transmission des informations concernant les résidents.....3

Nature des informations3

Système d'information4

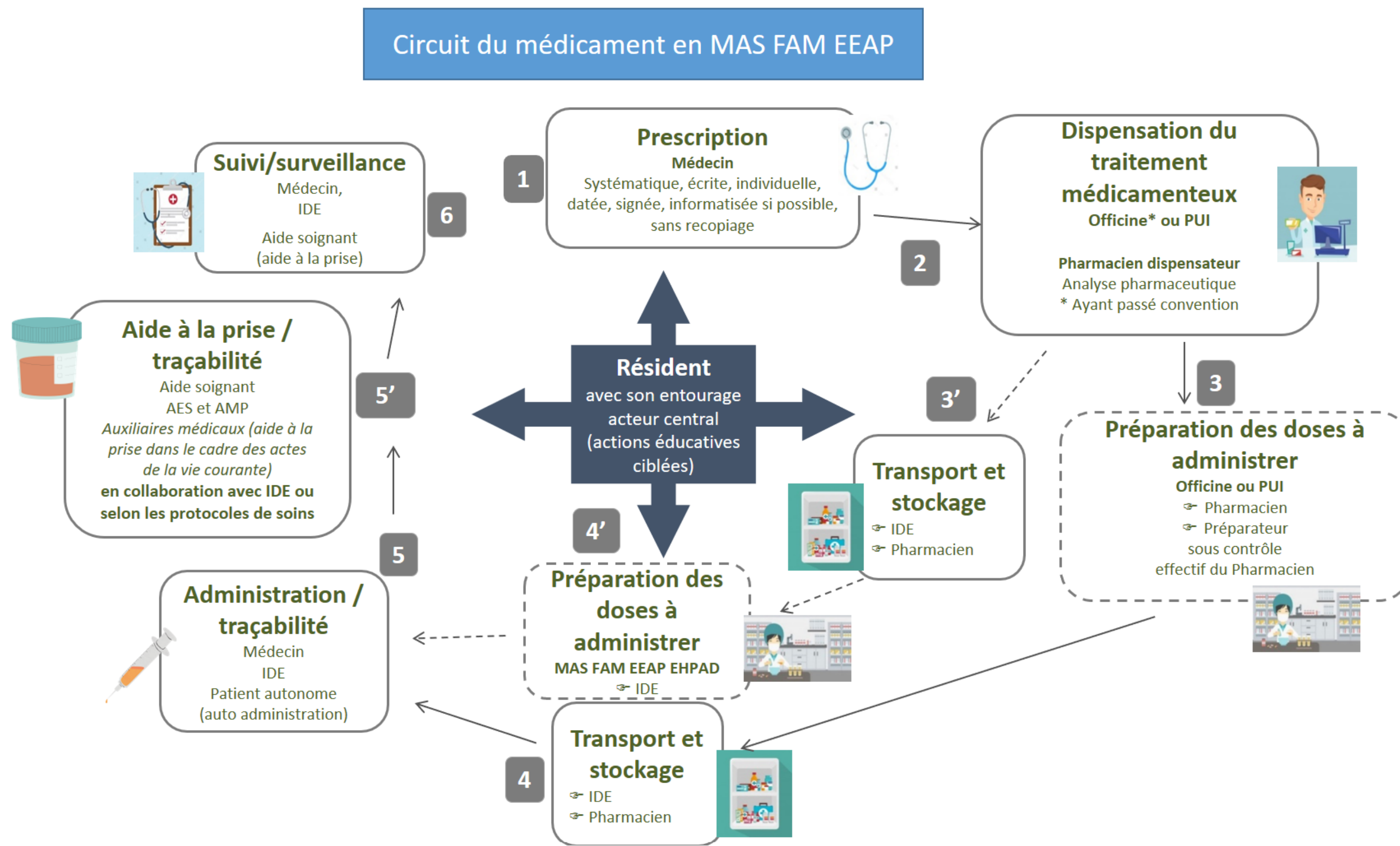
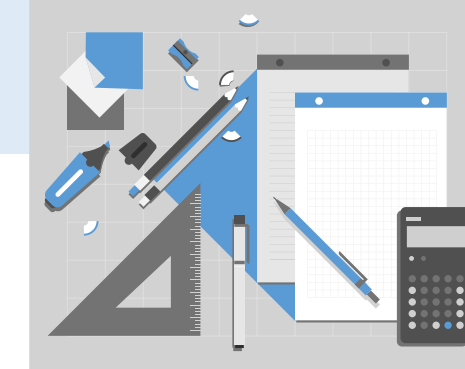
Article 4. Continuité de la prestation pharmaceutique4

Dotation pour les urgences vitales et dotation pour soins prescrits en urgence.....4

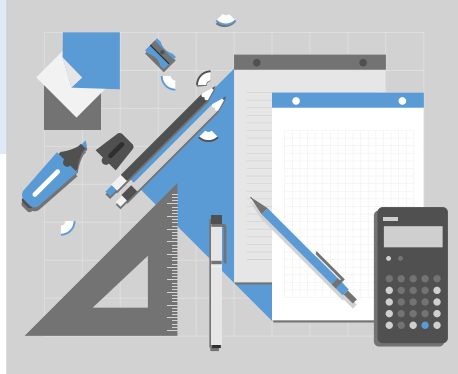
Continuité de la dispensation.....5

Renouvellement de traitement (sans urgence).....5

3. Schématiser la PECM des résidents



Exemple [de schéma OMéDIT Normandie](#)



Etablir une procédure générale PECM

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. Schématisation du circuit du médicament.....	1
III. Etapes 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

Exemple de [Support d'aide à l'élaboration d'une procédure PECM en ESSMS \(OMÉDIT Normandie\)](#)

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

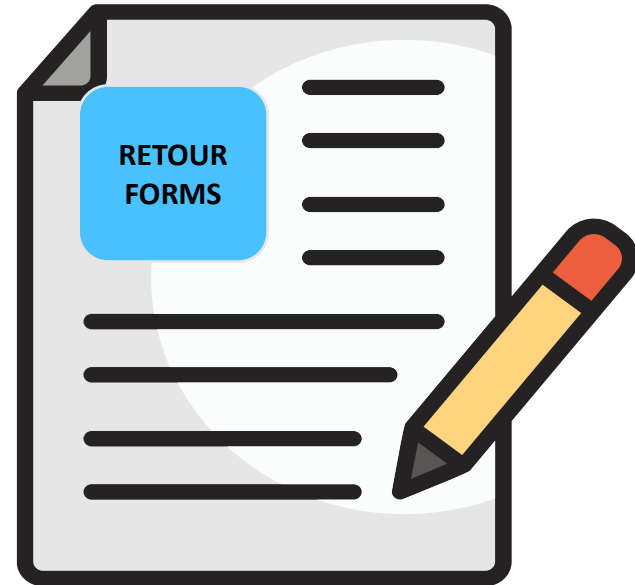
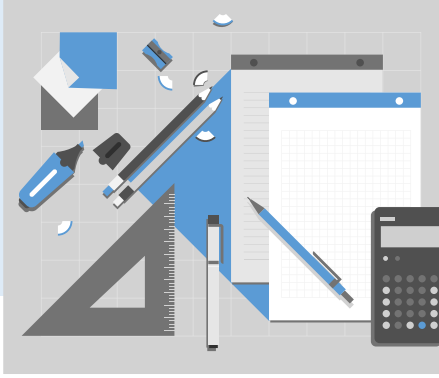
5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

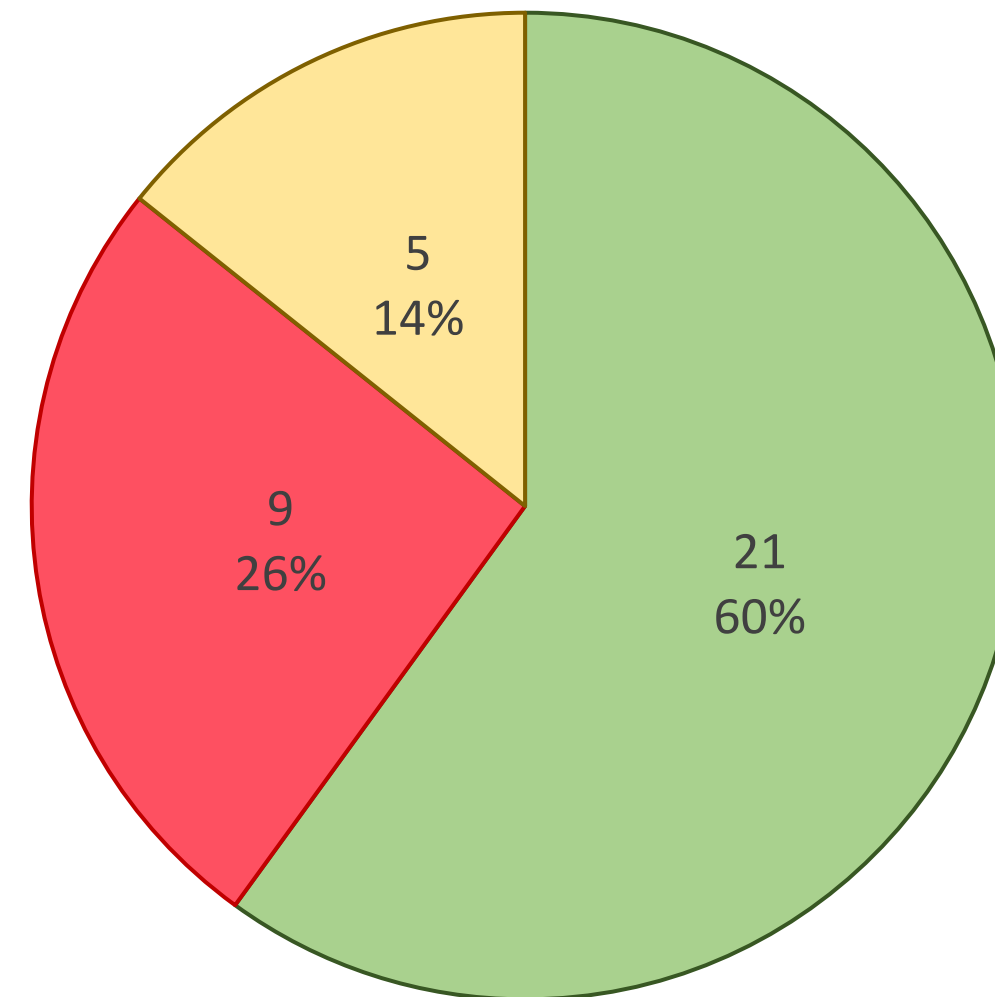
4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM



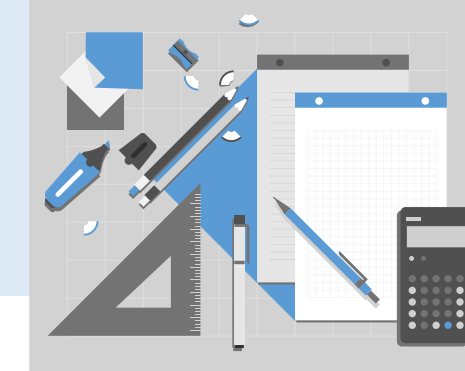
Votre équipe est-elle **formée** sur le circuit du médicament (rôles et responsabilités / préparation, aide à la prise, identitovigilance ...) ?

(35 réponses)

■ Oui
■ Non
■ En partie



4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM



Organisation de réunions pour sensibiliser les équipes (temps de sensibilisation sur la réunion institutionnelle régulièrement)

Exemple: réunion le vendredi et temps de transmission aux équipes les lundis matin et mercredis matin lorsque l'IDE passe sur les unités)



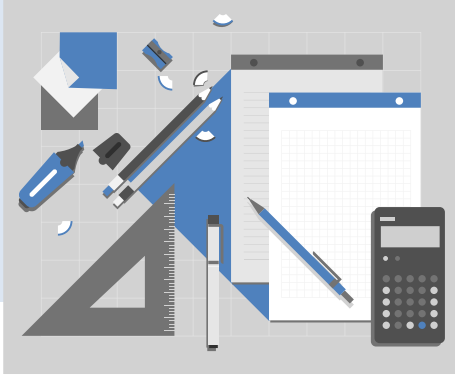
Formation des nouveaux professionnels : à l'arrivée des nouveaux professionnels, point sur l'infirmerie pour présenter les protocoles, les piluliers, expliquer l'aide à la prise, la traçabilité...



Ecriture des différents protocoles et diffusion aux équipes (Réunions d'équipe pluridisciplinaires avec transmissions orales des protocoles, protocoles accessibles sur un serveur commun)

Communiquer régulièrement sur l'ensemble des actions conduites lors de cet accompagnement

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM



Outils disponibles “généralistes”

Exemple d’affiche de communication sur l’accompagnement

Exemple de plan d’action et de communication sur la qualité de la PECM

Plan d'action et de communication sur la qualité de la PECM														
Actions	Réalisé ou/non/en cours	févr-24	mars-24	avr-24	mai-24	juin-24	juil-24	août-24	sept-24	oct-24	nov-24	déc-24	janv-24	Responsable de l'action
Audit flash circuit du médicament	1er tour	x												
	2nd tour											x		
Identifier un référent PECM														
Constituer et réunir un comité PECM														
Etablir une convention ESSMS-handicap/pharmacie d'officine														
Schématiser la PECM des résidents														
Etablir une procédure générale PECM														
Etablir un protocole administration/aide à la prise														
Sensibiliser en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM/les risques d'erreurs médicamenteuses/Prendre en compte les interruptions de tâches														
Formations sur les fondamentaux du circuit du médicament et la gestion des risques:														
Douleur 7 mars (14h30-16h00) replay disponible														
Fondamentaux circuit du médicament : rôles et responsabilités de chacun (tout public) 26 mars (14h30-16h00)														

??

État des lieux initial

Audit Flash – Février 2024 :

...% (région : ...%)

Un an d'appui méthodologique en 4 étapes

1

Les fondamentaux

Nomination de référents Médicament :

Mise en place d'un comité Médicament qui se réunit /an

Formations sur les enjeux du « Circuit du Médicament » : rôle et responsabilité de chacun (26 mars), aide à la prise (04 avril), erreurs médicamenteuses (18 avril), mises en situations ludiques (14 mai), atelier gestion des risques (28 mai, 6 juin, 11 juin, 18 juin)

2

Travaux sur les erreurs médicamenteuses

Sensibilisation à la culture de déclaration

Réalisation d'une procédure de gestion des événements indésirables

3

Bilan à 1 an

Résultat du 2nd Audit Flash (date) :

Résultat de l'audit terrain (date):

...% (région : ...%)

...% (région : ...%)

4

Actions sur le circuit du médicament

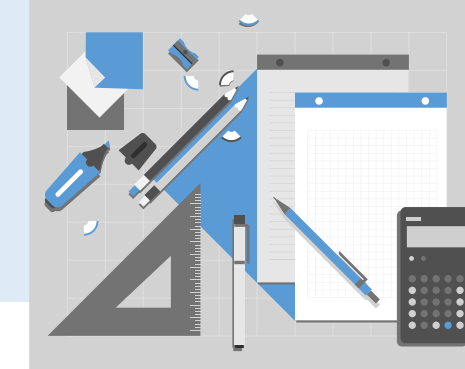
Définition d'un plan d'action, réalisation du suivi et de la mise en œuvre du plan d'action: prescription, dispensation, stockage, préparation, administration, aide à la prise, traçabilité et surveillance

RETROUVEZ TOUS NOS OUTILS SUR NOS SITES INTERNET

omedit Normandie



4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM



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](#)



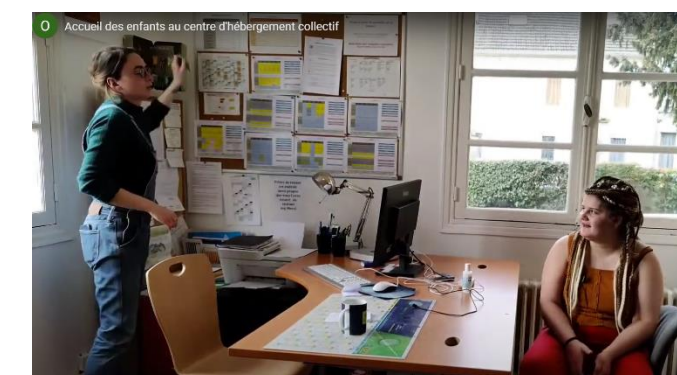
[Module de sensibilisation à l'aide à la prise](#)



[Exemple d'affiche de sensibilisation sur les IT](#)

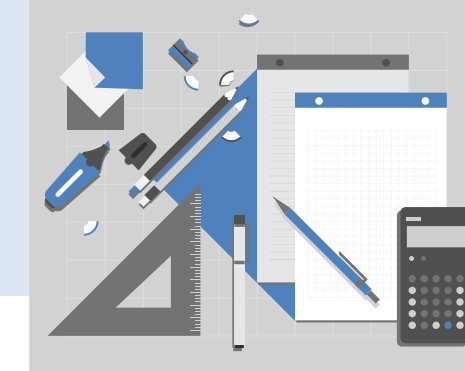


[Films d'analyse de scénario](#)



[5 Films d'analyse de scénario : accueil des mineurs en centre d'hébergement collectif](#)

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM



Outils spécifiques

Antibiotiques, bien se soigner c'est d'abord bien les utiliser

Antibiorésistance

L'usage abusif et trop souvent incorrect des antibiotiques a conduit à la dissémination de bactéries qui sont devenues résistantes aux antibiotiques.

→ En France, l'antibiorésistance est la cause de 5 543 décès par an et dans le monde : 1,3 millions de décès par an

Paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Le paracétamol et les AINS sont les médicaments les plus utilisés en automédication comme antalgiques (anti-douleurs) ou antipyrétiques (anti-fièvre) chez les adultes et les enfants.

Ces médicaments sont sûrs et efficaces lorsqu'ils sont correctement utilisés, mais présentent des risques lors d'une utilisation inadéquate : ils peuvent masquer des symptômes d'infections.

BON A SAVOIR

Malgré une baisse continue depuis 10 ans de la consommation en ville, la France reste le 4^{ème} pays européen le plus consommateur d'antalgiques.

Bien respecter la posologie et la durée de son traitement.

Ne pas donner son traitement à quelqu'un d'autre,

Une fois le traitement terminé, ne pas réutiliser un médicament si les symptômes ressemblent à ceux qui ont motivé l'initiation du traitement.

A la fin du traitement, rapporter à son pharmacien les médicaments entamés ou non utilisés.

Sources : [Ministère de la Santé et de la Prévention](#)
[Antibiogramme : pour savoir comment bien utiliser les antibiotiques](#) | [Santé.fr](#) (sans avis d'expert)

En cas de douleur et/ou fièvre, notamment dans un contexte d'infection courante comme une angine ou une toux :

- Privilégier l'utilisation du paracétamol en respectant les règles de bon usage :
- Prendre la dose la plus faible, le moins longtemps possible
- Respecter la dose maximale par prise, la dose maximale quotidienne, l'intervalle minimum entre les prises et la durée maximale de traitement recommandée (3 jours en cas de fièvre, 5 jours en cas de douleur, en l'absence d'ordonnance)
- Vérifier la présence de paracétamol dans les autres médicaments (utilisés pour douleurs, fièvre, allergies, symptômes du rhume ou état grippal)
- Alerter les populations particulières (-50kg, insuffisance hépatique légère à modérée, insuffisance rénale sévère, alcoolisme chronique...)

Respectez les posologies du paracétamol : pour les personnes ≥ 50 kg (hors cas particuliers) : commencez par la dose de 500 mg, à renouveler si besoin au bout de 4h. En cas de douleurs ou de fièvre plus intenses, vous pouvez débuter par la prise de 1 gramme en laissant un intervalle de 6h entre 2 prises.

En cas d'utilisation d'un AINS :

- Utiliser les AINS à la dose minimale efficace, pendant la durée la plus courte
- Arrêter le traitement dès la disparition des symptômes
- Éviter les AINS en cas de varicelle
- Ne pas prolonger le traitement au-delà de 3 jours en cas de fièvre
- Ne pas prolonger le traitement au-delà de 5 jours en cas de douleur
- Ne pas prendre deux médicaments AINS en même temps

TOUS les AINS sont contre-indiqués à partir du début du 6^{ème} mois de grossesse.

Source : [ANSM - Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens \(AINS\)](#)



Flashez ce QR Code

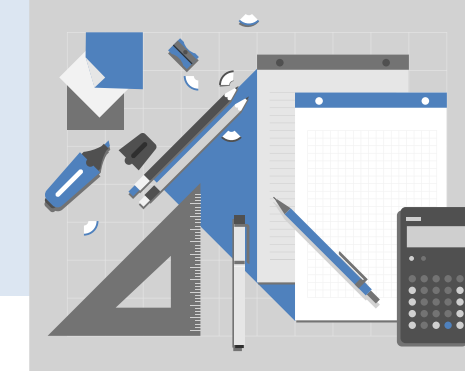


[jeu imbattables medicament.pdf](#)

Le demander par mail sous format papier

[Outils de sensibilisation sur l'automédication](#)

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM



- Support de sensibilisation sur l'utilisation des neuroleptiques dans [la boîte à outils](#) 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 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	+		+		+	

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

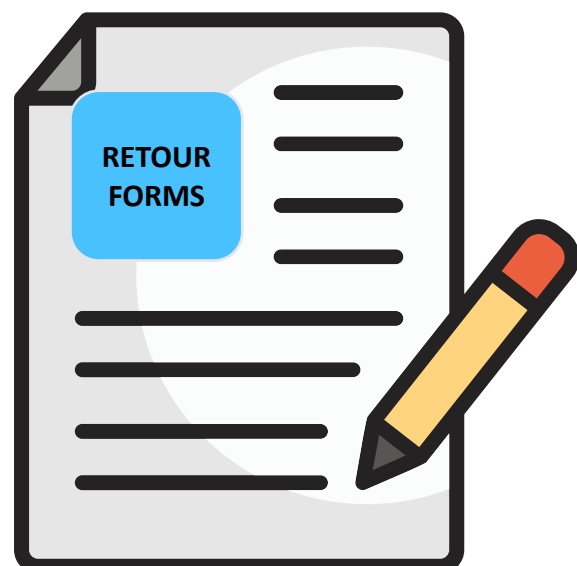
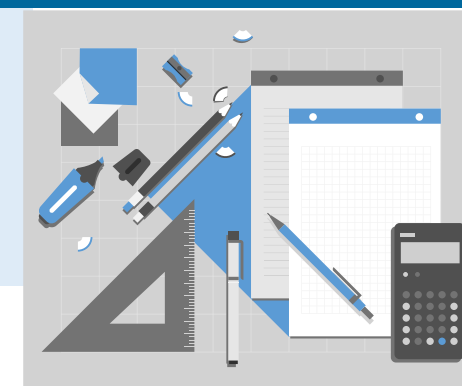
4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

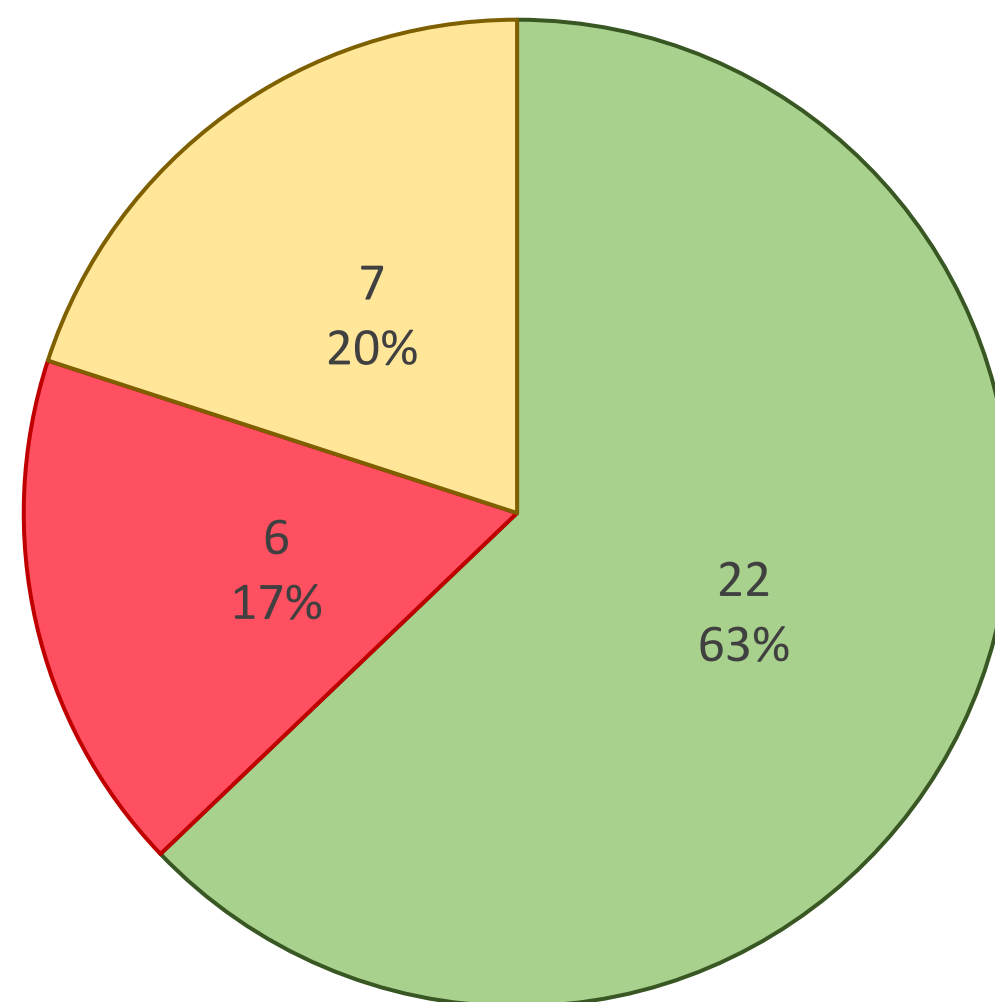
8. Mettre en œuvre une analyse des EI avec suivi de plan d'actions

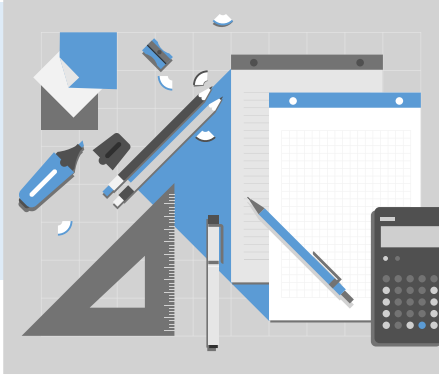


6. Votre équipe est-elle formée au **signalement et à l'analyse des erreurs médicamenteuses** ?

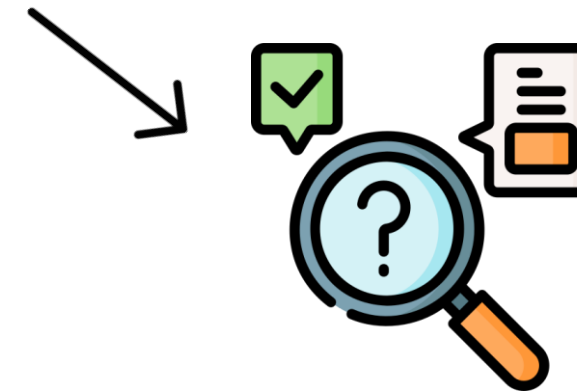
(35 réponses)

■ Oui
■ Non
■ En partie





Comprendre
collectivement les
enjeux en termes de
qualité et sécurité

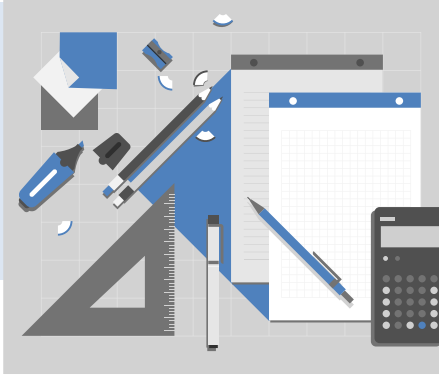


Être en capacité d'identifier les erreurs
médicamenteuses pour :

- les déclarer,
- les analyser,
- proposer des mesures correctives,
- partager sur ces retours d'expériences

- ## 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,...

5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI



Erreurs médicamenteuses

Erreurs médicamenteuses : les déclarer pour mieux les éviter

Vous exercez en milieu hospitalier ou secteur médico-social et souhaitez (re)sensibiliser le personnel soignant à la déclaration des erreurs médicamenteuses ?

Ces supports, élaborés par l'OMÉDIT Normandie en 2020, vous permettent d'animer de courtes sessions (15-30 min) dans les services de soins, à la pharmacie... en développant différents aspects :

- Enjeux de la déclaration des erreurs médicamenteuses
- Définitions, étapes de survenue, règle des 5B, différents types d'erreurs, causes
- Never events, médicaments à risque
- Pourquoi et comment déclarer ? Et après la déclaration ?
- Pour une session plus longue, terminez la sensibilisation avec un *film d'analyse de scénario* pour une mise en application immédiate et en équipe

Kit de sensibilisation des professionnels :

- **Diaporama de sensibilisation (actualisé - Février 2023)** : sous format modifiable permettant d'adapter en fonction des spécificités de votre établissement (exemple d'erreurs survenues et analysées, liste des médicaments à risque, modalités de déclaration, d'analyse et retours d'expérience en interne)
- **Questionnaire** pour contrôle des acquis (+ corrigé) : à compléter après la sensibilisation ou avant/après (pour évaluer l'impact immédiat)

Fiches d'animation de séance :

Supports d'animation courte(10-15 min)

Fiches pédagogiques
Guide d'animation des
« Quick séances RETEX »

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES

Lecture de l'évènement
Hospitalisation pour pancytopenie suite à un erreur de médicament prescrit sur l'ordonnance de sortie en HDI

Jeanne est admise en HDI pour bilan de complications de diabète (son traitement personnel est conséquent avec plus de 10 médicaments dont de l'allopurinol). Ce lundi matin, l'activité est dense. La patiente est informée de l'introduction de NEO-MERCAZOLE suite à la découverte d'une hyperthyroïdie. A sa sortie d'HDI, elle demande à l'interne que la totalité de son traitement personnel lui soit prescrit sur son ordonnance de sortie. A l'aide d'un dictaphone, l'interne réalise le **Compte-rendu d'hospitalisation (CRH)** qui est copié/collé pour réaliser l'ordonnance de sortie sans utilisation du module de prescription informatisée. Plusieurs erreurs de retranscription de la dictée apparaissent sur l'ordonnance de sortie et le CRH, notamment :

- « **PURINETHOL 100 mg 1 cp le soir** » au lieu de l'allopurinol 100mg. (Pour info, le dosage **PURINETHOL 100mg** n'existe pas);
- « **Furosemide 500 1 cp** » au lieu de Furosemide 500mg 1 cp le midi;
- « **Paracétamol de 70 jours** » au lieu de Paracétamol 500mg 1 cp le midi.

L'ordonnance est remise à la patiente puis délivrée par le pharmacien d'officine. L'IDEI prépare le pilulier.

Six semaines après, son médecin traitant (MT) prescrit une NFS devant une fièvre persistante et un érythème. Il découvre une **pancytopenie** et appelle le service d'HDI pour savoir si le NEO-MERCAZOLE peut l'expliquer. La patiente est alors hospitalisée pour traiter l'érythème. Le service repère l'erreur de prescription de PURINETHOL (anticancéreux oral) au lieu de l'allopurinol et en informe le MT et la patiente.

Selon vous, quelle est l'erreur principale ?
Selon vous, au regard de l'évènement qui vous a été relaté et au regard de votre expérience :

Quels sont les facteurs contributifs possibles ? **Quelles sont les actions et barrières ?**

Humains

- Patient polytoxique et polymédicamenteux craignant de ne pas pouvoir voir son MT rapidement après sa sortie, demande la prescription de la totalité de son traitement
- Transmission sans délai au médecin traitant de l'ordonnance de sortie et du compte-rendu d'hospitalisation précisant les modifications éventuelles de traitement

Environnement

Organisationnel

Technique

Quiz : Vrai ou faux ?

- De nombreuses études soulignent que les erreurs médicamenteuses surviennent principalement aux étapes de transition du parcours de soins du patient (entrée et sortie d'un établissement de santé, transferts inter-services)
- Les effets indésirables médicamenteux sont une source importante de réhospitalisation en urgence chez les patients vulnérables
- Plusieurs critères de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins sont en lien avec la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients, notamment à la sortie
- Lors de la délivrance d'un nouvel anticancéreux par voie orale, il est recommandé que le pharmacien d'officine réalise un entretien pharmaceutique avec le patient

Novembre 2023 Erreur de prescription à la sortie PAGE 1 omedit

KIT de sensibilisation des professionnels :

Supports d'animation de courtes sessions (15-30 min)

Diaporama de sensibilisation modifiable selon les

spécificités de l'établissement

Questionnaire

omedit
Normandie

Fiches RETEX (secteur médico-social)

START

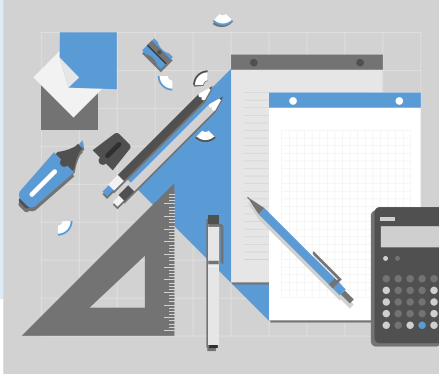
© genially

SOMMAIRE

Médico-social, EHPAD & Handicap **Tutoriel**

- Oubli d'Apixaban dans un pilulier
- Erreur lors d'une aide à la prise
- Inversion de piluliers de 2 résidentes d'EHPAD
- Non traçabilité d'un refus de prise
- Médicaments non écrasables ni ouvrables
- Erreur lors de la préparation d'une solution buvable
- Chute suite à de l'automédication
- Administration d'un traitement arrêté
- Surdosage lors de l'aide à la prise

5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI



Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en Etablissement médicosocial

- 1- connaître les enjeux, les rôles et responsabilités
- 2- mettre en pratique ses connaissances



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

Comment prévenir les erreurs médicamenteuses :

1. Identifier les étapes les + à risque
2. Savoir les déclarer
3. Savoir les analyser
4. Définir et évaluer les actions correctives



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

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

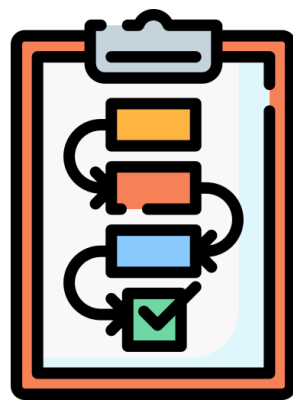
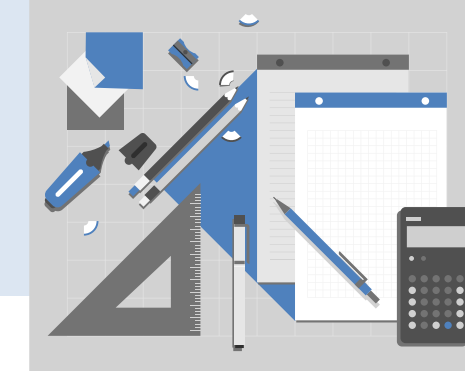
5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des événements indésirables (EI)



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

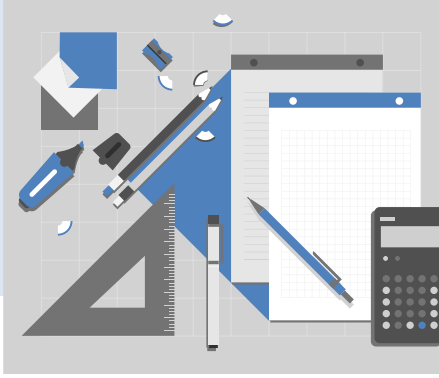


- Valider une **fiche de déclaration en interne des EI**



[Haute Autorité de Santé - L'analyse des événements indésirables associés aux soins \(EIAS\) : mode d'emploi](#)

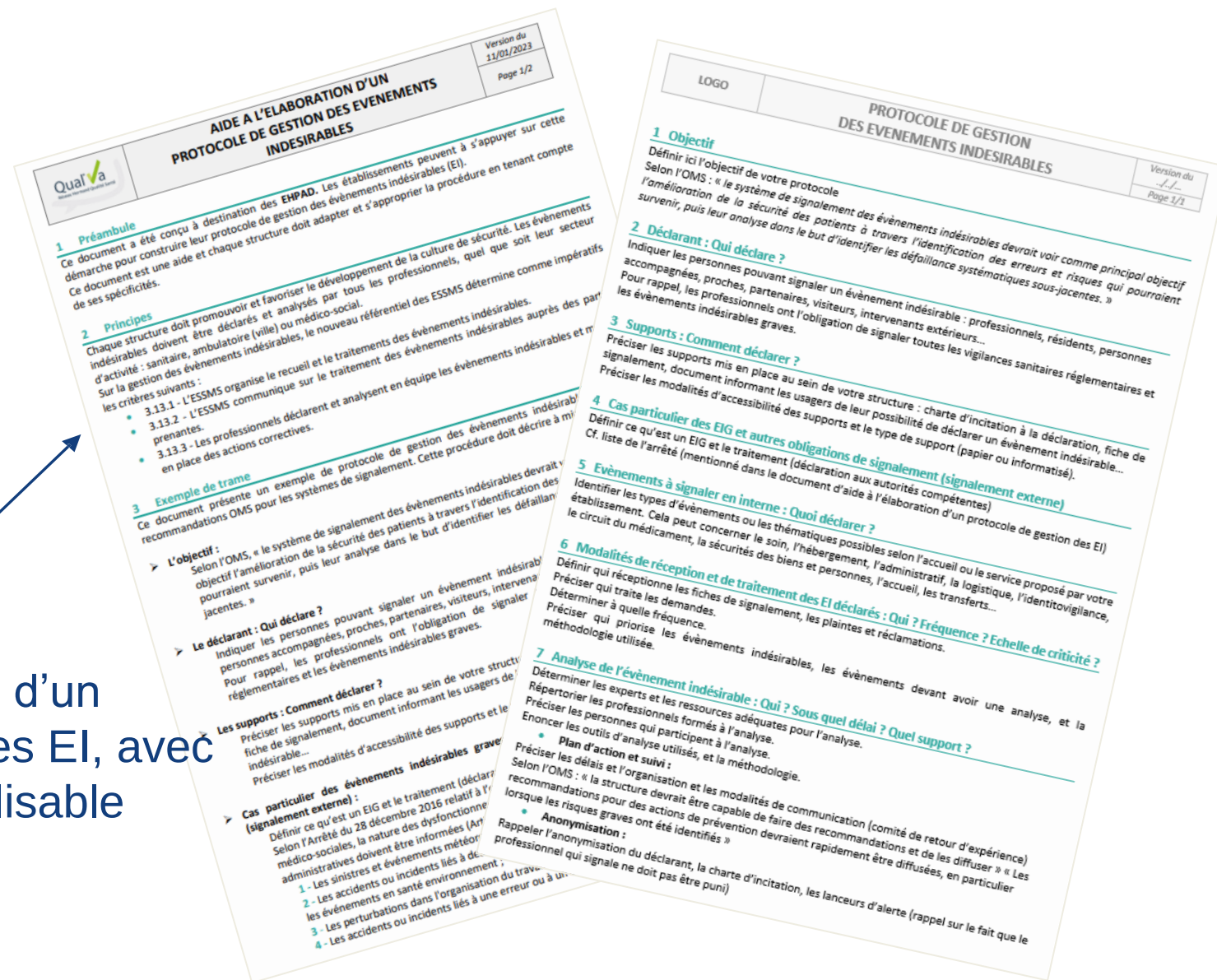
6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI



➤ Guide de rédaction d'une procédure de gestion des EI (recueil, traitement, analyse, plan d'actions)

Qual'Va

ARS Bourgogne-Franche-Comté



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

Pour les adhérents



GUIDE DE RÉDACTION D'UNE PROCÉDURE DE GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Ce guide a pour objet de proposer les éléments attendus dans une procédure de gestion des événements indésirables

1. Elle doit faire apparaître et prendre en compte les textes réglementaires de référence :

Textes applicables à tous les établissements :

- Les 2 Arrêtés du 27 février 2017 relatif au « portail de signalement des événements sanitaires indésirables » et fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pouvant y être déclaré.
- Instruction du 17 février 2017 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.
- Décret du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.
- Décret du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables.
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

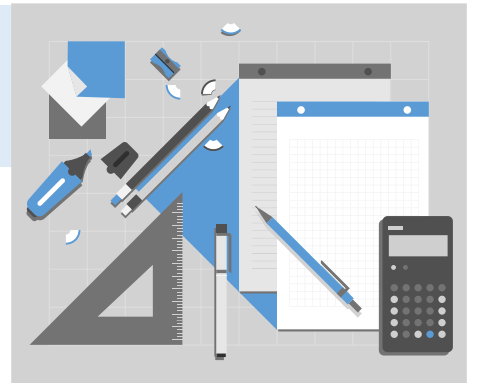
Textes applicables aux Etablissements Médico-Sociaux seulement :

- Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.
- Décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.
- Circulaire DGAS 5/SD 2 n°2002-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales.

2. Elle doit faire apparaître le ou les professionnels référents :

Identification de la Personne impliquée ou référente dans le dispositif : le directeur et/ou IDE CO et/ou chef de service et/ ou cadre de santé et/ou un Gestionnaire Des Risques (en mentionnant sa fonction et non son nom/identité)

[7 Guide Procedure.pdf \(sante.fr\)](https://www.sante.fr/Guide_Procedure.pdf)



➤ Exemple: Retour de l'EHPAD Résidence Arpège

	Direction DG	Procédure N°DG_002	16/01/2023	Version 1.2	Page 3/9
---	-----------------	-----------------------	------------	----------------	-------------

1 Définitions

1.1 Définitions générales et sens de la démarche

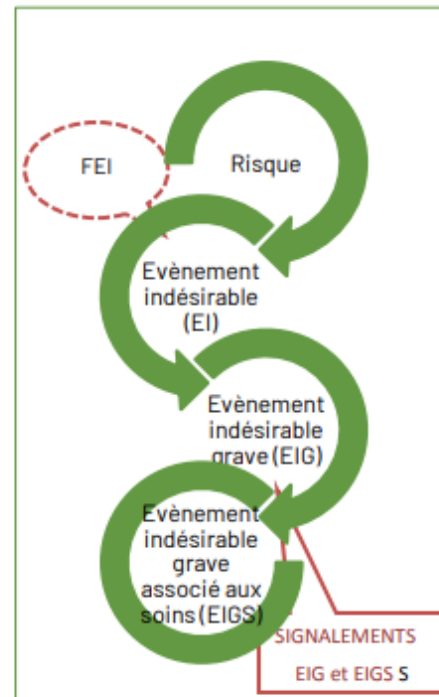
⇒ Définition d'un risque :

- « un danger éventuel plus ou moins prévisible » (dictionnaire Petit Robert)
- « un danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est confronté » (dictionnaire Larousse).

⇒ La **gestion des risques** est un **effort organisé pour identifier, analyser, hiérarchiser, traiter et évaluer les risques encourus par les résidents, les visiteurs et les personnels** (Benattar 2006). La gestion des risques permet d'assurer la sécurité des personnes en évitant que les dysfonctionnements ne se reproduisent ou, par défaut, en rendant les risques « acceptables ». Trois principes sont associés à la Gestion Des Risques : **confiance, transparence et confidentialité**.

⇒ Le **risque** constitue un **événement indésirable hypothétique**

⇒ L'**événement indésirable** est « un événement qui constitue une menace pour la santé, la sécurité ou le bien-être d'une personne » (instruction DGAS n° 2007-112 du 22 mars 2017)



La gestion (recueil et traitement) des événements indésirables, des plaintes et des réclamations est un CRITERE IMPERATIF du référentiel HAS d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- « EI » : Événement Indésirable
- « FEI » : Fiche d'Événement Indésirable
- « EIG » : Événement Indésirable Grave
- « EIGS » : EIG associé aux Soins

Il faut distinguer **trois types d'Événement Indésirable en fonction de leur niveau de gravité et de leur domaine d'intervention** :

1. L'Événement Indésirable Grave
2. L'Événement Indésirable Grave associé aux Soins
3. L'Événement Indésirable

De ce fait **leur traitement et leur gestion seront spécifiques**.



Un Événement indésirable Grave (associé aux soins ou non) est toujours géré avec les directions du Siège (procédure d'appel d'urgence) qui mobilisent les compétences en appui au directeur/trice de la résidence. L'Académie est systématiquement informée par mail.

	Direction DG	Procédure N°DG_002	16/01/2023	Version 1.2	Page 6/9
---	-----------------	-----------------------	------------	----------------	-------------

Ainsi, par exemple, une erreur médicamenteuse, une tentative de suicide, la disparition d'un résident :

- EIGS si elle a entraîné **le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent**
- EIG en absence de critère de gravité pour le résident

Vous trouverez en ANNEXE un tableau détaillant le type de signalement à réaliser en fonction de la nature du dysfonctionnement.

3 Obligation d'information du Conseil de la vie sociale en cas d'EIG/EIGS



« **Le conseil de la vie sociale de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil concerné ou, à défaut, les groupes d'expression** prévus au 1o de l'article D. 311-21 **sont avisés des dysfonctionnements et des événements** mentionnés à l'article L. 331-8-1 qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le directeur de l'établissement, du service, du lieu de vie ou du lieu d'accueil ou, à défaut, le responsable de la structure communique à ces instances **la nature du dysfonctionnement ou de l'événement ainsi que, le cas échéant, les dispositions prises ou envisagées par la structure pour remédier à cette situation et en éviter la reproduction.** » (Décret 2016-1813, Art. R. 331-10 du CASF)

Dès lors qu'un EIG/EIGS a été signalé aux autorités administratives, le sujet doit être mis à **l'ordre du jour du prochain CVS**. Le directeur/trice pourra également convoquer un CVS extraordinaire s'il le juge nécessaire.

Toute communication auprès du CVS doit être **anonymisée**

4 Actions de sensibilisation des professionnels

La **sensibilisation continue des membres du CODIR et des équipes** est indispensable pour les inciter à signaler et analyser les EI. Cette sensibilisation fait partie des **critères évalués au cours de l'évaluation quinquennale**. Des **formations flash** sont organisées au moins deux fois par an auprès de l'ensemble des salariés, de jour comme de nuit. Tout **nouveau salarié** reçoit également une information adaptée (remise de la Charte et d'une FEI vierge).

L'erreur commise, ou évitée de justesse, est une source précieuse d'informations à exploiter et analyser pour éviter la survenue d'autres événements indésirables ou en limiter l'impact. **L'erreur doit être considérée comme une opportunité individuelle et collective d'apprentissage.**

➔ **Culture de sécurité :**

Le signalement et l'analyse des événements indésirables fait partie intégrante de la culture de sécurité. La transparence en matière d'erreur ou de dysfonctionnement, composante fondamentale de toute démarche de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, permet d'apprendre de ses erreurs et, par le biais du partage d'expériences, de celles des autres.

La **bienveillance** entre collègues lors d'événements indésirables fait partie de la culture de sécurité, tout comme l'**approche positive de l'erreur** de la part de l'encadrement.

➔ **Culture juste et équitable :**

	Direction DG	Procédure N°DG_002	16/01/2023	Version 1.2	Page 9/9
---	-----------------	-----------------------	------------	----------------	-------------

8 Boîte à outils SILBA

S:\30 Qualité\30 Qualité Communs\6 Gestion des Risques\1 FEI - Réclamations

- Affichage « Signalons »
- Sommaire du classeur FEI/Réclamations
- Tutoriels déclaration EIGS volet 1 et volet 2
- HAS, Guide d'analyse des EIGS, sept. 2021
- HAS, Comment déclarer un EIGS (2017)
- Modèle de déclaration EIGS - volet 1
- LA BAO est amenée à être complétée

9 Textes de Référence

- Articles du CASF : L313-3 et suivants, L331-1 et suivants.
 - Instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la lutte contre la maltraitance.
 - Circulaire /SD2A/2014/58 DGCS du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et le développement de la bientraitance dans les établissements médico-sociaux
 - Décret d'application paru au Journal officiel du 24 août 2016, portant sur la création d'un portail de signalement des événements sanitaires indésirables
 - Décret du 25/11/2016 relatif à la déclaration des Événements Indésirables graves associés aux soins
 - Décret du 21/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
 - Arrêté du 28/12/2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
- (ces 3 derniers textes sont cités dans le texte de la procédure, en italiques)

Recommandations de Bonnes Pratiques de l'HAS et documentations des ARS :

- RBPP La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juin 2008
- RBPP Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008
- RBPP Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, janvier 2021
- Prévention, repérage et accompagnement de la souffrance psychique de la personne âgée
- Qualité de vie en EHPAD (4 volets - 2011 et 2012)
- Guide HAS sur l'analyse des EIAS, septembre 2021
- Aide à l'élaboration d'une charte de confiance pour inciter les professionnels à signaler et analyser les événements indésirables en santé, RREVA et ARS Nouvelle-Aquitaine, juin 2019

Documents LBA :

- Procédure DG_006 de prévention et repérage de la maltraitance
- Procédure DG_007 de signalement et de gestion d'une situation de maltraitance
- Fiche de mission du référent qualité
- Livret d'accueil Salarié et Stagiaire
- Livret d'accueil des Résidents
- Règlement de Fonctionnement des Résidences
- Fiche « Numéros d'appel d'urgence et cascade d'appel » - procédure DG_003.Procédure de gestion des appels en cas d'urgence

Fin de la procédure

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

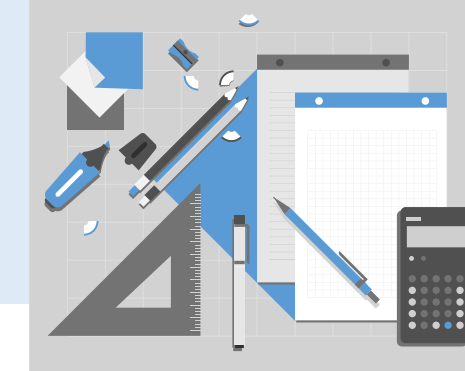
5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

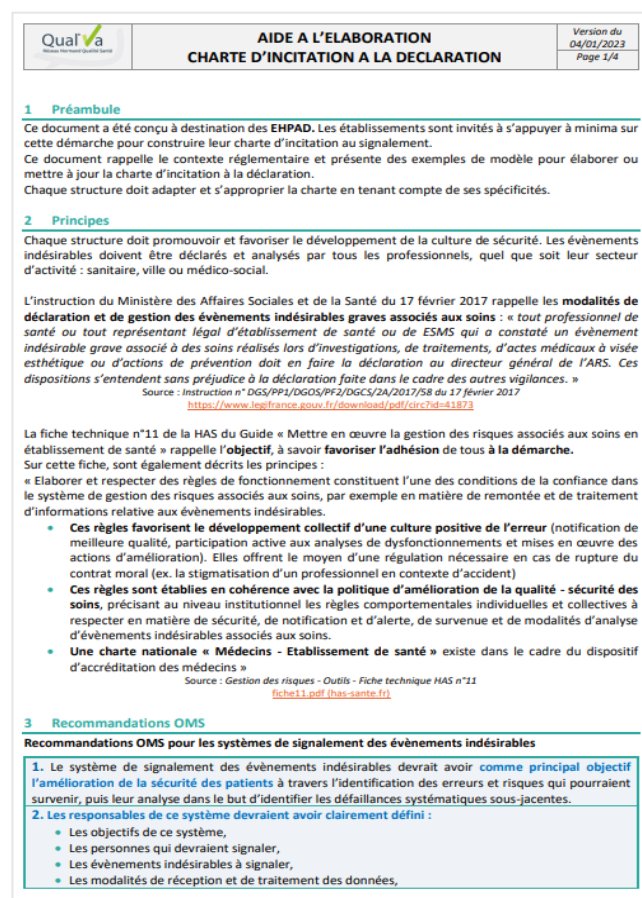
7. Valider une charte d'incitation à la déclaration



Mettre en place une charte d'incitation à la déclaration :

- Rédiger et valider une charte d'incitation à la déclaration
- Communiquer en interne sur cette charte d'incitation

Aide pour la réalisation d'une charte d'incitation à la déclaration et références réglementaires



Fichier Word entièrement personnalisable (logo, titre, date...)

LOGO	CHARTe D'INCITATION A LA DECLARATION Etablissement ...	Version du .../.../... Page 1/1
La sécurité de nos activités doit être la préoccupation première et permanente de notre établissement. Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance aux patients, aux personnes accompagnées et à leur proche, ainsi qu'aux professionnels, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, soins après soins, des événements pouvant affecter la qualité et sécurité des soins et de prise en charge des patients et personnes accompagnées. L'objectif de notre établissement est d'améliorer la visibilité de ces événements, afin d'entretenir la conscience des risques liés à l'ensemble de nos activités et d'apporter les mesures correctives et préventives lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Il est de la responsabilité de chacun de communiquer spontanément et sans délai, toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention des risques conduite dans notre structure. Dans ce cadre pour favoriser la remontée des événements indésirables, notre établissement a défini une politique de signalement qui repose sur les principes suivants : • Objectivité : le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner, s'agissant de soins, une traduction médico-légale en termes de responsabilités. • Anonymat et confidentialité : le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche. • Efficacité : la démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité en évitant que ces risques se reproduisent. L'établissement met à disposition un outil de signalement (fiche de déclaration, accessible...) et sollicite la participation des professionnels à des réunions d'analyse collective et multidisciplinaire des événements signalés. Pour favoriser ce retour d'expérience, nous nous engageons à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un professionnel qui aura spontanément et sans délai révélé un dysfonctionnement dans lequel 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. Nous insistons pour que chacun, 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 notre activité.		
NOM, Prénom Directeur	NOM, Prénom Médecin coordinateur	
Date et signature	Date et signature	



Outil disponible

Aide à l'élaboration d'un document : Charte d'incitation – [Qual'Va](#)

RECAPITULATIF des fondamentaux

1. Identifier les référents du circuit du médicament

2. Constituer et réunir un comité PECM

3. Schématiser la PECM des résidents

4. Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM

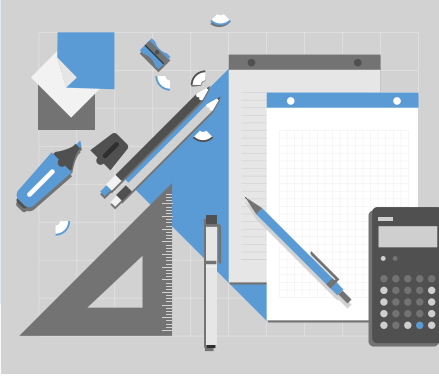
5. Sensibiliser les équipes à la culture de déclaration des EI

6. Mettre en œuvre un système de déclaration des EI

7. Valider une Charte d'incitation à la déclaration

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

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



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

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

Outils disponibles

Outil d'aide à l'analyse ACRES – Secteur Médico-Social – [Qual'Va](#)

Annexe échelles de gravité et vraisemblance – Matrice de criticité – Barrières – [Qual'Va](#)

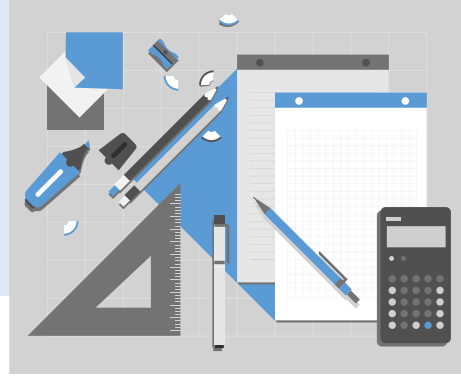
Affiche Facteurs identifiés – Secteur Médico-Social – [Qual'Va](#)

[Aide à l'analyse des EIAS en établissements sanitaires et médico-sociaux - HAS/ FORAP](#)

[Fiche 9. Choisir les événements et situations à risques à traiter - HAS](#)



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



Outil d'aide à l'analyse : **Grille ALARM**

Support modifiable et personnalisable (version Word permettant la saisie de l'analyse)

- 6 étapes :
 - Description de l'évènement et du contexte
 - Reconstitution de la chronologie et identification des écarts
 - Recherche des causes de l'EI
 - Analyse des barrières de sécurité
 - Plan d'actions et suivi
 - Enseignements et partage d'expérience

[Synthèse de la grille ALARM](#) et [Grille HAS ALARM ESMS](#)



Questions posées par les évaluateurs

- **Connaissez-vous la politique** de gestion du risque médicamenteux de l'ESSMS ?
- **Pouvez-vous nous décrire l'organisation** du circuit du médicament au sein de l'ESSMS ?
- **Comment sont accueillis et accompagnés** les nouveaux professionnels dans la PECM ?

Etapes du circuit

FOCUS SUR LA PRESCRIPTION



Points faibles identifiés



Ordonnances médicales non prescrites sur le logiciel impactant la traçabilité



Validation en temps réel - mise à jour des prescriptions médicales sans médecin



Médecins libéraux intervenants ne font pas toujours les prescriptions dans notre logiciel DPI



La mise à jour des plans de soins (manque de médecin et médecin qui ne veulent pas le faire sur informatique)

Informatisation du dossier à préconiser

- Support unique de prescription et d'un plan de prise
- Sécurisation du partage d'informations avec les partenaires externes (médecins prescripteurs, pharmacien, laboratoire d'analyse médicale, imagerie médicale)
- Un accès / professionnel tenant compte de son habilitation (ex de certains DUI « Saisie et validation de retranscription »)
- Déploiement de l'ordonnance numérique à venir dans les ESSMS





POINT CLES

- Prescription écrite, datée et signée après l'évaluation médicale du résident
- Prescriptions **orales** = uniquement pour les **urgences vitales**
- Un support unique prescription/administration et l'informatisation de la **prescription** et des **administrations** permettent de limiter les erreurs liées au recopiage et de regrouper les différentes informations
- **Retranscription ou recopiage** sur un support intermédiaire = **INTERDIT**
- Saisie des prescriptions par personnel médical possible (courrier CNOM sur responsabilités du médecin prescripteur et du médecin qui réalise la saisie)
- Le broyage/troubles de déglutition des médicaments doit être évalué et tracé par le médecin

Protocole anticipé vs prescription conditionnelle



Focus sur : **Protocole anticipé** **versus Prescription conditionnelle**

Protocole de soin anticipé

Prescription conditionnelle

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le protocole anticipé n'est pas une prescription nominative.

Il permet, en l'absence du médecin, que les infirmiers aient la possibilité de réaliser des soins selon les consignes du protocole. Ces consignes s'appliquent pour une situation clinique donnée.

Ex : protocole gestion la douleur

Cela permet de **sécuriser** certaines prises en charge de manière **rapide** et **efficace**, par l'utilisation de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.

La **prescription conditionnelle** (parfois appelée « **en si besoin** ») est une prescription **nominative** d'un médicament, en dose variable selon l'évaluation d'un ou plusieurs paramètres cliniques ou biologiques.

Ce type de **prescription médicale** permet de prescrire un médicament destiné à être administré **seulement en cas de besoin, à un patient donné**.

La prescription décrit la situation clinique et les paramètres qui conditionnent la prise du médicament.

Protocole anticipé vs prescription conditionnelle

QUELS SONT LES POINTS CLÉS ?

Le **protocole anticipé** :

- ✓ s'applique à **un ou plusieurs** patients dont **l'évolution clinique n'a pas été anticipée et n'a pas été traduite par une prescription conditionnelle**,
- ✓ peut être utilisé pour les soins définis à **l'article R.4311-7** (toutes situations) **et R.4311-8** (gestion des traitements antalgiques) du CSP,
- ✓ est établi dans un cadre de **concertations pluridisciplinaires**,
- ✓ est **diffusé** à l'ensemble du personnel et aux nouveaux arrivants,
- ✓ est **tracé** dans le dossier de soins infirmiers à **chaque utilisation**,
- ✓ est **revu annuellement**.

La **prescription conditionnelle** :

- ✓ s'applique pour un **unique patient** défini,
- ✓ concerne une **indication clinique prévisible** à la consultation ou à l'admission,
- ✓ a des **conditions d'administration** clairement établies,
- ✓ comporte une **durée maximale** de traitement,
- ✓ stipule le **nombre maximal d'administration par période de 24 heures** accompagné d'un intervalle temporel entre deux prises consécutives,
- ✓ est revue **annuellement**.



Observatoire des
Médicaments
Dispositifs médicaux
Innovations Thérapeutiques

Protocole anticipé vs prescription conditionnelle

Modèle : Protocole de soin anticipé douleur

Pourquoi ? Ce protocole a pour but de préciser les consignes à observer en cas de douleur chez l'adulte par l'IDE

Pour qui ? Ce protocole s'applique aux patients adultes uniquement

Par qui ? Dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire

Définition dans le protocole :

- **Critère de déclenchement :**
 - Si douleur supérieure : valeur à préciser (selon échelle à préciser)
- **Contre-indications :**
 - Demander avis médical si patient < 50 kg ou > 100 kg
 - Autre : à préciser selon le médicament utilisé
- **Conduite à tenir :**
 - Exemple administration :
 - Avec EVA < 4 : Paracétamol 1 g per os en 1 prise
 - Avec 4 < EVA < 6 : Tramadol 100 mg per os en 1 prise
 - Réévaluation à 30 minutes : si EVA > 4, prendre un avis médical

Diffusion à ? Direction, IDE, AS, médecins, pharmaciens, comité qualité,...

	Rédaction	Vérification	Approbation
Nom & Fonction	-	-	-
Date & Signature	-	-	-

Date : XX, valide jusqu'à YY (réviser une fois par an)

Modèle : Prescription conditionnelle d'antalgiques (en « si besoin »)

Pourquoi ? Pour limiter l'interprétation du «si besoin» selon le personnel infirmier confronté à cette prescription nominative particulière.

Elle précise le niveau de douleur qui déclenche l'administration, et les paramètres qui conditionnent la prise et la durée du traitement.

Comment ? Renseigner les conditions d'administration → Voir la fiche de bonne pratique [Antalgiques prescrits en "si besoin"](#)

Arrivée du patient

Utilisation du protocole douleur

Tracer l'utilisation du protocole dans le dossier du patient. Informer dès que possible le médecin de l'utilisation du protocole. Il réévaluera son efficacité et pourra prescrire un antalgique en systématique ou « en si besoin »

Prescription conditionnelle

- Est une **prescription nominative**
- **Informations** retrouvées :
 - Coordonnées du médecin
 - Date de la rédaction de la prescription nominative
 - Prescription du médicament : noms, dose à prendre, moment de la prise, durée du traitement, dose maximale
 - Signature

Tracer dans le plan de prise lors de l'administration, au même titre que les autres traitements

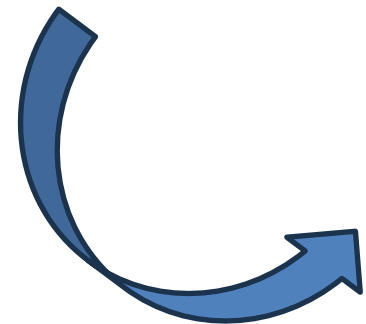
OMéDIT région Centre-Val de Loire : Flyer «Protocole anticipée, prescription conditionnelle »
Sources : CSP Article R4311-2, R4311-7, R4311-8, R4311-14. Manuel de certification HAS, critère 1.2-08
Validation Comité Stratégique : Mars 2022

Rappel des points de vigilance autour des protocoles / procédures

Gestion des “si besoin”

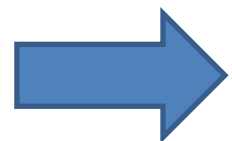
→ Il faut qu’une infirmière soit présente, au moins pour :

- 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

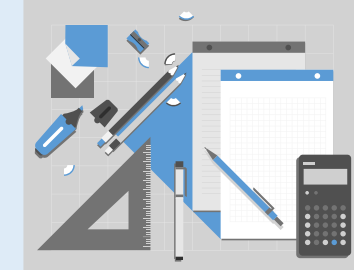


Remontées de ces problématiques via le Résomédit et les pharmaciens inspecteurs de santé publique



Et l'identitovigilance
dans tout ça?

Former les équipes aux actions d'identitovigilance à chaque étape du circuit

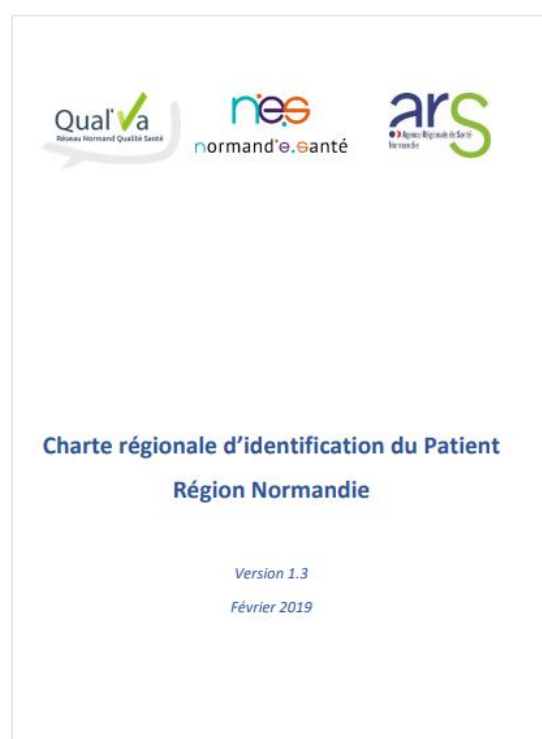


« L'identitovigilance est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour fiabiliser l'identification de l'utilisateur afin de sécuriser ses données de santé, à toutes les étapes de sa prise en charge. »

Identification : nom + prénom + date de naissance +/- photo

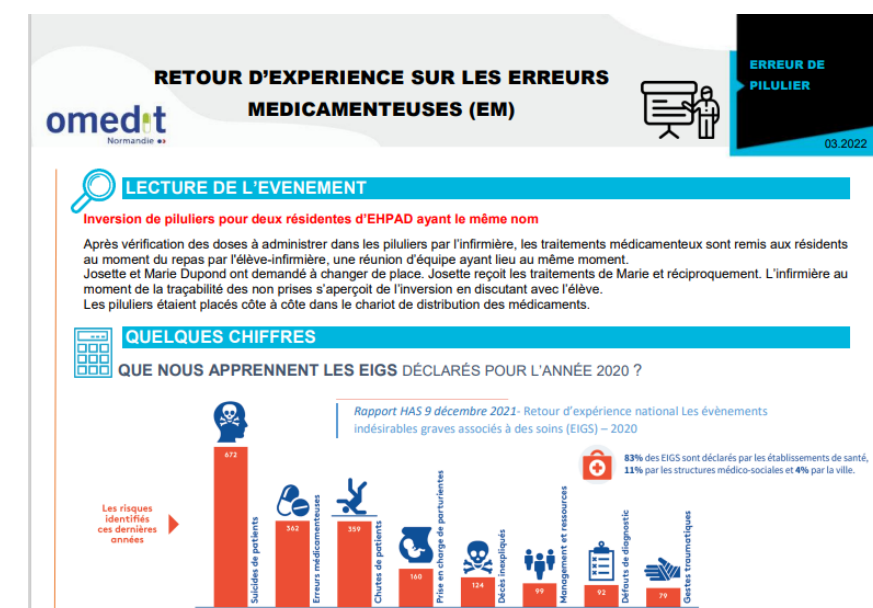
➤ Objectif :

Prendre connaissance de la **charte et du référentiel national** d'identitovigilance spécifique en ESSMS, vérifier la **conformité** et **sensibiliser les équipes**



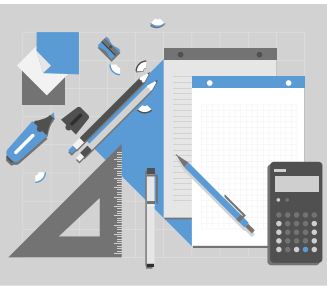
Charte régionale [Nos outils pour vous - Qual'Va](#)

- Film et analyse – OMéDIT Bretagne [Je m'appelle Annick ... - YouTube](#)



Fiche RETEX - [Inversion de piluliers pour deux résidentes d'EHPAD](#) ayant le même nom : OMéDIT Normandie





La prise de photos des résidents dans les établissements médico-sociaux s'inscrit dans une logique de **sécurité des soins** et relève de l'**identitovigilance**.

Pas de consentement spécifique du résident ou de sa famille, dès lors que cette pratique est fondée sur :

- **l'exécution du contrat** liant le résident et/ou sa famille à l'établissement, ou
- **la mission d'intérêt public** confiée à l'établissement.

Pour être conforme, cette modalité doit figurer dans le **contrat d'accueil** ou dans le **livret remis au résident** à son arrivée.

En l'absence de mention explicite dans ces documents, il est alors nécessaire de recueillir le **consentement écrit** du résident ou de son représentant, en précisant leurs **droits au titre du RGPD et de la CNIL**.

Photographie : **outil indispensable d'identification** au service de la sécurité, et son usage est strictement limité aux **professionnels habilités**.

FOCUS SUR LA DISPENSATION

Points faibles identifiés

 **Double vérification des piluliers et l'identification de certains médicaments**



POINTS CLES

→ S'assurer de la conformité prescription/dispensation

→ Identification des médicaments jusqu'à l'administration

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

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

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

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

Une convention type en Normandie

- ✓ précisant les **modalités de collaboration** entre l'ESSMS et le pharmacien référent dans le contexte réglementaire en vigueur.
- levier d'action pour l'amélioration du processus de prise en charge médicamenteuse



[Modèle type de convention ESSMS Handicap / pharmacie d'officine](#)

Demandés dans 2 contextes :

Evaluations HAS des ESSMS (critère impératif 3.6.2 : Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament)

Inspections réalisées par l'ARS

Distinguer le pharmacien référent du pharmacien dispensateur.

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

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

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

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

« Ce pharmacien [référent] **concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.**

Il **collabore également, avec les médecins traitants**, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur de la **liste des médicaments à utiliser préférentiellement** dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

Importance de la proximité géographique avec la pharmacie :

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

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

1^{er} élément d'évaluation : Politique de gestion du risque médicamenteux est définie et connue des professionnels

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

Elle mentionne notamment les modalités :

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

Outils disponibles

[Fiche mémo RESOMEDIT/FORAP](#)

La convention est évaluée et réactualisée si nécessaire.

4^{ème} élément d'évaluation : La continuité de la prise en charge médicamenteuse

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

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

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

2^{ème} élément d'évaluation : les acteurs de la PECM :

Le pharmacien responsable de la dispensation :

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

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

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

Cotation « étoile » pour un niveau avancé

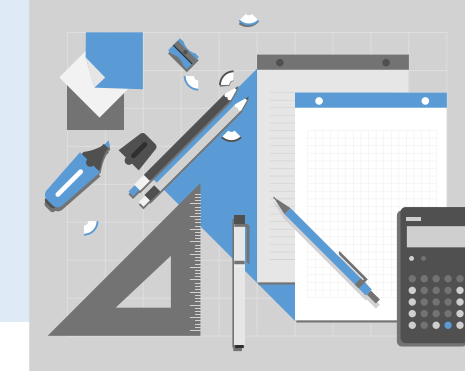
- **Implication du pharmacien dans la qualité du circuit du médicament** (réalisation / participation aux audits, analyse des événements indésirables graves médicamenteux, ...) et **dans la pertinence des prescriptions** (analyse pharmaceutique à partir du dossier patient, bilan partagé de médication,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

FOCUS SUR LA PREPARATION

Points faibles identifiés

-  **Interruption de tâche - étiquetage des piluliers**
-  **Revoir les pratiques de broyage et la prescription du broyage**

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](#)

Ouverture et écrasement des médicaments

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
Principe actif	Forme galénique	Classe ATC	Libellé ATC3	Libellé ATC4	Goût	Modalités de	Source de modalité	Autre source	Méthode d'administration si médicament écrasé, ouvert ou délité	Alternatives galéniques	Informations RCP, notice patient et Thériaque	Réponses laboratoires résumées	Date de mise à jour
ABACAVIR / DOLUTEGRAVIR / LAMIVUDINE 600/50/300 mg (Triumeq)	Comprimé	J05AR13	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Abacavir et Lamivudine solutions buvables, Dolutégravir	La biodisponibilité des comprimés dispersibles de Dolutégravir est 1,6 fois supérieure à celle des comprimés pelliculés.		18/04/2023
ABACAVIR / LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE 300/150/300 mg (Trizivir)	Comprimé	J05AR04	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Solutions buvables	A prendre de préférence au coucher.	GSK 20-03-2023 : écrasement déconseillé car pas d'étude	18/04/2023
ABACAVIR / LAMIVUDINE 600/300 mg (Kivexa)	Comprimé	J05AR02	Antiviraux à action directe	Antiviraux pour le traitement des infections au VIH en association			Notice patient			Solutions buvables		GSK 20-03-2023 : écrasement déconseillé car pas d'étude	18/04/2023
ABACAVIR 300 mg (Ziagen)	Comprimé	J05AF06	Antiviraux à action directe	Inhibiteurs de la transcriptase inverse nucléosidique et nucléotidique			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Solution buvable	Mélangeable à une petite quantité de nourriture ou de liquide. Administration immédiate.		18/04/2023
ABEMACICLIB 50, 100 et 150mg (Verzenios)	Comprimé	L01EF03	Autres antinéoplasiques	Inhibiteurs de protéine kinase			RCP	Dispersible selon le laboratoire		Non	A prendre à heure fixe. Eviter le jus de pamplemousse.	LILLY 15-05-2024 : peut être dispersé (sans l'écraser) dans 10mL d'eau, boire l'entièreté du verre dans les 10min, rincer et boire l'eau de rinçage tant qu'il reste des résidus sur la	16/05/2024
ACAMPROSATE 333 mg (Aotal)	Comprimé GR	N07BB03	Médicaments des troubles de l'addiction	Médicaments utilisés en cas de dépendance à l'alcool			Notice patient			Non	A prendre de préférence en dehors des repas si bonne tolérance digestive.		18/04/2023
ACARBOSE 50 et 100 mg (Glucor)	Comprimé ou comprimé sécable	A10BF01	Hypoglycémiantes autres que les insulines	Inhibiteurs de l'α-glucosidase			RCP			Non	Doit être avalé avec un peu d'eau ou croqué. A prendre au début des repas.		18/04/2023
ACEBUTOLOL 200 et 400 mg (Sectral)	Comprimé	C07AB04	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants sélectifs			Notice patient			Solution buvable			18/04/2023
ACEBUTOLOL LP 500 mg (Sectral LP)	Comprimé LP	C07AB04	Bêta-bloquants	Bêta-bloquants sélectifs			RCP			⚠ Non LP ⚠ Solution buvable			18/04/2023
ACENOCOUMAROL 1 et 4 mg (Mini-sintrom, Sintrom)	Comprimé sécable	B01AA07	Antithrombotiques	Antivitamines K			RCP	Ecrasable selon HUG 03/2023		Non	A prendre à heure fixe, de préférence le soir.		18/04/2023
ACETAZOLAMIDE 250 mg (Diamox)	Comprimé sécable	S01EC01	Antiglaucomeux et myotiques	Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique			Réponse laboratoire	Ecrasable selon HUG 03/2023		Non	A prendre de préférence pendant les repas pour masquer l'amertume.	Cooper 22-03-2022 : écrasement déconseillé car pas d'étude	18/04/2023
ACETYLLEUCINE 500 mg (Tanganil)	Comprimé	N07CA04	Antivertigineux	Antivertigineux			Réponse laboratoire			Non		Pierre Fabre 21-02-2022 : écrasement déconseillé car pas d'étude.	18/04/2023
ACICLOVIR 200 et 800 mg (Zovirax)	Comprimé	J05AB01	Antiviraux à action directe	Nucléosides et nucléotides sauf inhibiteurs de la transcriptase inverse			Notice patient	Ecrasable selon HUG 03/2023		Suspension buvable			18/04/2023
ACIDE ACETYLSALICYLIQUE	Comprimé	B01AC0	Antithrombotiques	Antiagrégants plaquettaires à l'exclusion			RCP	Ecrasable si urgence		Solution buvable	A avaler entiers avec suffisamment de boisson (1/2 verre d'eau). En raison de l'enrobage gastro-résistant, les comprimés ne doivent pas être écrasés, cassés ou mâchés. L'enrobage prévient les effets irritants sur	Pfizer 20/11/2025 : écrasement uniquement en cas d'urgence (accélération de	20/11/2025

Solutions buvables



Nécessite une étape de préparation : **calcul** du nombre de gouttes à administrer ou une **reconstitution** d'une solution buvable dans des conditions d'hygiène et de sécurité (utilisation du bon dispositif de préparation)

→ **Geste technique**



Parfois sur des **médicaments à risque** : Exemple des **neuroleptiques** et **antipsychotiques** : effets indésirables +++ (sédation, confusion, chute, interactions médicamenteuses, trouble du rythme cardiaque)

1

Interroger le prescripteur sur le maintien de cette **forme galénique** ou le **remplacement** par une forme plus adaptée ou revoir si les horaires de prise pourraient être **adaptés** pour qu'une IDE puisse en assurer l'administration sécurisée



2

La **préparation** des gouttes buvables est un **acte infirmier**

Qui fait quoi ?

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

3

L'aide à la prise de solutions buvables peut être assurée **sous la responsabilité effective de l'IDE**, avec la collaboration d'AS

Multidoses

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

① Interroger le prescripteur sur le maintien de cette forme galénique et s'assurer qu'il n'en existe pas une autre plus adaptée

② Nettoyage de la surface du plan de travail

③ Procéder à un **lavage hygiénique des mains** ou **frictions avec une solution hydro alcoolique** avant toute manipulation des médicaments

④ Prendre le flacon de solution buvable multidoses conformément à la prescription

⑨ Identifier le gobelet avec l'étiquette du patient

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

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

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

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

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



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



SPECIALITES Volume du flacon disponible et dispositif d'administration	Durée de conservation après ouverture	Conditions de conservation	Correspondance volume – mg de PA	Correspondance forme orale sèche – forme buvable	Contenance en gttes et en PA du flacon	Teneur en éthanol en mg/mL	Teneur en saccharose en mg/mL	Date de mise à jour
ABILIFY* ARIPIPIRAZOLE 1MG/mL sol buv Gobelet gradué en mL et mg, seringue graduée en mL /0,5 à 2 mL }	6 mois	t° ambiante	1 mL = 1 mg	1 cp 10 mg = 10 mL sol buv	150 mL 150 mg	0	400	Novembre 2025
AMISULPRIDE STRAGEN 100 mg/mL sol buv Seringue graduée en mL Graduations de 0,5 mL – 0,5 à 5 mL	60 jours	t° ambiante	1 mL = 100 mg	1 cp 100 mg = 1 mL 1 cp 200 mg = 2 mL 1 cp 400 mg = 4 mL	60 mL 6 g	0	0	Novembre 2025
AMOXICILLINE ARROW 500 mg / 5mL Cuillère mesure graduée en mL Graduations de 2,5 mL – 0,5 à 5 mL	14j après reconstitution	t° < 25°C Au réfrigérateur après reconstitution	1 c.m. = 5mL = 500mg	1 gél 500mg = 1 c.m	60 mL 12 c.m.	0	0	Novembre 2025
ARTANE® TRIHÉXYPHÉNYL F 0,4 % sol buv Seringue graduée en gttes Graduations de 5 gttes - 5 à 50 gttes	Pas de données d'après le labo, utilisation non recommandée au-delà de durée du traitement	t° ambiante	1 gtte = 0,1 mg 40 gttes = 4 mg	1 cp 2 mg = 20 gttes 1 cp 5 mg = 50 gttes	30 mL 1200 gttes 120 mg	35,5	350	Novembre 2025
ATARAX® HYDROXYZINE SIROP 2 mg/mL Seringue graduée en mL Graduations de 0,25 mL – 0 à 3 mL	Absence de données, contactez le laboratoire : information.medicale- fr@ucb.com	t° < 25°C à l'abri lumière	1 mL = 2 mg	1 cp 25 mg = 12,5 mL	200 mL 400 mg	0,35	750	Novembre 2025
CLUPIXOL® 250 mg/5mL		t° ambiante		1 cp 10 mg = 10 gttes	20 mL			

Préparation/administration solutions buvables multidoses

conservation des médicaments multidoses



Conserver les SOLUTIONS BUVABLES après ouverture ?

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

UN dispositif d'administration (pipette, seringue doseuse) = UN médicament

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



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

Conservation des solutions buvables multidoses après ouverture

Questions posées par les évaluateurs

- Comment sont préparés les traitements ?
- Par qui ?
- Comment sont préparées les formes buvables ?



Et la Préparation
extemporanée et
PDA

Préparation de dose à administrer (PDA)	Préparation des traitements
Sous le contrôle du pharmacien	Par IDE
Préparation des doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription, et donc par anticipation du séquencement et des moments des prises, pour une période déterminée (généralement 24h à 7 jours). Il s'agit donc d'une préparation nominative qui vise à renforcer le respect et la sécurité du traitement ainsi que la traçabilité de son administration. La PDA peut être manuelle, automatisée, semi-automatisée.	Préparation des traitements par l'IDE est réalisée à partir d'une prescription ou d'un protocole thérapeutique, au lit du patient, de manière individuelle. Il s'agit de la reconstitution extemporanée selon le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). La préparation extemporanée des médicaments fait partie de l'acte d'administration et donc du rôle propre de l'IDE.



PRÉPARATION DES DOSES À ADMINISTRER (PDA)

- **Préparation nominative des médicaments** en pilulier et hors pilulier au regard de la **prescription médicale**
 - Hors pilulier : pour les ATB, stupéfiants, doses variables, médicaments liquides, prescriptions en "si besoin"...
- Réalisée par la **pharmacie** (officine, PUI) ou par l'**IDE** dans une pièce dédiée et adaptée, **sans interruption de tâche**
- Elle concerne les **formes orales sèches** (comprimés, gélules, sachets ...)
- **Les AS et accompagnants ne peuvent pas préparer des piluliers !**

PRÉPARATION DES DOSES À ADMINISTRER

Pas de texte réglementaire, pas de bonnes pratiques

- Un guide de l'ARS PACA [Fiches pratiques pour la préparation des doses à administrer \(PDA\) en établissements médico-sociaux | Agence régionale de santé PACA](#)

Peuvent être préparés pour:

- **7 jours** si les médicaments sont déconditionnés ou sortis de leur blister
- **28 jours** si les conditionnements primaires sont conservés (pratique à risque au regard des changements éventuels de traitements).

Toujours s'assurer de l'absence de **modifications de traitement** sur la période

Les **médicaments doivent rester identifiables** jusqu'à l'administration / l'aide à la prise (nom de spécialité, DCI, dosage, n° de lot, DLU).

L'étiquetage des piluliers doit comporter toutes les mentions nécessaires à l'identification du résident : **Nom et prénom a minima + Date de naissance, éventuellement photographie...**

Jamais de mention du numéro de chambre seule

PRÉPARATION DES DOSES À ADMINISTRER

- Les **doses buvables** et **gouttes** sont à préparer **juste avant la prise**.
- Les **flacons multidoses** doivent être identifiés au nom du résident, la date limite d'utilisation (DLU) après ouverture doit être notée sur le flacon, et le dispositif doseur réservé à un seul résident.
- **1 flacon = 1 dispositif doseur**

Accompagnement méthodologique

**Sécurisation de la prise en
charge médicamenteuse en
ESSMS Handicap
1er Webinaire**

Prochain webinaire le 29/01/2026