



EHESP

DESSMS

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Les enjeux d'un changement organisationnel en EHPAD :
l'exemple du projet d'automatisation de la dispensation
nominative des médicaments**

Marie DESPREZ

R e m e r c i e m e n t s

En préambule de ce mémoire, je souhaitais adresser mes plus sincères remerciements à ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail.

Tout d'abord, un grand merci à la Directrice Générale du Centre Hospitalier de m'avoir accueillie durant ce stage. Celui-ci s'est révélé riche en apprentissages. Les entretiens menés m'ont permis de construire le plan de ce mémoire et de l'étayer par différents exemples. Je garderai en mémoire la disponibilité que chacun a pu trouver pour répondre à mes nombreuses interrogations. C'est pourquoi j'ai le plaisir de remercier tout particulièrement :

-Le Directeur des soins et des instituts de formation qui, par son expérience et ses compétences sur le circuit du médicament, m'a aidée à en comprendre les multiples enjeux.

- La Cadre Supérieure de Santé pour son soutien et sa capacité à m'orienter vers les interlocuteurs pouvant m'apporter les renseignements nécessaires.

- L'ensemble des professionnels infirmiers, aides-soignants et pharmaciens qui ont accepté de répondre à mes questions lors des différents entretiens.

J'exprime également toute ma gratitude aux différents enseignants de l'EHESP qui m'ont orientée lors de ce travail de longue haleine. Ces remerciements s'adressent notamment à :

- Monsieur Roland OLLIVIER pour nos premiers échanges sur les impacts des nouvelles technologies sur les organisations.

-Monsieur MOKNI pour son œil éclairé concernant les enjeux pharmaceutiques et qualitatifs de l'automatisation.

-Monsieur LEDOYEN pour sa disponibilité à toute épreuve et son accompagnement pour ce premier et sans doute dernier mémoire.

Enfin, je remercie mon mari pour ses encouragements depuis la préparation de ce concours jusqu'à la finalisation de ce mémoire.

« On ne fait pas travailler les hommes comme
on commande des machines ».

Philippe BERNOUX¹.

¹ Philippe Bernoux, 2010, *Sociologie du changement*, 2^{ème} édition, Editions du Seuil, 368 pages.

S o m m a i r e

| | |
|---|-----------|
| Introduction..... | 1 |
| 1 L'automatisation de la dispensation nominative est une réponse aux différents changements vécus par les EHPAD du Centre Hospitalier | 5 |
| 1.1 Les EHPAD du Centre Hospitalier ont vécu de nombreux changements ayant des répercussions sur l'organisation du travail | 5 |
| 1.1.1 Présentation de l'établissement et de ses EHPAD..... | 5 |
| 1.1.2 L'existence de pratiques professionnelles inadaptées dans la prise en charge médicamenteuse des résidents révélées par un audit..... | 7 |
| 1.1.3 L'impact de la convergence tarifaire sur les organisations soignantes en EHPAD | 12 |
| 1.1.4 La fusion en cours des 3 Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) bouleverse le fonctionnement des organisations | 15 |
| 1.2 L'automatisation de la DHIN comme moyen d'accompagnement de ces différents changements..... | 15 |
| 1.2.1 Un automate optimisant la sécurisation de la Prise en charge médicamenteuse en EHPAD | 16 |
| 1.2.2 Un automate permettant la réalisation d'économies par une meilleure gestion du médicament et un redéploiement des effectifs en pharmacie..... | 17 |
| 1.2.3 Un automate recentrant les infirmières sur le soin, leur cœur de métier..... | 18 |
| 2 Toutefois, l'acquisition de l'automate fait l'objet de nombreuses réticences qu'il convient d'analyser | 23 |
| 2.1 L'absence d'une méthodologie de gestion de projet au sein de l'établissement comme frein à la conduite du changement | 23 |
| 2.1.1 L'analyse du jeu des acteurs pour comprendre les réticences au changement | 23 |
| 2.1.2 L'inexistence d'un groupe de travail porteur du projet et fédérant les professionnels | 25 |
| 2.1.3 Une communication perfectible..... | 27 |
| 2.2 L'automatisation génère des répercussions sur l'organisation du travail des professionnels | 29 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.2.1 | L'absence d'anticipation des modalités informatiques et logistiques en amont de l'acquisition de l'automate | 29 |
| 2.2.2 | La crainte d'une perte de compétences et l'enjeu de la coordination avec les médecins libéraux soulevés par les IDE | 31 |
| 2.2.3 | L'aide à la prise du médicament génératrice d'une surcharge de travail et d'un accroissement de la responsabilité des aides-soignantes | 33 |
| 2.2.4 | Un transfert de charge de travail vers les préparateurs en pharmacie..... | 35 |
| 3 | Dans cet accompagnement au changement, le directeur dispose de plusieurs leviers permettant une plus grande adhésion des acteurs et un meilleur accompagnement des équipes | 38 |
| 3.1 | Réaffirmer la volonté politique d'une co-construction impliquant l'ensemble des professionnels..... | 38 |
| 3.2 | Construire un plan de communication afin d'informer l'ensemble du personnel et le territoire..... | 42 |
| 3.3 | Accompagner les professionnels par la formation et la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences | 43 |
| 3.4 | Pérenniser la démarche de qualité et gestion des risques..... | 44 |
| 3.5 | Les apports de ce mémoire pour un futur directeur | 46 |
| 4 | Conclusion..... | 48 |
| | Bibliographie | 49 |
| | Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM : Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
CASF : Centre d'Action Sociale et Familiale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CPFD : Centre fédératif prévention dépistage
CSP : Code de la Santé Publique
DCI : Dénomination Commune Internationale
DHIN : Délivrance Hebdomadaire Individuelle Nominative
DJIN : Délivrance Journalière Individuelle Nominative
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
ETP : Equivalent Temps Plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FEI : Fiche de signalement des événements indésirables
GEF : Gestion économique et financière
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IFAS : Institut de Formation des Aide-Soignants
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
OMEDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations
Thérapeutiques
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les établissements médico-sociaux n'ont pas été épargnés par la vague des restrictions budgétaires qui a touché le secteur sanitaire depuis quelques années. Aussi, pour les établissements sous convergence tarifaire négative, il s'est avéré indispensable de réfléchir à de nouvelles organisations et à de nouvelles répartitions de tâches entre professionnels.

Dès lors, face à l'importance de la sécurité du circuit du médicament, devant la raréfaction des ressources financières et l'apparition des nouvelles technologies, le Centre Hospitalier CNP a choisi de se doter d'un automate permettant d'automatiser la dispensation nominative des médicaments pour ses sept Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

La dispensation individuelle et nominative du médicament est recommandée dans la sécurisation du circuit du médicament en France depuis plusieurs années. Celle-ci consiste, sur la base d'une prescription médicale analysée par le pharmacien, à préparer des doses de médicaments, prise par prise, pour chaque résident, en identifiant ce dernier. La préparation des médicaments peut être effectuée soit quotidiennement dans le cadre d'une Délivrance Journalière Individuelle Nominative (DJIN), ou bien pour une semaine dans le cadre de la Délivrance Hebdomadaire Individuelle Nominative (DHIN). Compte-tenu du nombre important de ses EHPAD, le Centre Hospitalier a fait le choix de la DHIN.

Toutefois, cette DHIN manuelle ne semble pas répondre aux besoins actuels des organisations. D'une part, en termes de sécurité du médicament, la préparation des piluliers effectuée manuellement par les infirmières peut présenter un risque d'erreur humaine et donc d'évènement indésirable. D'autre part, la réduction de 5.5 ETP d'infirmiers suite à la convergence tarifaire ne permet plus aux EHPAD de fonctionner comme auparavant.

Ainsi, l'automate semble être un outil qui permettrait de répondre aux besoins des professionnels et des résidents. Afin d'optimiser la phase de préparation des médicaments, l'automate de dispensation à délivrance nominative va préparer les médicaments par patient et par heure de prise, à partir d'une prescription informatisée. Il associe, pour ce faire, des modules de conditionnement, de stockage et de préparation. Les avantages principaux de cette solution automatisée sont la garantie de la traçabilité de chaque médicament dispensé, la prise en compte de l'ensemble du circuit du médicament afin de le sécuriser, la libération de temps pour le personnel soignant ainsi que la meilleure gestion du stock de médicaments.

L'automate choisi par l'établissement est l'automate ACCED CPU de l'entreprise ECODEX. Cet automate de sur-conditionnement permet de ré-étiqueter le médicament, de découper les blisters et de les mettre en sachet avant de les distribuer dans des piluliers nominatifs.

Toutefois, il est important de préciser ici que l'automate choisi ne prépare que les formes orales sèches et ne peut dès lors réaliser la préparation des injectables.

L'arrivée prochaine de cet automate au sein du Centre hospitalier implique de repenser l'organisation du circuit du médicament en EHPAD. Celle-ci est particulièrement complexe, notamment dans la répartition des activités entre les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et les Aides-Soignants (AS). Par ailleurs, les EHPAD étant des lieux de vie, la réglementation concernant l'aide à la prise n'est pas tout à fait la même que la réglementation hospitalière.

Ces changements d'organisation en amont de l'arrivée de l'automate engendrent de nombreuses réticences et confusions auprès des différents acteurs. En effet, l'arrivée de celui-ci s'inscrit dans un contexte d'évolution de l'établissement depuis quelques années. D'une part, les trois sites ont fusionné en 2014, laissant encore aujourd'hui un sentiment d'inégalité de traitement entre les différents EHPAD. D'autre part, 5.5 Equivalents Temps Plein (ETP) infirmiers ont été retirés suite à la signature de la convention tripartite en décembre dernier avant l'arrivée de l'automate. Enfin, le regroupement des trois Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) sur le site de C. entraîne de nombreux points de blocage, notamment chez le pharmacien et les préparateurs en pharmacie.

Dans ce contexte, il m'a semblé intéressant d'analyser les nombreuses résistances qui ont vu le jour depuis quelques mois et de réfléchir aux différentes actions qui permettraient l'adhésion des professionnels au changement. Les réticences ainsi analysées sont celles qui émergent avant la mise en service de l'automate, ce dernier arrivant courant septembre.

Dès lors, je me pose la question suivante : quelles sont les résistances qu'un directeur d'établissement peut rencontrer lors d'un changement d'organisation du travail lié à l'acquisition d'un automate ?

L'automatisation de la dispensation nominative se veut être un outil permettant de répondre aux différents enjeux auxquels font face les EHPAD du Centre Hospitalier (I). Toutefois, alors qu'il doit être un appui pour les professionnels, cet automate fait l'objet de nombreuses réticences et confusions qu'il convient d'analyser (II). Dès lors, il convient de s'interroger sur les leviers à disposition du directeur pour insuffler ce changement et accompagner les professionnels (III).

Encart méthodologique

1) Techniques de collecte des données

La littérature : Ma première source d'informations sur le sujet a été la littérature. La conduite du changement était un sujet très large, j'ai souhaité cibler mes recherches sur le secteur sanitaire et médico-social et principalement sur la réorganisation du travail. La question du circuit du médicament en EHPAD étant relativement complexe, je me suis appuyée sur des revues professionnelles énonçant la réglementation à ce sujet.

Le questionnaire : J'ai utilisé le questionnaire afin d'obtenir des informations précises sur les avantages liés à l'automatisation de la dispensation nominative. Ce questionnaire, à destination des pharmaciens, avait comme objectif la confirmation de l'hypothèse selon laquelle l'automate permet de sécuriser le circuit du médicament et de gagner du temps IDE. Le questionnaire élaboré était un questionnaire de type administration directe composé de plusieurs questions fermées et d'une question ouverte. La question ouverte a permis aux professionnels de s'exprimer plus librement sur leur perception de l'automate.

L'observation directe : L'observation directe est la technique que j'ai le plus utilisée pour ce mémoire. En effet, elle permet de déceler des informations importantes qui alimentent la réflexion. Comme le décrit E.C HUGUES², « *Le travail de terrain sera envisagé ici comme l'observation des gens in situ : il s'agit de les rencontrer là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui, acceptable pour eux, permette d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe. Même dans le cas le plus favorable, il n'est pas facile de trouver la démarche appropriée* ». J'ai pu utiliser cette méthode de collecte des données lors de différentes réunions ayant trait à la réorganisation des services et à la procédure pré-automate. Lors de ces réunions, j'ai pu observer les réticences de chacun des acteurs. Les instances ont été également un vivier d'informations, notamment à travers les propos des organisations syndicales. Enfin, j'ai pu observer le fonctionnement de certains services en me rendant directement sur place. Pour recueillir les éléments les plus pertinents possibles et selon les préconisations de certains auteurs sur l'observation participante, j'ai élaboré une grille afin de me focaliser sur les informations à retenir pour la rédaction de ce mémoire.

² HUGHES, E.C. 1996. "La place du travail de terrain dans les sciences sociales.", in Le regard sociologique, Paris: EHESS, p.267.

L'entretien semi-directif : Cet outil de collecte de données est celui qui s'est avéré le plus pertinent dans le cadre de mon travail de recherche. En effet, lors des différentes réunions, j'ai pu noter les avis des acteurs participant à celles-ci afin de pouvoir les interroger par la suite.

2) Les biais des techniques de collecte des données

Le questionnaire : Le biais du questionnaire réside dans le risque d'absence de réponse à celui-ci. En effet, sur dix questionnaires envoyés, je n'ai eu que six réponses, malgré plusieurs relances. Par ailleurs, le questionnaire ne permet pas une véritable analyse des réponses aux questions fermées.

L'observation directe : Lors des instances avec les représentants du personnel, la parole était libre et il était aisé de saisir les enjeux des différents points abordés. Or, cela n'a pas été le cas lors de l'observation directe dans les services. En effet, j'ai eu l'impression que ma présence avait un impact sur le déroulement de la journée et que les activités faites ne relevaient pas nécessairement du quotidien. Ma présence semblait envoyer le signal qu'il fallait faire comme « on nous a dit de faire » et non pas « comme on le fait tous les jours ».

L'entretien semi-directif : La difficulté rencontrée ici était liée à mon statut d'élève directeur. Alors que je demandais au personnel ce qu'il pensait de l'organisation du projet d'automatisation, ceux-ci m'ont livré toutes leurs revendications, celles-ci dépassant parfois le champ d'investigation. Par ailleurs, lors de mes entretiens avec certains soignants, il me semblait que les propos n'étaient pas tout à fait sincères, comme si j'étais « l'espion » de la direction.

1 L'automatisation de la dispensation nominative est une réponse aux différents changements vécus par les EHPAD du Centre Hospitalier

Le Centre Hospitalier CNP a connu plusieurs évolutions marquantes ces dernières années. Ces changements ont impacté les organisations des différents EHPAD ainsi que leur fonctionnement (1.1). Dès lors, l'établissement a décidé d'acquérir un automate permettant la dispensation nominative des médicaments. Celui-ci présente plusieurs avantages que sont la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD, la réalisation d'économies et le recentrage des IDE sur leur cœur de métier (1.2).

1.1 Les EHPAD du Centre Hospitalier ont vécu de nombreux changements ayant des répercussions sur l'organisation du travail

Saisir l'impact des changements organisationnels sur les EHPAD du Centre hospitalier nécessite de comprendre tout d'abord le fonctionnement des différents EHPAD (1.1.1). Un audit réalisé sur le circuit du médicament en EHPAD a mis en exergue certains dysfonctionnements organisationnels qui remettent en cause la sécurité de la PECM (1.1.2). Par ailleurs, la convergence tarifaire touchant la dotation soins, la majorité des EHPAD a dû revoir son organisation infirmière (1.1.3). Enfin, le regroupement en cours des trois PUI ne fait qu'exacerber les tensions actuelles sur les différents sites (1.1.4).

1.1.1 Présentation de l'établissement et de ses EHPAD

Le Centre Hospitalier CNP est un établissement public de santé qui a été créé au 1er Janvier 2014 par la fusion des centres hospitaliers de C., N. et P. Il se situe au cœur d'un premier cercle d'environ 25 kms de diamètre comprenant sept hôpitaux locaux. Au centre d'un deuxième cercle d'environ 75 kms, on trouve trois Centre Hospitalier Universitaires (CHU) ainsi qu'une offre de nombreuses cliniques. Enfin, entre les deux cercles, six petits centres hospitaliers sans aucun centre hospitalier de type recours. Une des forces de l'établissement est la présence de nombreux établissements scolaires qui l'entourent et permettent de tisser des liens intergénérationnels.

Pour ce qui est de l'offre de soins, le Centre Hospitalier est doté :

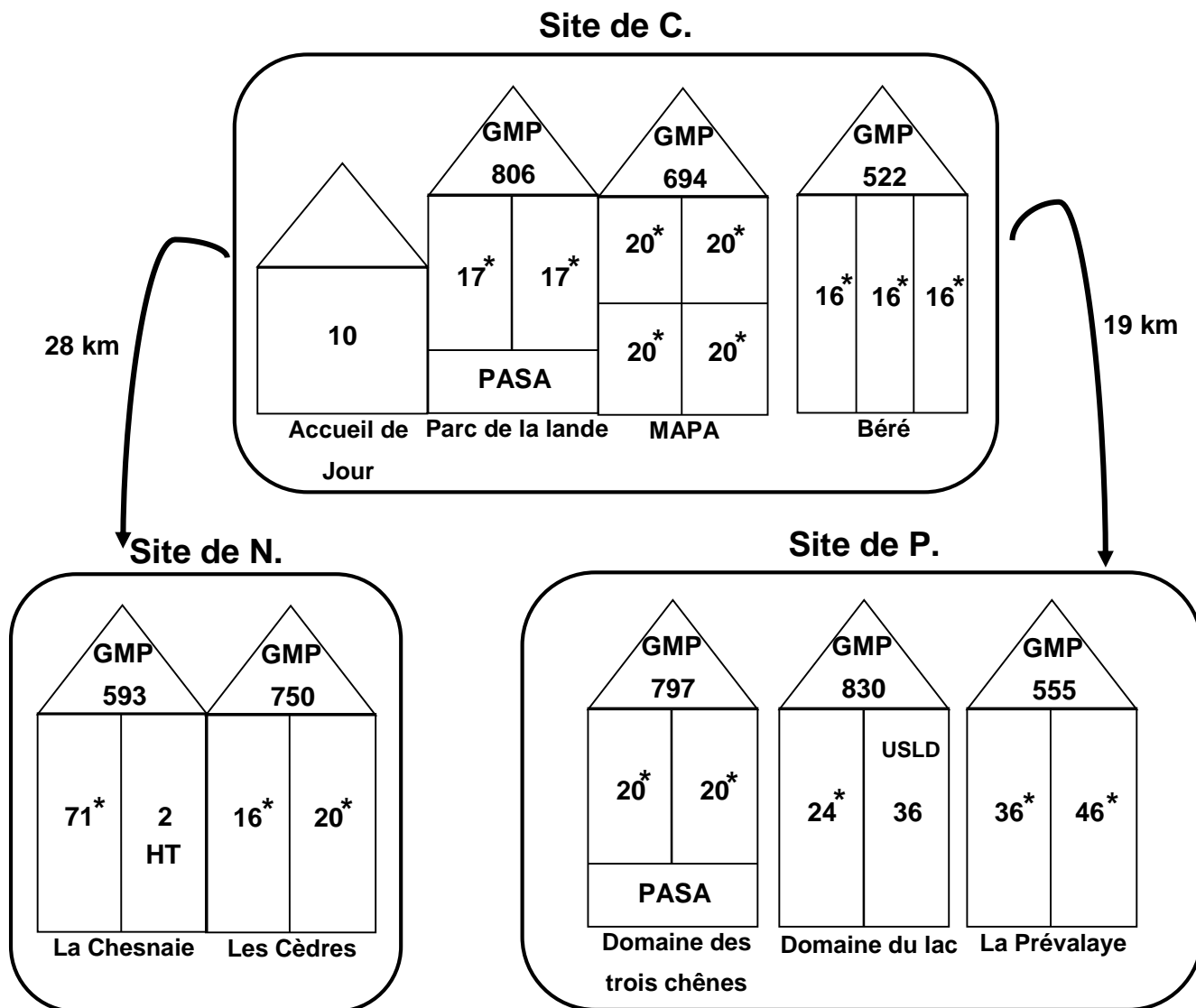
-d'un pôle Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) de 116 lits ou places

- d'une équipe mobile de soins palliatifs et d'une équipe mobile gériatrique
- d'un service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) de 132 lits
- d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) de 66 lits
- d'un Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)
- d'un Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF)
- d'un Centre fédératif prévention dépistage (CFPD)
- d'un Institut de Formation Infirmiers (IFSI) Aides-Soignants (IFAS)

L'établissement dispose également d'une filière gériatrique complète pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés :

- Un accueil de jour
- Une Unité Cognitivo Comportementale (UCC)
- Deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) : 1 sur le site de C. et 1 sur le site de P.
- Un hôpital de jour gériatrique aigu
- Un court séjour gériatrique
- Des consultations gériatriques ainsi que des consultations mémoire
- Des évaluations gériatriques
- Des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
- L'autorisation de créer une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR)

Les EHPAD du Centre Hospitalier comptent, au total, 463 places. Ils sont répartis de la façon suivante :



* nombre de places

HT : hébergement temporaire

1.1.2 L'existence de pratiques professionnelles inadaptées dans la prise en charge médicamenteuse des résidents révélées par un audit

Il n'existe aujourd'hui aucune réglementation propre à la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD. Dès lors, la réglementation en vigueur est le plus souvent celle qui est appliquée dans le secteur hospitalier.

L'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des substances vénéneuses³ fait état de la nécessité d'organiser la prise en charge médicamenteuse afin de limiter les événements indésirables liés aux médicaments. L'arrêté du 6 avril 2011 relative au management de la prise en charge médicamenteuse⁴, dont les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont exclus, insiste notamment sur l'élaboration d'un programme d'actions assortis d'indicateurs de suivi dans la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM), la nécessaire désignation d'un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, la formalisation par la direction des responsabilités, autorités et délégations de responsabilité de son personnel à toutes les étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse ainsi que la définition d'un plan de formation pluriannuel afin d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Face à cette réglementation relativement floue sur le circuit du médicament en EHPAD, de nombreux rapports et recommandations ont été publiés à ce sujet afin de guider les directeurs d'établissement et les professionnels. Le rapport considéré comme référence dans ce domaine est le rapport Verger⁵ qui permet de balayer toutes les étapes de la PECM en EHPAD et de délimiter les compétences de chaque acteur. Par ailleurs, les recommandations de la Haute Autorité de Santé⁶, celles de l'Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM)⁷ ainsi que les publications de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)⁸ contribuent à alimenter les bonnes pratiques des professionnels. Enfin, depuis plusieurs années, les Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMEDIT) publient des outils de diagnostics et des fiches repères permettant aux professionnels d'auditer leurs pratiques et d'améliorer celles-ci pour sécuriser davantage la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.

³ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés. [en ligne]. Journal officiel n°77 du 1^{er} avril 1999. [visité le 13 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005627734>

⁴ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. 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 [en ligne]. Journal officiel n°0090 du 16 avril 2011. [visité le 13 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>

⁵ VERGER P., décembre 2013, Rapport sur la politique du médicament en EHPAD, 125 p.

⁶ HAS, 2013, Outils de Sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 179 p.

⁷ ANESM, juillet 2017, Fiche-repère Prise en charge médicamenteuse en EHPAD, 14p.

⁸ ANAP, mars 2017, « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD », 51p.

L'objet de ce mémoire n'est pas décrire les différentes étapes du circuit du médicament. Cependant, ce schéma permet de les mettre en relation avec les professionnels concernés⁹.

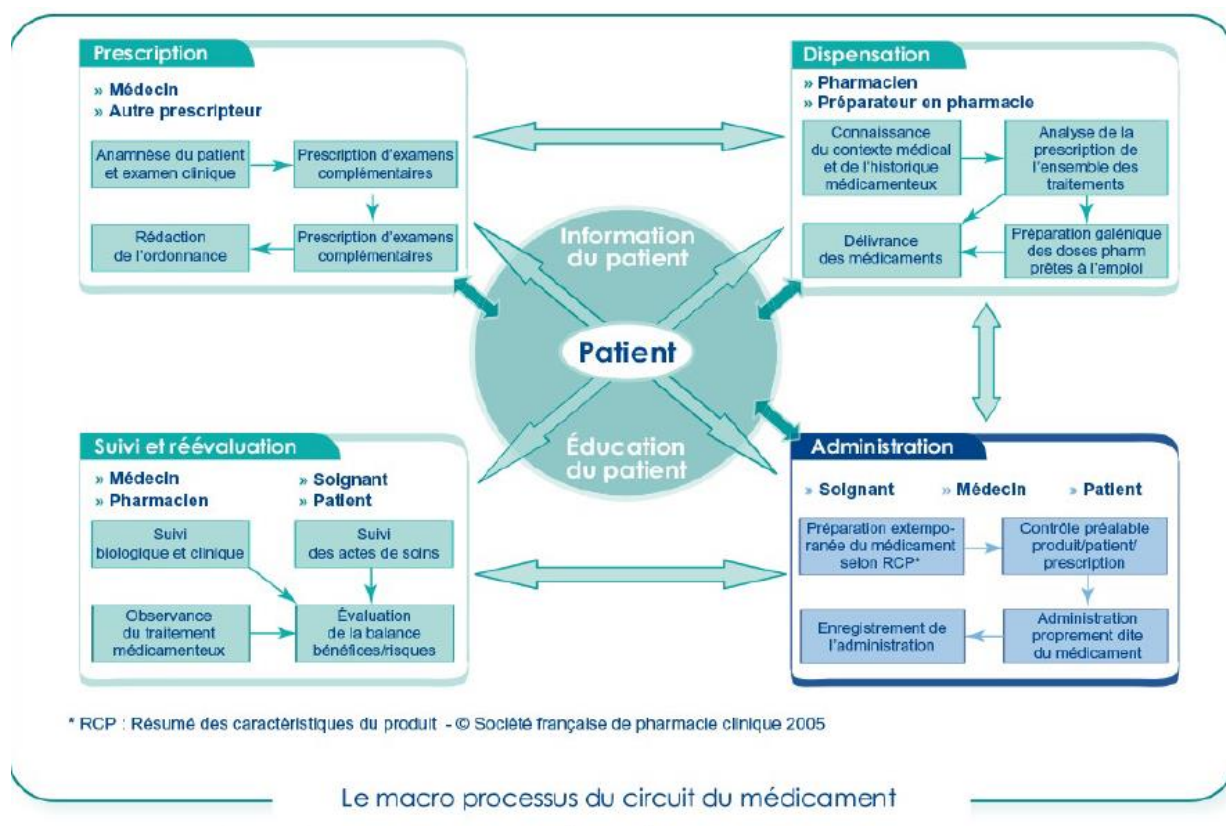


Figure 1 : Macro processus du circuit du médicament- source IGAS/ Société française de pharmacie clinique.

En juin 2015, le directeur de l'établissement a missionné le directeur des écoles du Centre Hospitalier pour la réalisation d'un audit sur le circuit du médicament. En effet, de nombreux évènements indésirables étaient remontés à la direction, mettant en cause la prise en charge médicamenteuse des résidents. Le regard extérieur et la connaissance institutionnelle de l'auditeur lui ont permis de rédiger un constat des pratiques en toute objectivité et de présenter des préconisations à la direction.

L'audit réalisé a mis en lumière l'existence de pratiques hétérogènes sur les différents sites et EHPAD, mettant parfois en péril la santé du résident.

⁹ HAS, mai 2013, Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, 175 p., [visité le 29.01.2017], consultable sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments.

L'analyse du circuit du médicament sur le site de C. vèle plusieurs points critiques. Tout d'abord, au sein de la MAPA, les traitements buvables et les gouttes préparés la veille sont mélangés ensemble dans un petit pot fermé par un couvercle. Cette organisation permet la distribution des traitements par les AS en absence de l'IDE. Or, les gouttes ou les traitements buvables ouverts doivent être administrés le plus rapidement possible car leur biodisponibilité varie dans le temps. En outre, le mélange de plusieurs médicaments est de nature à limiter ou rendre inefficace le traitement ainsi qu'à favoriser le risque iatrogène. En ce qui concerne l'organisation de l'aide à la prise, les aides-soignantes vont aider à la prise des médicaments le midi ainsi que le soir.

Sur le Parc de la Lande, les évènements indésirables rencontrés sont identiques car, à nouveau, les gouttes et les solutions buvables sont mélangées. Pour ce qui est de l'organisation de l'aide à la prise, les AS vont administrer les médicaments le matin et le soir à deux services, ceux-ci ayant été préparés par les IDE. Les IDE, quant à elle, vont donner les traitements le matin aux unités restantes et le midi dans toutes les unités. Le soir, elles les donnent dans les deux unités restantes. Le WE, l'IDE est seule et donne les traitements le matin et le soir dans deux unités et le midi dans les quatre unités.

Aucun dysfonctionnement majeur n'a été repéré sur la maison de retraite de Béré. En ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse au sein de cet EHPAD, l'aide à la prise du lundi au samedi est effectuée par les AS dans chaque unité pour le matin, le soir et la nuit. L'IDE, quant à elle, va le midi distribuer les médicaments dans la salle de séjour. Les dimanches et jours fériés, l'IDE va distribuer les médicaments le matin dans une unité et l'AS dans les autres unités. Le midi et le soir, l'IDE distribue les médicaments sur l'ensemble de la maison de retraite dans les salles de séjour.

L'audit du circuit du médicament de N. relève plusieurs dysfonctionnements dans la PECM des résidents. Pour l'administration des médicaments, les traitements sont donnés dans la salle à manger et déposés sous le bol du résident à la Chesnaie le matin. Cette organisation permet au résident de venir à l'heure qui lui convient pour prendre son petit-déjeuner. Toutefois, le risque d'erreur dans la prise du médicament est important car un résident peut se tromper de médicament sans que personne ne s'en aperçoive. Sur les Cèdres, les traitements sont administrés au fur et à mesure de l'arrivée des résidents à table principalement par l'aide-soignant. Le midi, c'est l'IDE qui donne les traitements de tous les résidents sur toutes les unités à l'exception du week-end où l'IDE administre les traitements seulement sur la Chesnaie. Le soir, ce sont les AS qui vont administrer les médicaments sur les Cèdres et l'IDE sur la Chesnaie. La nuit, les traitements sont déposés dans de petites boîtes à cases qui donnent satisfaction et qui sont toutes identifiées au nom du résident.

La particularité du site de N. est que les piluliers sont d'ores et déjà préparés par la pharmacie, réduisant le risque d'erreur par les IDE. A la réception des semainiers, l'IDE les vérifie tous. Cependant, l'audit montre que tous les médicaments sont écrasés y compris pour les formes à libération prolongée. Or, si l'écrasement des médicaments est fréquent au sein des EHPAD, on ne tient pas compte des données pharmacologiques et pharmaceutiques ni des règles basiques de préparation. Il existe donc un risque iatrogène lié à la modification initiale de la composition du médicament.

Par ailleurs, les gouttes sont mélangées dans le même pot avec les mêmes risques de iatrogénie médicamenteuse.

Sur le site P. , la préparation des traitements est faite à partir des prescriptions imprimées de GENOIS et des prescriptions. Les traitements ne sont pas déblistérés mais découpés et non identifiables jusqu'à la prise, contrairement à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse selon lequel « *les médicaments doivent rester identifiables jusqu'au moment de l'administration* ». L'IDE distribue les traitements dans une unité et l'AS commence l'administration dans une autre même temps que les petits déjeuners. L'IDE rejoint l'AS pour poursuivre la distribution des traitements et notamment des gouttes. Le midi, chaque IDE va distribuer les médicaments et déblistère dans chaque salle à manger les traitements. Le soir, l'IDE va distribuer les traitements dans les deux secteurs et laisser les chariots dans les salles à manger pour le lendemain matin. La nuit, les traitements sont préparés par les IDE dans des pots individuels et nominatifs et administrés par l'AS.

Sur le domaine du Lac, les semainiers sont préparés par l'IDE de nuit de l'USLD qui prépare les semainiers pour les 24 résidents. Le matin, la distribution est faite par l'IDE, de même que le midi et le soir. La nuit, la distribution est faite par l'IDE de l'USDL ou par les AS.

Sur le domaine des trois chênes, la préparation des médicaments est journalière. L'IDE déblistère l'après-midi les médicaments du soir, avec le même problème d'identification. Les gouttes sont mélangées dans des pots en verre où sont inscrits au stylo feutre l'identité du résident. Les médicaments sont écrasés et tous mélangés. Pour la distribution, le matin elle est faite par l'IDE, le midi par l'IDE, le soir par l'IDE et les traitements sont préparés en début d'après-midi. Ainsi, des comprimés sont préparés dans de la compote dès 14h pour être administrés le soir.

Ainsi, cet audit a révélé l'existence de mauvaises pratiques préalables à l'administration des médicaments. Il s'agit notamment :

- De l'absence de vérification de la concordance entre le contenu du pilulier et l'identité du patient
- De l'absence de contrôle de l'identification, du dosage, de la péremption et de l'aspect du médicament
- De l'absence de vérification de la compatibilité de la forme galénique du médicament à absorber avec l'état du patient

L'ensemble de ces contrôles doit être effectué par les IDE. Or, lors de certaines prises, ce sont les AS qui effectuent ce contrôle afin de libérer du temps aux IDE.

1.1.3 L'impact de la convergence tarifaire sur les organisations soignantes en EHPAD

La nouvelle convention tripartite a été signée fin décembre 2016. Dans le cadre de cette convention tripartite et d'une convergence tarifaire négative, le CH a dû procéder à une redéfinition des moyens alloués par l'Agence Régionale de Santé (ARS). La dotation soins s'en trouve impactée pour un montant de 250 000 euros.

Dès lors, si les effectifs de la convention tripartite précédente étaient de 26.20 ETP, ceux de la nouvelle convention tripartite sont de 20.70 ETP, soit moins 5.5 ETP.

La nouvelle répartition des effectifs qui a été définie souhaite répondre aux objectifs suivants :

- Répartir de façon équilibrée les effectifs sur les différents sites et bâtiments
- Recentrer les infirmières sur leur cœur de métier
- Organiser les effectifs en fonction du rythme de vie et des activités des résidents

Domaine de la Prévalaye- P.

| Nombre de places | GMP au 03/01/2017 | Organisation Actuelle | Convention tripartite | Ratio d'encadrement |
|------------------|-------------------|---|---|---------------------|
| 82 | 498 | 3 IDE par jour et 2 le WE Soit 5 ETP | 2 IDE par jour du Lundi au Vendredi en 7.5h. 1 IDE le WE en 10h soit 3.20 ETP 5-3.20=1.80 ETP | $3.20/82 = 0.04$ |

Béré + MAPA + Parc de la Lande- C.

Les 3 sites sont pris ensemble car les IDE s'auto-remplacent.

| Nombre de places | GMP au 03/01/2017 | Organisation Actuelle | Convention tripartite | Ratio d'encadrement |
|---|---|--------------------------|---|------------------------|
| MAPA : 80 Béré : 48 Parc de la lande : 34 | MAPA : 650 Béré : 483 Parc de la Lande : 751 | 9 ETP | 4 IDE par jour du Lundi au Samedi et 3 le Dimanche en 7.5h soit 6.80 ETP 9-6.80=2.2 ETP | 6.80/162 = 0.04 |

Domaine des trois chênes- P.

| Nombre de places | GMP au 03/01/2017 | Organisation Actuelle | Convention tripartite | Ratio d'encadrement |
|---------------------|----------------------|---|---|------------------------|
| 80 | 749 | 4 IDE par jour et 3 le WE soit 6.8 ETP | 2 IDE par jour en 10h soit 4.8 ETP 6.8-4.80= 2 ETP | 4.80/80 = 0.06 |

Domaine du lac- P.

| Nombre de places | Dernier GMP au 03/01/2017 | Organisation Actuelle | Nouvelle répartition | Ratio d'encadrement |
|------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| 24 | 875 | 0.80 ETP | SANS CHANGEMENT | 0.80/24=0.03 |

La Chesnaie- N.

| Nombre de places | GMP au 03/01/2017 | Organisation Actuelle | Convention tripartite | Ratio d'encadrement |
|------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| 71 | 580 | 3.4 ETP | SANS CHANGEMENT | 3.4/71=0.04 |

Le Cèdre- N.

| Nombre de places | GMP au 03/01/2017 | Organisation Actuelle | Convention tripartite | Ratio d'encadrement |
|------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| 36 | 723 | 1.70 ETP | SANS CHANGEMENT | 1.70/36= 0.04 |
| | | | | |

TOTAL 1.80+2.2+2= **6 ETP** dont 0.5 pour les mensualités de remplacement d' été.

Cette nouvelle organisation a fortement affecté le fonctionnement des différents EHPAD. En effet, si les conséquences de la convergence tarifaire étaient connues de l'ensemble des professionnels, l'impact de celle-ci est plus important qu'ils envisageaient. Ainsi, les infirmières étant parfois réparties sur différentes unités, il est difficile de les contacter en cas de besoin, laissant les aides-soignants dans des situations difficiles au regard du degré de dépendance de plus en plus élevé des résidents. Les professionnels tendent alors à confondre les effets de la convergence tarifaire avec les différents projets en cours, dont celui de l'automatisation.

« L'automate va servir à diminuer encore le nombre d'infirmières alors qu'il est déjà beaucoup trop difficile de fonctionner en ce moment avec des infirmières en moins ».

IDE 2

Par ailleurs, les cadres de santé ont également exprimé leur mécontentement suite à la signature de la convention tripartite, estimant que cette dernière s'appuie sur un Gir Moyen Pondéré (GMP) qui ne reflète pas la réalité. En effet, il s'est avéré que les soignants ne maîtrisent pas assez les critères d'évaluation du Groupe Iso-Ressources (GIR). Dès lors, l'autonomie du résident se trouve faussement augmentée, ce qui entraîne une GMP plus faible.

« Il faut absolument former à nouveau les professionnels sur l'évaluation de la dépendance. Avec eux, on a presque que des GIR 5 ou des GIR 6, ce n'est pas normal ! Le problème c'est que, pour eux, un résident qui fait sa toilette, même avec de l'aide, c'est un résident qui est peu dépendant ! C'est pareil pour le repas ! Sauf que c'est pas la même chose quand un résident est capable de se déplacer pour manger car il a faim et lorsque c'est le personnel qui va le déplacer à la salle à manger ! On se retrouve avec des GIR complètement faussés « !

Cadre de santé 2

1.1.4 La fusion en cours des 3 Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) bouleverse le fonctionnement des organisations

Suite à la fusion des trois sites en 2014, il a été décidé qu'en 2017 les 3 PUI encore en place sur les trois sites se regrouperaient sur le site de C.. Cette fusion n'est pas sans poser de nombreux problèmes en termes d'organisation autour du circuit du médicament. En effet, actuellement, chaque site dispose de sa propre PUI et s'organise avec elle en ce qui concerne la livraison des médicaments ou encore les bons de commandes. Aussi, il n'est pas rare que les cadres de santé du site de P. se rendent régulièrement à la pharmacie qui est à proximité immédiate. En outre, sur le site de N., c'est la pharmacie qui prépare les médicaments et non les infirmières des différentes unités. Dès lors, la fusion exacerbe les tensions entre les différents sites car elle nécessite une organisation totalement différente. Il est ainsi nécessaire de mettre en place des transports permettant d'acheminer les médicaments sur les différents sites, d'organiser les horaires de livraison au regard du fonctionnement des différents EHPAD ou encore d'informatiser l'ensemble des sites afin de faciliter le travail de la pharmacie.

Face à ces évolutions concomitantes et après une réflexion engagée il y a quelques années, le CH a décidé d'acquérir un automate. Celui-ci semble répondre à plusieurs objectifs comme la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, la réalisation d'économies mais également le recentrage des IDE sur le soin suite à la convergence tarifaire. Dès lors, l'automate est considéré, par la direction, comme un outil permettant d'accompagner les professionnels face à ces évolutions.

1.2 L'automatisation de la DHIN comme moyen d'accompagnement de ces différents changements

L'acquisition d'un automate présente plusieurs avantages pour les EHPAD du Centre hospitalier. Tout d'abord, l'automatisation de la dispensation nominative sécurise davantage la prise en charge médicamenteuse en EHPAD (1.2.1). De plus, l'automate va permettre de générer une source d'économies par une meilleure gestion du médicament et par un redéploiement des préparateurs en pharmacie (1.2.2). Enfin, cette solution automatisée a comme objectif de recentrer les IDE sur le soin en se chargeant de la phase de préparation des médicaments (1.2.3).

1.2.1 Un automate optimisant la sécurisation de la Prise en charge médicamenteuse en EHPAD

L'audit du médicament réalisé sur l'ensemble des EHPAD du Centre Hospitalier a révélé des pratiques hétérogènes propres au circuit du médicament. Certaines d'entre elles remettent en question la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du résident. Dès lors, l'acquisition d'un automate réalisant la dispensation nominative des médicaments est considéré comme un outil qui permettrait de remettre au cœur de la dispensation nominative la sécurité du résident en diminuant, notamment, les risques de iatrogénie médicamenteuse.

La iatrogénie médicamenteuse est définie par le Haut Comité de la Santé Publique en 1996¹⁰ comme « *toutes les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé* ». Ces risques de iatrogénie médicamenteuses touchent tout particulièrement les résidents en EHPAD. En effet, chez les personnes âgées, les conditions d'absorption et d'élimination des médicaments sont modifiées du fait du vieillissement. Celles-ci souffrent également de poly-pathologies qui donnent lieu à la multiplication des prescriptions médicamenteuses et l'apparition rapide d'effets secondaire. Certains cas de iatrogénie médicamenteuse sont liés à des erreurs dans la préparation du médicament. Par exemple, un médicament rangé dans le mauvais pilulier par une infirmière. Une étude de la Haute Autorité de Santé démontre ainsi que la iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les personnes âgées et de près de 20% chez les octogénaires. Pour 30 à 60% d'entre eux, ces effets indésirables seraient prévisibles et évitables¹¹.

Une des solutions permettant de prévenir et d'éviter ces hospitalisations est l'automatisation de la dispensation nominative des médicaments. Dans son guide de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, la HAS relève que les nouvelles technologies réduisent de 30 à 40% les événements indésirables liés au médicament. En effet, l'automatisation permet d'éviter les erreurs humaines liées à la multiplicité des formes galéniques des médicaments, à la mauvaise répartition par prise ou au mauvais dosage. Selon les réponses apportées au questionnaire que j'ai envoyés à des pharmaciens exerçant dans des hôpitaux équipés d'un automate, la plupart de ces erreurs

¹⁰ Déclarations de M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, sur la politique de prévention et de réduction des risques sanitaires, l'organisation de la sécurité sanitaire notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales et plus généralement contre les affections iatrogènes, et la préparation des Etats généraux de la santé, Paris les 22 juin et 7 juillet 1998. Site internet : <http://www.vie-publique.fr/cdp/notices/983001966.html>

¹¹ LEGRAIN S., 2005, HAS, « Consommation Médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogène et observance », 16 p.

humaines sont liées à une surcharge de travail, un environnement qui ne permet pas de se concentrer uniquement sur la préparation du médicament ou encore une interruption de tâches. Cette interruption de tâches, définie comme « tout évènement non prévu entraînant une pause dans réalisation de la tâche en cours ¹²» est souvent rapportée dans les FEI concernant les médicaments. Elle a le plus souvent lieu lors de la préparation des médicaments par l'infirmière et correspond principalement au moment où elle va devoir répondre à un appel ou lors de l'aide à la prise par l'aide-soignant quand un résident vient l'interpeller.

Afin de sécuriser de manière optimale la prise en charge médicamenteuse du résident, le choix de l'établissement s'est porté sur l'automate ACCED 110 CPU commercialisé par l'entreprise ECODEX. Cet automate permet de préparer et de dispenser nominativement les formes orales sèches par surconditionnement. Afin de recentrer davantage les infirmières sur le soin en leur évitant la préparation des piluliers, l'établissement a choisi l'option sachet repas qui consiste à préparer les médicaments sous blister et à les ranger ensemble dans des piluliers de 1/7 suivant quatre moments de prise. Les produits qui ne sont pas automatisés sont, quant à eux, transmis via une douchette qui permet le traçage de cette cueillette manuelle additionnelle. Avec la dispensation nominative automatisée, les piluliers sont ainsi dotés d'une étiquette électronique reprenant les informations du résident et l'automate prépare les doses en séparant selon les horaires, avec le nom du patient sur chaque comprimé.

1.2.2 Un automate permettant la réalisation d'économies par une meilleure gestion du médicament et un redéploiement des effectifs en pharmacie

Un autre des intérêts de l'automatisation est celui d'une meilleure gestion du médicament, dès lors génératrice d'économies. Cette gestion optimisée des médicaments repose notamment sur :

- Une maîtrise des prescriptions par le développement de l'analyse pharmaceutique. Cette analyse pharmaceutique des prescriptions sera facilitée par l'informatisation de l'ensemble des sites, préalable à toute automatisation.
- Une économie sur les médicaments jetés ou périmés grâce à l'optimisation de la gestion des stocks, à l'identification et la traçabilité des médicaments en temps réel.
- Une meilleure gestion des retours des médicaments non administrés. En effet, on trouve souvent dans les différents services « un sur-stockage et un mauvais suivi de la rotation

¹² BERRA J., PIRIOU V., MICHEL P., décembre 2005, « Faut-il diminuer les interruptions de tâches en établissement de santé ? » *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 4, n°12, p 40.

des stocks qui va favoriser le nombre de produits qui dorment, la perte de produits périmés¹³». Avec l'automate, les médicaments qui ne sont pas pris par les résidents ou les non-distribués pourront être réintégrés au sein du circuit de l'automate car ils seront toujours identifiables.

La volonté de s'équiper d'un automate peut être également celle de réduire les effectifs sur certains postes. En effet, tout donne à penser qu'avec la fonction de préparation des médicaments, l'automate effectue une partie des activités des IDE. Or, cette potentielle source d'économies doit être étudiée au regard de l'actualité de chaque établissement. En effet, la convergence tarifaire a conduit l'établissement à supprimer 5.5 ETP d'IDE ainsi qu'à repenser l'organisation des EHPAD. Dès lors, comme le souligne le directeur des soins, il est difficile de réduire davantage le temps de présence IDE dans chaque EHPAD. Aussi, l'automate a comme objectif de soutenir les infirmières face à ces réorganisations en préparant les piluliers, sans aucune suppression de poste.

En revanche, la fusion des PUI ainsi que l'arrivée de l'automate laissent présager une réduction du nombre de préparateurs en pharmacie puisque un nombre aussi élevé de préparateurs n'est pas requis sur une PUI unique. Par ailleurs, l'automatisation ne demande plus la nécessité d'effectuer toutes les phases de cueillette et de gestion des stocks réalisées auparavant par les préparateurs, ce qui justifie un redéploiement de ceux-ci sur d'autres activités.

1.2.3 Un automate recentrant les infirmières sur le soin, leur cœur de métier

La réglementation régissant les compétences des IDE et des AS est différente que l'on soit en établissement de santé ou bien en EHPAD. En effet, ce dernier est considéré comme un véritable lieu de vie et les attributions en termes de compétences sont différentes. Dès lors, il semble opportun de s'intéresser ici à la répartition des compétences entre IDE et AS en EHPAD.

Tout d'abord, l'article R 4311-1 du Code de la Santé Publique (CSP) donne la définition de la profession d'infirmier : « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.* »

¹³ CHATENET C., SEHIER R., mars-avril 2005, « Systèmes de délivrance », *Techniques hospitalières*, n°690, pp. 8-16.

La définition du rôle propre de l'IDE, quant à elle, se trouve dans l'article R 4311-3 du CSP :
« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. (...) il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Concernant les compétences des AS, l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant¹⁴ rappelle que celles-ci n'ont pas de rôle propre et donc qu'elles interviennent nécessairement en collaboration et sous la responsabilité de l'IDE. Leurs activités concerneront les fonctions d'entretien et d'accompagnement à la vie quotidienne.

Les relations entre les infirmiers et les aides-soignants sont régies par l'article R. 4311-4 du Code de la Santé Publique (CSP) selon lequel « *la collaboration des aides-soignants est organisée sous la responsabilité de l'infirmier qui encadre les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture ou les aides médico-psychologiques* ». Les termes employés dans cet article du Code de la Santé Publique sont intéressants et sont souvent oubliés dans la pratique. En effet, au cours des différentes réunions auxquelles j'ai assisté, l'emploi du mot « délégation par les IDE » était redondant et utilisé pour caractériser l'acte d'administration des médicaments par les AS. Or, dans les textes précédemment cités, il est bien question non pas d'une délégation mais d'une collaboration qui caractérise véritablement le lien d'autorité entre IDE et AS. Aussi, selon le dictionnaire Larousse, « collaborer » signifie « *travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions : participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune* ». Afin que cette collaboration soit effective, l'acte confié à l'AS par l'IDE doit être, d'une part, un acte relevant du rôle propre de l'IDE et , d'autre part, il doit être inclus dans le programme d'études et dans la formation permettant d'acquérir le diplôme professionnel d'aide-soignant.

L'IDE est ainsi investie d'un véritable rôle d'encadrement des AS consistant notamment à vérifier que celles-ci ont la qualification et la compétence pour accomplir les

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant [en ligne]. Journal officiel n° 26464 du 13 novembre 2005. [visité le 13 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/10/22/SANP0523995A/jo/texte>.

activités qui leur sont dévolues. De ce rôle d'encadrement découle également l'obligation, pour l'IDE, de contrôler les actes effectués par les AS placés sous sa responsabilité. Ce principe n'est pas forcément bien appréhendé par les professionnels qui comprennent que la présence infirmière doit être permanente, ce qui est très rare en EHPAD où le plus souvent il n'y a pas d'IDE de nuit. Il s'agirait plutôt de faire en sorte que l'AS puisse bénéficier de l'assistance de l'IDE dès qu'elle en ressent la nécessité.

Le rôle des aides-soignantes dans le circuit du médicament en EHPAD résulte de cette collaboration. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour clarifier leurs compétences en ce domaine.

Le Conseil d'Etat a tout d'abord rendu un avis le 22 Mai 2002¹⁵ estimant que les aides-soignantes sont compétentes pour distribuer les médicaments quand il s'agit d'apporter une aide ou un soutien à une personne qui a perdu son autonomie, ce qui est le cas en EHPAD.

L'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant précise quant à lui que l'aide-soignant aide à la prise du médicament et dispose de connaissances en ce domaine. Ces connaissances lui sont apportées par le module 3 « les soins », selon lequel les étudiants doivent disposer de connaissances sur « l'aide aux soins réalisés par l'infirmier (...) et la prise de médicaments sous forme non injectable ». L'aide-soignant est donc compétent pour apporter le médicament au résident, c'est-à-dire l'aide à la prise.

L'article 124 de la loi relative à l'Hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a complété le Code de l'action sociale et des familles (CASF) en y ajoutant l'article L 313-26 selon lequel « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

¹⁵ Conseil d'Etat, 8 / 3 SSR, du 22 mai 2002, 233939, inédit au recueil Lebon.

En vertu de ces différentes dispositions, l'aide-soignante pourra aider à la prise du médicament si plusieurs conditions sont réunies. Tout d'abord, le mode de prise du médicament ne doit pas présenter de difficulté d'administration ou d'apprentissage particulier, le médicament devant obligatoirement être pris par voie orale. Ensuite, la prescription médicale doit préciser si l'intervention d'auxiliaires médicaux est nécessaire. Si celle-ci est jugée nécessaire par le médecin prescripteur, la prise du traitement ne s'apparente pas à un acte de la vie quotidienne et l'aide-soignante ne pourra pas administrer le médicament. Le rôle de contrôle et de supervision de l'IDE sera celui de vérifier la réalité de l'administration du médicament par l'AS en regardant que celui-ci l'a bien notifié par écrit.

Le dépassement de tâches réalisé par un AS relève de la responsabilité pénale comme le précise l'article L 4314-4 du Code de la Santé Publique selon lequel : « *l'exercice illégal de la profession d'infirmier ou d'infirmière est puni de 3750 euros d'amende et, en cas de récidive, de cinq mois d'emprisonnement et 7500 euros d'amende* ».

L'acquisition d'un automate va permettre au Centre Hospitalier de recentrer les infirmières des différents EHPAD sur le soin, leur cœur de métier. En effet, la direction a décidé de retravailler l'organisation actuelle des EHPAD en généralisant l'aide à la prise du médicament par les AS. Tout d'abord, l'automatisation permet d'affranchir les infirmières des phases de préparation des piluliers, des commandes et du rangement des médicaments. Ces activités de préparation sont considérées par les infirmières comme des activités chronophages et sans grande valeur ajoutée qu'il conviendrait de réduire ou de supprimer pour se concentrer davantage sur les soins. En effet, selon le rapport Verger¹⁶, cette tâche « occupe 20 à 30% de leur temps de travail, alors que la ressource en temps IDE n'est que de 9% en moyenne ». Au Centre Hospitalier, la direction des soins a évalué le temps passé pour la préparation manuelle des semainiers à 45 minutes pour un service de 20 résidents. Par comparaison, le temps passé par l'automate à la préparation des médicaments est estimé à une heure pour 15 patients pour 8 jours, ce qui justifie son acquisition pour recentrer les IDE sur le soin.

Il est difficile à l'heure actuelle de déterminer le temps IDE gagné grâce à l'automatisation, notamment du fait de la suppression récente de 5.5 ETP. S'il est difficile de quantifier avec précision ce gain de temps, il est envisagé que les IDE reprennent ce véritable rôle d'encadrement auprès des aides-soignantes qui leur est dévolu. Ce rôle renforcé d'encadrement se justifie notamment du fait du transfert total de l'aide à la prise du médicament des IDE vers les AS. L'objectif affiché ici est celui de renforcer la collaboration

¹⁶ VERGER P., décembre 2013, Rapport sur la politique du médicament en EHPAD, 125 p.

entre les aides-soignantes et les infirmières en faisant de ces dernières de véritables référentes.

Cependant, il convient de préciser ici que si les infirmières se retrouvent déchargées de la préparation des médicaments et des piluliers, elles conservent leur rôle de contrôle des piluliers permettant de vérifier la concordance entre la prescription, la phase de préparation et l'administration au résident.

Synthèse partie 1 :

Cette première partie démontre que le choix d'acquérir un automate de dispensation nominative des médicaments s'est fait au regard du vécu de l'établissement ces trois dernières années. En effet, la fusion des trois établissements en 2014 ainsi que celle des PUI ont engendré de nombreuses crispations au sein du personnel qui a été redéployé sur l'ensemble des sites. Toutefois, malgré ces fusions, force est de constater que chaque site a conservé son propre fonctionnement, notamment en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse. L'audit réalisé en 2015 a démontré de nombreuses pratiques professionnelles remettant en cause la sécurisation du médicament. En outre, la nouvelle convention tripartite, signée fin 2016, demande aux EHPAD des efforts supplémentaires puisque 5.5 ETP infirmiers doivent être supprimés.

L'automatisation de la dispensation nominative des médicaments apparaît donc ici comme un outil permettant d'accompagner les organisations face à ces évolutions. D'une part, il permet de sécuriser davantage la PECM des résidents en réduisant considérablement le nombre d'erreurs humaines. D'autre part, il dégage une nouvelle source d'économies grâce à l'optimisation de la gestion des stocks et le redéploiement des effectifs des préparateurs en pharmacie. Enfin, il soulage les infirmières de cette tâche sans valeur ajoutée qu'est la préparation des médicaments.

L'automate offre ainsi de nombreux avantages. Toutefois, force est de constater que la mise en place de celui-ci génère une nouvelle organisation qui soulève grand nombre de réticences de la part des différents acteurs. En effet, si l'automatisation s'accompagne souvent d'une amélioration des pratiques autour du circuit du médicament avec, notamment, la traçabilité de l'administration, il est pertinent d'impliquer l'ensemble du personnel concerné dans ces différents changements d'organisation car la perception de la valeur ajoutée de cet automate n'est pas une évidence pour eux.

2 Toutefois, l'acquisition de l'automate fait l'objet de nombreuses réticences qu'il convient d'analyser

Si l'achat d'un automate a comme objectif principal l'accompagnement de l'ensemble des professionnels face aux récentes évolutions, on constate cependant un phénomène de résistance au changement. Une des premières réticences à l'arrivée de l'automate réside dans l'absence d'une méthodologie de gestion de projet (2.1). Par ailleurs, les revendications du personnel portent également sur les changements organisationnels qu'implique l'arrivée prochaine de l'automate (2.2).

2.1 L'absence d'une méthodologie de gestion de projet au sein de l'établissement comme frein à la conduite du changement

L'annonce de l'acquisition d'un automate a généré de nombreuses résistances qu'il est nécessaire d'analyser en s'inspirant de la théorie du jeu des acteurs (2.1.1). L'incertitude qui règne autour de l'installation de l'automate s'explique tout d'abord par l'inexistence d'une démarche projet qui faciliterait l'implication des acteurs (2.1.2). Par ailleurs, l'absence d'une véritable politique de communication est préjudiciable à la préparation du projet (2.1.3).

2.1.1 L'analyse du jeu des acteurs pour comprendre les réticences au changement

Selon Philippe Bernoux¹⁷, le changement au sein d'un établissement doit être considéré comme un processus permanent qui mêle à la fois l'environnement extérieur, l'histoire de l'établissement ainsi que les professionnels. Dès lors, avant toute décision de changement, il est indispensable de prendre en compte l'historique de l'établissement ainsi que le comportement des acteurs lors des évolutions institutionnelles précédentes car la conduite du changement ne peut pas être traitée indépendamment du contexte dans lequel ce dernier s'inscrit.

Au cours d'une réunion réunissant les agents des services techniques et la pharmacienne, j'ai appris que tout changement fait l'objet d'enjeux de pouvoirs au sein de l'établissement du fait de l'absence de préparation du projet avec l'ensemble des acteurs. Or, le nouveau projet d'automatisation impacte de nombreux services ainsi que l'ensemble des étapes du circuit du médicament. Il apparaît donc indispensable que les services soient

¹⁷ Philippe Bernoux, 2010, Sociologie du changement, 2^{ème} édition, Editions du Seuil, 368 pages.

impliqués et que le circuit du médicament soit audité. Les services concernés par l'arrivée de l'automatisation sont :

- Les services de soins et la pharmacie qui sont les premiers concernés par la mise en service de cette solution automatisée.
- L'administration qui va être responsable de l'intégration des nouvelles tâches AS dans le planning et qui va devoir évaluer l'impact sur l'organisation des soins.
- Les services supports pour tout ce qui a trait au biomédical, à l'informatique et à la logistique.

En outre, les étapes du circuit du médicament qui vont être impactées par l'automatisation de la dispensation nominative sont :

- la prescription pour tout ce qui concerne le respect du livret thérapeutique, la qualité de la prescription, l'analyse pharmaceutique ou encore la conciliation médicamenteuse.
- la dispensation avec le passage d'une délivrance globale à une dispensation nominative des médicaments, le changement de la fréquence de la préparation ainsi que l'impact sur le travail des préparateurs.

Dès lors, ces nombreuses évolutions exacerbent les tensions entre les différents professionnels concernés par l'automatisation. Certains d'entre eux vont adopter la stratégie de l'immobilisme afin de bloquer l'avancée du projet alors que d'autres vont être dans l'opposition systématique à tout changement. Les résistances de ces différents acteurs peuvent être analysées à travers le prisme de la théorie de Crozier et Friedberg. Ces derniers démontrent que l'adaptation au changement n'aura pas lieu si les acteurs ne sont pas convaincus de la pertinence et du bien-fondé du changement pour eux ainsi que pour l'établissement. Dans leur ouvrage *L'acteur et le système*¹⁸, ces deux auteurs font état de l'existence de la relation de rationalité de l'ensemble des acteurs d'un même système et de leur capacité à afficher leur participation sans toujours vouloir réaliser, de manière consciente ou inconsciente, les objectifs qui sous-tendent cette dernière. Aussi, on peut résumer la perception du changement comme l'acceptation du risque de perdre un existant connu pour un avenir incertain.

Face à l'injonction du changement, les acteurs vont développer des comportements d'opposition, d'immobilisme ou de proactivité et exprimer leur résistance dans leurs

¹⁸ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Edition du Seuil, 500 p.

discours et leurs actions. De part ces comportements, les professionnels vont alors tenter de définir l'organisation selon leurs propres règles du jeu.

Ce sont ces différentes résistances que j'ai pu ainsi analyser durant mon stage.

2.1.2 L'inexistence d'un groupe de travail porteur du projet et fédérant les professionnels

Certains auteurs¹⁹ se sont intéressés aux facteurs entraînant l'échec de l'instauration d'une nouvelle technologie. En effet, la particularité du changement mené ici est qu'il est à la fois organisationnel et technologique. On retrouve dans chacun de ces échecs les erreurs suivantes, propres à la gestion de projet :

- L'absence d'un calendrier ou une mauvaise planification du projet
- Une inadéquation entre la nouvelle technologie et les besoins du terrain
- L'absence d'un accompagnement pour gérer les transformations de l'organisation

Ces différents éléments m'ont permis de structurer mes entretiens.

Une des premières étapes de mon travail a consisté à rechercher la genèse du projet de l'automatisation. Pour ce faire, j'ai échangé de manière informelle avec la direction des services économiques ainsi que la direction des soins. Il a résulté de ses discussions qu'il est difficile de dater précisément la décision d'acquérir un automate car celle-ci n'a pas été formalisée. Il semblerait que la décision de cet achat ait résulté d'un engagement mutuel entre les différentes directions sans qu'aucun compte-rendu de réunions ne permette d'acter la décision stratégique d'achat de l'automate.

Ce projet s'est ainsi construit sans aucune formalisation et sans l'implication de l'ensemble des professionnels. Seuls la pharmacienne, la direction des services économiques et la direction des soins ont effectué la visite d'un Centre hospitalier disposant d'un automate. Aucun compte-rendu de cette visite n'a été réalisé et diffusé. Par ailleurs, l'absence d'une étude de faisabilité en amont conduit aujourd'hui l'établissement à faire face à de nombreux imprévus qui seront abordés dans les prochaines parties de ce travail.

Afin de comprendre la politique développée par l'établissement quant à la conduite de projets, j'ai souhaité interroger les qualitatifs qui venaient d'achever la phase de préparation de la certification V2014. Ceux-ci ont évoqué le fort potentiel et le dynamisme

¹⁹ Whittaker B., 1999, "What went wrong ? Unsuccessful Information Technological Projects *Information*", *Management and Computer Security*, vol. 71, n° 1, pp 23-29.

de l'établissement notamment en matière de réponse aux appels à projets tout en soulevant le manque d'une véritable démarche de projet.

« Il n'y a pas de véritable gestion de projets dans l'établissement. Il n'y a jamais de chef de projet pour conduire les dossiers. Du coup, on a l'impression que les objectifs changent tout le temps et on ne respecte pas les délais car on n'a pas de calendrier. Ça épuise les professionnels » .

La réflexion qui a été instaurée au Centre Hospitalier concernant l'achat et la mise en service d'un automate n'a pas suivi les étapes nécessaires à la conduite de tout changement en témoigne l'absence de concertation avec l'ensemble des professionnels concernés. L'absence d'un comité stratégique ainsi que d'un groupe de travail font défaut aujourd'hui et expliquent la plupart des dysfonctionnements rencontrés. Les acteurs qui se sont rendus sur place pour visiter un établissement équipé d'un automate auraient pu faire un retour à leurs équipes en leur expliquant l'intérêt de l'automatisation et recueillir leurs interrogations. Dès lors, les professionnels motivés auraient pu être associés au projet. En l'absence de l'établissement d'un calendrier, la programmation de l'organisation avant et après la mise en service de l'automate s'est faite au fil de l'eau, suivant l'actualité mouvementée de la fusion des PUI. Ainsi, c'est à quelques mois de la livraison de l'automate que la direction découvre au fur et à mesure les obstacles qui se mettent au travers de l'arrivée de celui-ci.

« On aurait du y penser avant, maintenant c'est trop tard car l'automate est acheté ».

Cadre de santé du site de P.

Face à cette méthodologie jugée insatisfaisante par les acteurs, on ne peut que souligner l'absence de concordance entre les besoins concrets du terrain et la décision des décideurs. Il est alors aisé de comprendre le scepticisme et les résistances du personnel qui entourent la faisabilité d'un projet auquel ils n'ont pas été associés. En l'absence d'une véritable transparence sur les projets conduits au sein de l'établissement, et notamment celui de l'automatisation de la dispensation nominative, il est impossible pour les professionnels d'apporter leur adhésion ainsi que leur contribution à ces changements puisqu'ils n'y voient aucun avantage. Ces changements d'organisation autour des pratiques professionnelles de chacun sont donc ressentis comme des obligations et non comme une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. C'est pourquoi, *« mal préparés et mal compris, les changements entraînent blocages, démotivations et frustrations en tous genres »*²⁰.

²⁰ FAYN M-G , avril 2006, « Communication et formation au service du changement, *Revue Hospitalière de France*, n°509, p 18.

2.1.3 Une communication perfectible

La communication revêt un rôle primordial dans la conduite du changement car elle permet aux professionnels de se projeter et d'imaginer le résultat produit par le changement. Elle trouve une place légitime une fois que le projet a été formalisé et que ses objectifs ainsi que ses enjeux ont été précisés. Aussi, plus les changements organisationnels sont importants, plus la communication doit être étendue qu'elle soit sous forme écrite ou orale.

Néanmoins, l'absence de communication ou la diffusion d'informations contradictoires autour de la mise en place d'un projet sont génératrices d'incertitudes et contribuent à créer une désinformation délétère pour la conduite du projet. Il en est de même pour une communication qui n'est pas formalisée et dont le contenu n'a pas été validé par la direction. En effet, les informations délivrées sans validation risquent d'engendrer une mauvaise compréhension de la part des acteurs avec une déformation des propos initiaux.

C'est à cette absence de communication que se heurte le Centre Hospitalier dans la conduite du projet de l'automatisation. En effet, aucune communication institutionnelle n'a été délivrée ou formalisée. L'automatisation est donc considérée par le plus grand nombre comme un projet dont on parle depuis des années sans en voir le jour.

« Nous n'avons pas vraiment d'informations sur l'automate et c'est ça le problème. Ça a été fait entre directeurs et nous on ne sait pas grand-chose. Du coup ça pose des problèmes au quotidien... Les agents nous posent des questions car ils sont inquiets et nous on ne sait pas quoi leur répondre. On a juste eu une réunion avec la directrice des soins mais c'était sur l'organisation de la distribution des médicaments mais pas vraiment sur l'automate . Je ne sais même pas où on va l'installer. Vous imaginez, si on l'installe dans l'EHPAD, il n'y aura pas de place...».

Cadre de santé du site de C.

Les infirmières et les aides-soignantes rencontrées m'ont également fait part de leurs inquiétudes quant à l'arrivée de l'automate.

« L'automate, ça fait des années qu'on en entend parler mais je ne suis même pas sûre qu'on va vraiment l'avoir, ça a l'air tellement compliqué... Personne ne nous en a vraiment parlé. Il y a juste une infirmière qui nous donne des infos car elle est dans les

instances. Ce serait bien qu'on puisse le visiter quand il sera là, voir comment cela fonctionne ».

Infirmière 1

Alors que la directrice des soins pense avoir donné les informations nécessaires à la compréhension du projet, les cadres de santé semblent plutôt démunis face aux questions des agents. Ceci démontre que ce qui est dit n'est pas forcément compris par les professionnels. Il est donc nécessaire de s'assurer de la bonne compréhension de l'information donnée.

En relisant les différents propos récoltés lors des instances et des entretiens, j'ai pu analyser certains facteurs expliquant cette mauvaise compréhension des informations délivrées. Tout d'abord, le vocabulaire utilisé pour expliquer l'intérêt de l'automatisation n'est pas compris de la même façon par tous. Si la direction considère l'automate comme un outil permettant de soulager les infirmières suite à la réduction des effectifs, les professionnels ont gardé en tête la notion de convergence tarifaire qui signifie pour eux la suppression d'autres postes après l'automatisation. Les termes de « sécurisation », « d'optimisation » ou « d'efficience » ne sont donc pas appréhendés de la même façon par la direction et par le personnel. Ceux-ci n'étant pas associés au projet, ils n'ont pas la possibilité d'exprimer leurs interrogations.

Ensuite, l'absence de formalisation du projet d'automatisation ainsi que l'inexistence de supports de communication écrits ou oraux ne permettent pas aux acteurs d'envisager le résultat du projet, qui devient alors source d'inquiétudes. Enfin, les professionnels ont également exprimé leurs réticences face à de nombreuses décisions de la direction qu'ils considèrent comme des injonctions paradoxales.

« On nous demande toujours de faire mieux, d'être au plus près du résident et hop on nous enlève des postes ! Il faut qu'en haut ils comprennent que nous ne sommes pas des magiciens » !

Infirmière 2

L'ensemble de ces insuffisances en termes de communication relèvent de ce que Marc et Picard²¹, théoriciens de l'école de Palo Alto, appellent les « *pathologies de la communication* ». Selon eux, « *une communication est qualifiée de pathologique lorsqu'au*

²¹ E. MARC E., PICARD D., 2006, *L'École de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines*, Paris : Editions Retz.

lieu de remplir sa fonction de lien positif entre les individus, elle contribue à les éloigner ou à dresser entre eux un écran d'incompréhension et de ressentiment ».

Le projet d'automatisation de la dispensation nominative ne peut être considéré simplement comme la réalisation d'une unique tâche technique de préparation d'un médicament selon une prescription donnée. Bien au contraire, le bon fonctionnement de l'automatisation repose sur l'optimisation d'une séquence de soins devant faire l'objet d'une réflexion globale et pluridisciplinaire²². Dès lors, son impact sur les organisations existantes doit faire l'objet d'une action coordonnée et complémentaire, ce qui fait défaut aujourd'hui au Centre hospitalier.

2.2 L'automatisation génère des répercussions sur l'organisation du travail des professionnels

Outre les incertitudes provoquées par l'absence d'une démarche projet, l'automatisation génère de nombreuses répercussions sur l'organisation du travail des professionnels. Tout d'abord certains aspects logistiques et informatiques n'ont pas été anticipés en amont de l'acquisition de l'automate (2.2.1). De plus, les IDE craignent une perte de compétences liée au transfert de l'activité de préparation vers l'automate ainsi qu'une surcharge de travail résultant de l'absence de coordination avec les médecins libéraux (2.2.2). Les AS, quant à elles, remettent en cause l'accroissement de leur responsabilité et de leur charge de travail avec la nouvelle répartition des activités (2.2.3). Enfin, comme toute technologie, l'automate va nécessiter l'acquisition de nouvelles compétences qui sont considérées comme une charge de travail supplémentaire par les préparateurs en pharmacie (2.2.4).

2.2.1 L'absence d'anticipation des modalités informatiques et logistiques en amont de l'acquisition de l'automate

Un des principaux points de blocage rencontré lors de la préparation de l'arrivée de l'automate concerne les différentes modalités informatiques et logistiques propres au fonctionnement de celui-ci. En effet, force est de constater que l'arrivée de l'automate n'a pas été suffisamment anticipée. La résistance au changement s'illustre ici par une inertie de certains acteurs invoquant le manque de temps, et l'inadaptation de l'automate aux besoins du terrain.

Tout d'abord, la question de l'informatisation du circuit du médicament sur l'ensemble des trois sites n'a pas été anticipée et s'est posée une fois la procédure d'appel

²² Rapport et recommandations de l'Académie Nationale de Pharmacie, 2013, « *La préparation des doses à administrer- PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation des médicaments* » p 7.

d'offres lancée. Or, l'informatisation est l'un des prérequis nécessaire à toute automatiser. L'arrêté du 22 Juin 2001, relatif au contrat de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière²³ se prononce sur l'intérêt d'un système informatique qui s'intègre dans le système d'information hospitalière. Cette informatisation du circuit du médicament revêt une importance majeure au sein des différents établissements puisqu'elle participe à la qualité et à la sécurité des soins. Aussi, une étude comparant la dispensation globale, la dispensation individuelle nominative manuelle ainsi que la dispensation nominative individuelle informatisée fait part d'un taux d'erreur de 1.18% pour la dispensation individuelle nominative manuelle et de 0.17% pour la dispensation nominative individuelle informatisée.²⁴D'une part, l'informatisation va permettre d'éviter un grand nombre d'erreurs médicamenteuses comme celle de la retranscription erronée de la prescription par les infirmières. D'autre part, l'informatisation du circuit du médicament permet une prescription exhaustive et facilement lisible ainsi qu'une accessibilité instantanée pour la validation pharmaceutique et la dispensation des médicaments puisque les informations sont transmises rapidement à la pharmacie en générant des demandes. Compte-tenu de ces enjeux, les interfaces entre le logiciel de prescription informatisée, le logiciel de Gestion Economique et Financière (GEF) ainsi que le logiciel de pilotage de l'automate auraient d'ores et déjà dû être établies.

Sur le Centre Hospitalier, deux sites sur trois sont d'ores et déjà informatisés pour la prescription grâce au logiciel Génois. En revanche, le site de N. ne dispose pas de la prescription informatisée. L'automate ayant été acheté, il a été décidé d'informatiser ce dernier site. Dès lors, le service informatique se charge d'interfacer les différents logiciels existants avec un nouveau logiciel de prescription : MO Pharma. Le médecin coordonnateur du site, quant à lui, va former les médecins libéraux à ce nouveau logiciel afin que ces derniers puissent prescrire depuis leur cabinet.

Toutefois, cette phase d'interfaçage, programmée quelques mois avant la livraison de l'automate, la rend d'autant plus délicate. En effet, il a été précisé, lors de la phase du choix de l'automate, que l'automate choisi ne travaillait pas encore avec le nouveau logiciel MO Pharma. Dès lors, les craintes des différents acteurs sont celles d'un mauvais interfaçage ou bien de l'incompatibilité du nouveau logiciel avec celui de l'automate. Ceci révèle à nouveau les écueils de l'absence d'anticipation en amont du projet.

²³ MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière [en ligne]. Journal officiel n°152 du 3 Juillet 2001. [visité le 07 Février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393840>

²⁴ FONTAN J.E., BANNIE F., HUCHE J., 2003, « Evaluation des erreurs de prescription et de dispensation individuelle nominative », *Revue Pharmacie Clinique.*, n°12, pp 55-62.

Outre les enjeux de l'informatisation de l'ensemble des sites, certains points concernant la logistique n'ont pas été abordés avant l'achat de l'automate. Il s'agit notamment de questions relatives au stockage ainsi qu'au transport du matériel. En effet, les armoires à pharmacies doivent être adaptées à l'automate. Or, la cadre de santé de l'un des sites, qui n'avait pas été contactée lors de la phase d'achat de l'automate, a informé la direction que les dimensions des armoires pour les médicaments ne permettaient pas leur rangement dans les salles de soins. Une visite sur site a confirmé ses propos. En effet, certaines salles de soins ont été reconfigurées et optimisées afin de pouvoir organiser les transmissions et ranger les armoires actuelles. Dès lors, il n'y aurait pas de place aujourd'hui pour les nouvelles armoires. D'autres questions se posent également quant au mode de transport et à la livraison des médicaments. Suite à la fusion des trois pharmacies, il est nécessaire d'organiser différemment le transport des médicaments en anticipant les horaires de fonctionnement de l'automate ainsi que le planning des infirmières.

Ces questions, qui résultent d'une absence de concertation avec les différents acteurs, n'ont toujours pas trouvé de réponses aujourd'hui et cristallisent les tensions des professionnels.

2.2.2 La crainte d'une perte de compétences et l'enjeu de la coordination avec les médecins libéraux soulevés par les IDE

Le souhait de la direction est celui d'accompagner les IDE face aux impacts de la convergence tarifaire en leur permettant de se recentrer sur le soin. En effet, comme l'ont précisé les développements précédents, le temps passé à préparer les médicaments est considéré comme chronophage et sans grande valeur ajoutée.

Cependant, alors que ce transfert de tâches vers l'automate semblait bénéfique pour l'organisation du travail infirmier, les infirmières ont fait part de leurs réticences à ce sujet. Ces premières objections au projet d'automatisation ont été remontées à la direction lors des instances et particulièrement au cours d'un Comité Technique d'Etablissement (CTE) auquel j'ai assisté. Une des représentantes du personnel, elle-même infirmière, a expliqué que, certes, la phase de préparation des médicaments était chronophage, mais celle-ci permettait aux infirmières de garder une compétence clinique qui est celle de la connaissance des médicaments.

Suite à cette réunion, j'ai décidé de m'entretenir avec plusieurs infirmières afin de les interroger sur la vision de leur métier ainsi que sur l'activité de préparation des médicaments en lien avec l'automatisation. Deux des infirmières interrogées m'ont expliqué qu'il ne fallait pas oublier la partie clinique de la phase de préparation des médicaments :

« Vous avez l'impression de bien faire, c'est sûr, mais nous, par exemple, quand on prépare les médicaments, cela nous permet de savoir pour quel résident on a quel médicament et quand on a un doute ou que la composition du pilulier ne nous parle pas, on appelle le médecin traitant. Alors, oui, la préparation des médicaments ça prend du temps mais ça nous permet aussi de garder un peu de technique. Le plus important c'est que ce ne soit pas toujours les mêmes qui les préparent».

En outre, le transfert de l'activité d'aide à la prise vers les aides-soignantes ne semble pas pertinent pour l'ensemble des infirmières. En effet, certaines d'entre elle appréciaient particulièrement le temps passé à distribuer les médicaments le matin car celui-ci est perçu comme un moment privilégié d'échanges avec le résident sur la tolérance des différents traitements.

Par ailleurs, un autre enjeu est celui de l'organisation des visites avec les médecins libéraux. La particularité du site de P., est le nombre important de médecins libéraux puisqu' ils sont une dizaine à intervenir sur les différents EHPAD. Si certains médecins passent à des jours et des horaires programmés, ce n'est pas le cas de la majorité. De plus, lors de leurs congés, certains médecins sont remplacés et d'autres non. Dès lors, il apparaît difficile pour les IDE de s'organiser lorsque la venue du médecin est inopinée, générant des heures supplémentaires que la direction a décidé de ne pas rémunérer. Ces heures supplémentaires comprennent notamment le suivi de la visite du résident sur certains EHPAD et la mise à jour du traitement des résidents (envoi de fax à la pharmacie, retranscription, ajustement de traitement). Pour quelques traitements, l'IDE va envoyer un fax au cabinet pour transmettre les résultats biologiques, puis elle attend de recevoir une prescription d'ajustement de traitement par le médecin, si besoin. En l'absence de réponse, c'est l'IDE elle-même qui va analyser le résultat biologique et prendre la décision d'appeler le médecin. Il faut également noter que les résultats biologiques ne sont pas adressés directement aux médecins mais à l'IDE. Les médecins ne passent donc pas dans les services pour remettre à jour leur prescriptions dans le logiciel GENOIS, obligeant ainsi l'IDE à faire des documents de prescriptions manuscrits envoyés par fax à la pharmacie afin d'ajuster les prescriptions.

Ce constat, établi par les infirmières de l'établissement, est également relevé dans le rapport Verger qui souligne « la faible participation des médecins traitants dans les EHPAD par rapport à la prise en charge médicamenteuse ». Le plus souvent, ceux-ci ne respectent pas la convention, prévue par décret²⁵, qui a été établie par l'EHPAD ou bien ne l'ont pas

²⁵ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD [en ligne]. Journal officiel n°1731 du 30 décembre 2010. [visité le 12 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/12/30/ETSS1019865D/jo>.

signée. Le rapport Verger estime à ce titre que 25% seulement des contrats seraient signés par les médecins libéraux, mettant à mal l'organisation des EHPAD.

Ainsi, les craintes des IDE se justifient ici car l'automate implique une organisation rigoureuse, notamment en ce qui concerne le réajustement des traitements et l'utilisation du logiciel de prescription.

2.2.3 L'aide à la prise du médicament génératrice d'une surcharge de travail et d'un accroissement de la responsabilité des aides-soignantes

Suite à la suppression de 5.5 ETP d'IDE et dans la perspective de l'automatisation de la dispensation nominative des médicaments, la direction a décidé de redistribuer les activités entre IDE et AS. Ainsi, depuis avril 2017, les aides-soignantes sont chargées de l'aide à la prise des médicaments au sein des unités d'EHPAD. Cette réorganisation répond également au souhait actuel des aides-soignantes qui est de voir leur rôle revalorisé. On assiste en effet en EHPAD à une sorte de hiérarchisation entre les tâches réalisées par l'infirmière et celles qui sont réalisées par l'aide-soignante. Une aide-soignante que j'ai rencontrée faisait état de cette hiérarchisation des tâches :

« En fait, les infirmières font toute la partie technique qui peut être un peu plus sensible et nous, on fait le reste. On fait ce qui n'est pas dangereux pour le patient ».

AS 1

Dès lors, la plupart des aides-soignantes estiment que leurs activités sont pas valorisantes et souhaitent effectuer certaines activités considérées comme plus « techniques ». C'est ce que souligne Anne-Marie ARBORIO²⁶ en caractérisant le travail des aides-soignantes comme du « dirty work », c'est-à-dire le sale boulot.

Cette nouvelle répartition des activités aurait donc pu être un moyen de revaloriser l'activité des aides-soignantes en leur permettant d'effectuer une activité d'aide à la prise, considérée comme plus technique. Or, force est de constater que ce n'est pas le cas, bien au contraire. Les aides-soignantes considèrent la généralisation de cette nouvelle activité comme une charge de travail supplémentaire et une grande responsabilité. Cette réticence est manifeste dans les EHPAD, comme celui de P., où l'aide à la prise avait toujours été une mission de l'IDE.

²⁶ ARBORIO A.-M., septembre 1995, « Quand le sale boulot fait le métier. Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n°3.

« *Ca nous met de la pression en plus, la peur de se tromper et d'être dérangée. Par exemple, hier midi, j'ai pris les médicaments de Monsieur X. pour les lui donner et sur le trajet qui est pourtant pas bien long, il y a un autre résident qui m'a parlé. Du coup, je ne savais plus pour qui étaient les médicaments* ».

AS 1

Cette fragmentation des rôles entre AS et IDE apparaît ici comme délétère pour le résident et vient de fait exacerber les rapports de travail entre IDE et AS. Comme le souligne Yves Clot dans son ouvrage, cette parcellisation des tâches amène à ce qu'on appelle de « la qualité empêchée ²⁷ ». En effet, afin de répondre à leur nouvelle fiche de poste, certaines AS vont sélectionner les activités à effectuer et en laisser certaines.

« *Du coup, le matin on ne fait que des petites toilettes, on ne fait pas les vraies toilettes car on n'a pas le temps. Ce n'est vraiment pas bien pour le résident²⁸* ».

AS 2

Afin d'accompagner au mieux les professionnels face à cette nouvelle répartition des tâches, un protocole a été adopté au mois de Mai par l'ensemble des cadres de santé et le directeur des soins. Ce protocole a été formalisé afin que les activités soient harmonisées sur l'ensemble des sites.

| Rôle de l'infirmière dans le cadre de l'administration du médicament par l'aide-soignante | Rôle de l'aide-soignante en charge de l'administration |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Organiser la collaboration avec l'aide-soignant - Transmettre les instructions nécessaires à la bonne administration - Coordonner les informations relatives au soin, notamment dans le dossier du résident - Vérifier la mise à jour de chaque ordonnance laissée à la disposition de l'aide soignante | <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier l'identité du résident - Veiller à ce que chaque médicament soit administré selon les modalités prévues par le prescripteur et validées par le pharmacien (médicaments écrasables). L'écrasage du médicament est réalisé au plus près de la prise par l'IDE ou l'AS . - Transmission sur le registre d'évènements significatifs du médicament en EHPAD de tout incident dans la prise |

²⁷ CLOT Y., 2010, « *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* », Paris : La Découverte.

| | |
|--|---|
| - Réajuster le semainier en fonction des changements de prescription | - Signature sur le registre après administration. |
|--|---|

Suite à la mise en place de ce protocole, la direction des ressources humaines a observé la mise en place d'une nouvelle stratégie chez les aides-soignantes. En effet, afin de ne pas avoir à administrer les médicaments, celles-ci changent leurs horaires ou privilégient les coupes. Une des conséquences de ce changement d'organisation sera probablement l'augmentation du nombre d'arrêts de travail, en particulier pour les AS travaillant sur le site de P. et n'ayant jamais eu à administrer les médicaments. En outre, certains professionnels n'appliquent pas ce protocole en continuant de s'organiser comme précédemment. Cette inertie révèle encore une fois la stratégie des acteurs face à un changement d'organisation qui leur paraît complexe et incertain : « *la meilleure stratégie pour l'individu et donc d'en faire le moins possible (...) La course est une course de lenteur. L'apathie et la nonchalance constituent une stratégie rationnelle* »²⁹.

2.2.4 Un transfert de charge de travail vers les préparateurs en pharmacie

L'acquisition d'un automate impacte également le travail des préparateurs en pharmacie. Désormais, les tâches relatives à la gestion des stocks et à la cueillette des médicaments seront gérées par l'automate. Toutefois, l'automatisation engendre de nouvelles activités pour les préparateurs. Il va s'agir, par exemple, de remplir l'automate avec les médicaments, de s'occuper de remettre dans le circuit les médicaments non-utilisés, de sortir de l'automate les piluliers préparés ou encore de préparer les piluliers qui nécessitent des médicaments en demi ou en quart de comprimé. En effet, l'automate choisi par l'établissement ne dispose pas de l'ensemble des modules proposés et il reviendra alors aux préparateurs de compléter les piluliers avec les « si besoin » et les médicaments non pris en charge par l'automate comme les solutions buvables ou les gouttes.

Le temps passé à effectuer ce travail manuellement pourra être très variable et impacter fortement les ressources humaines de la pharmacie. Si ces nouvelles activités présentent un intérêt clinique pour les préparateurs en pharmacie en les recentrant sur des activités étroitement liées à leur formation initiale et ayant trait à la sécurisation des médicaments, ces derniers ne soutiennent pas cette évolution des pratiques. Ils considèrent

²⁹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1ère édition, Editions du Seuil, 500 p. 268.

que l'on assiste à un transfert de charges se traduisant par un allègement des tâches infirmières et un report de charges supplémentaires sur le personnel de la PUI.

En outre, la fusion des PUI ayant lieu avant l'arrivée de l'automate, les préparateurs craignent également la suppression et la réorganisation des effectifs de préparateurs qui en découlera.

Par ailleurs, en termes de qualité de vie au travail, les tâches qui entourent le fonctionnement de l'automate sont considérées comme répétitives³⁰. Cette rigueur d'ergonomie de travail imposée par l'automate et proche de l'aspect industriel provoque donc des réticences.

Face à l'ensemble de ces résistances au changement émises par le personnel, il est opportun de s'interroger sur le rôle du directeur dans la conduite du changement. En effet, la présence de la direction est un prérequis indispensable à toute conduite de projet. Afin de mener à bien la montée progressive de l'automatisation de la DHIN, le directeur peut actionner plusieurs leviers afin de susciter l'adhésion des acteurs.

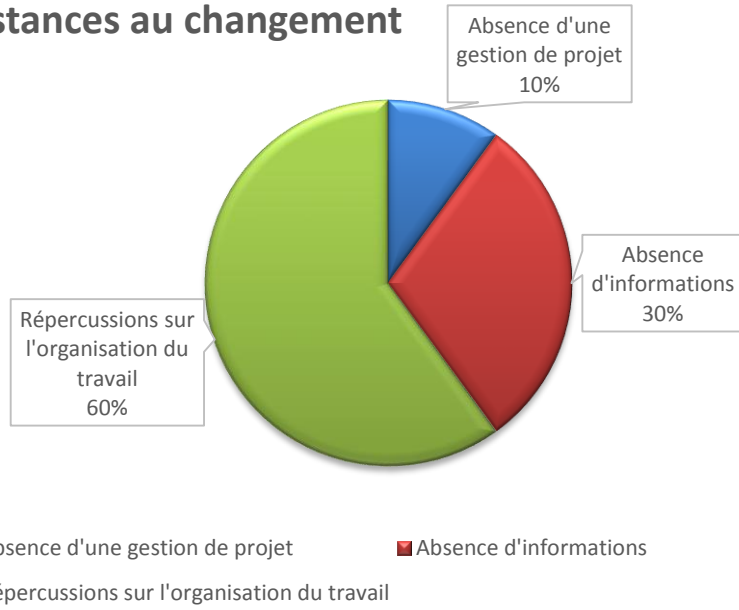
Synthèse partie 2 :

Suite à l'annonce de l'acquisition d'un automate, les réactions ont été nombreuses illustrant une véritable résistance au changement. Celles-ci sont les conséquences des incertitudes qui entourent l'arrivée de l'automate.

On peut résumer ici, sous forme de diagramme, les principales résistances rencontrées. Ce diagramme s'appuie sur les réponses issues des entretiens auprès de onze professionnels, toutes professions confondues.

³⁰ PAILLET M., SIMON L., LEFEUVRE L. et al., novembre 2008, « Perception de la dispensation journalière individuelle nominative par les préparateurs en pharmacie », *Actualités Pharmaceutiques Hospitalières*, vol. 4, n° 16, pp 42-45.

Résistances au changement



3 Dans cet accompagnement au changement, le directeur dispose de plusieurs leviers permettant une plus grande adhésion des acteurs et un meilleur accompagnement des équipes

Quel que soit l'établissement, les résistances seront toujours sous-jacentes au changement car celui-ci génère de l'incertitude. Dès lors, la présence du directeur est primordiale car, face à tout changement, son rôle principal est de donner du sens au travail des équipes. Tout d'abord, il se doit de réaffirmer son souhait d'impliquer les équipes lors des réorganisations (3.1). Cette participation du personnel peut avoir lieu grâce au suivi de la méthodologie de la gestion de projets et la maîtrise d'un plan de communication (3.2). Par ailleurs, il est du rôle du directeur des ressources humaines d'accompagner les équipes suite aux nouvelles organisations grâce à la mise en place de formations spécifiques, parfois obligatoires, ainsi que par des possibilités d'évolutions professionnelles (3.3). La politique qualité et gestion des risques, notamment dans un projet portant sur l'acquisition de nouvelles technologies, doit être également au cœur de celui-ci afin d'ancrer une dynamique d'amélioration continue de la qualité (3.4).

3.1 Réaffirmer la volonté politique d'une co-construction impliquant l'ensemble des professionnels

L'engouement suscité par la mise en œuvre d'un projet est un des facteurs-clé de la réussite de celui-ci. Aussi, avant l'instauration de tout changement, il est indispensable de mettre en œuvre une dynamique de gestion de projets en impliquant les professionnels. Yves Sotiaux ³¹définit la conduite de projet comme « *un ensemble de tâches d'organisation en vue de fabriquer le produit, objet du projet, regroupées autour d'une démarche spécifique qui permet : de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir , puis de contrôler que la fabrication du produit se déroule conformément à ce scénario et enfin, de faire le bilan technique du projet* ».

Une fois cette dynamique installée, les différents acteurs du changement auront à cœur de se rencontrer et de discuter ensemble afin de planifier les différentes étapes du changement souhaité. Cette gestion de projets doit donc être élaborée sur un mode de management participatif tout en s'assurant de la place de la direction pour orchestrer la conduite de celle-ci.

Pour conduire un projet nécessitant une réorganisation, il semble primordial de suivre une méthodologie permettant de définir et de planifier les différentes étapes de celui-

³¹ Sotiaux Y., 2014, *Management d'équipe projet, le chef de projet un manager*, Paris : Édition GERESO, p 35.

ci. La méthodologie de Bullock et Batten³² semble être pertinente ici. Selon ces deux auteurs, la conduite du changement doit nécessairement respecter quatre phases que sont : la phase exploratoire, la phase de planification, la phase de mise en œuvre et la phase d'intégration.

La phase exploratoire a comme objectif l'évaluation de la pertinence du changement. Elle se base sur un diagnostic stratégique établi au préalable. Ce diagnostic stratégique est une étape essentielle de la conduite du changement car il va permettre aux différents professionnels de découvrir et de s'approprier les intérêts du changement. En outre, le diagnostic stratégique révèle à la direction les différents enjeux de pouvoirs qui se mettent en place autour du projet et qu'il est indispensable d'analyser. Ainsi, selon P. BERNOUX, « *une étude préalable en termes de pouvoir est nécessaire à qui veut impulser un changement* ». Avoir à l'esprit les tensions qui existent entre les agents est un atout car cette connaissance permet au directeur d'anticiper certains blocages et comportements. Il est judicieux ici de faire appel à une tierce personne pour l'élaboration de ce diagnostic. L'expertise d'un cabinet de consultants, par exemple, permettra la plus grande objectivité. Une fois le diagnostic effectué, il est nécessaire de mobiliser les ressources adéquates pour planifier ce changement, montrer sa nécessité, chercher les professionnels motivés et définir les responsabilités de chaque acteur impliqué. L'organisation d'une réunion d'information est nécessaire afin que soient présentés les objectifs de l'automatisation. Les professionnels concernés doivent être conviés à cette réunion afin que l'information soit diffusée de manière homogène et les enjeux clairement explicités.

Des groupes de travail pluridisciplinaires doivent également être constitués afin de réfléchir à l'organisation concrète du projet. A ce titre, il semble judicieux de solliciter :

- Les pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Ceux-ci disposent d'une expertise en ce qui concerne le fonctionnement de l'automate et les aménagements nécessaires à l'arrivée de celui-ci.

- Des IDE, des AS et la direction des soins qui seront à même d'anticiper au mieux les répercussions de l'automatisation sur l'organisation du travail en évaluant, dès le début du projet, le temps consacré à la commande des médicaments, aux réceptions, au contrôle et au rangement des médicaments, à la collecte de ceux-ci dans les armoires à pharmacie et à la préparation manuelle des semainiers. Une réflexion devra être menée sur l'articulation entre le fonctionnement de l'automate et l'organisation des soins afin d'éviter un décalage

³² BULLOCK, R.J., BATTEN, D., 1985, « It's Just a Phase We're Going Through : A Review and Synthesis of OD Phase Analysis », *Group Organization Management*, vol. 10 n°. 4, pp. 383-412

avec la production d'un pilulier suite à une prescription périmée. Les temps d'élaboration des semainiers ou de préparation des distributions devront en effet être connus des IDE afin d'anticiper un horaire butoir de livraison des FOS.

- Les médecins coordonnateurs et les médecins libéraux intervenant au sein des différents EHPAD afin de réfléchir à l'organisation des visites et aux nouvelles modalités de prescription dans le cadre de l'informatisation. Il est important ici de veiller au positionnement du médecin coordonnateur qui semble primordial dans la planification des visites. Ce dernier aura également comme mission de former les médecins libéraux au logiciel de prescription.

- Des directeurs adjoints de l'établissement dont :

- la direction du système d'information pour les questions concernant les logiciels et les interfaces
- la direction financière ainsi que la direction des achats pour les questions relatives notamment à l'achat et à la gestion des consommables
- la direction logistique pour les modalités de transport et de livraison de la production automatisée sur l'ensemble des sites.
- le directeur d'établissement qui, par sa présence lors des groupes de travail, impulse et conduit le changement en insufflant une dynamique positive.

Par ailleurs, les groupes de travail devront veiller à l'expression de l'ensemble des professionnels afin de tenir compte des difficultés éventuelles et d'améliorer l'acceptabilité des solutions retenues. L'ensemble de ces réunions fera l'objet d'un émargement et d'un compte-rendu envoyé au directeur de l'établissement et à l'ensemble des professionnels mobilisés sur le projet afin d'en suivre le bon avancement.

La phase de planification consiste à programmer les actions nécessaires tout en convaincant les acteurs clés d'approuver et de soutenir le projet. En effet, planifier les étapes va déterminer le cheminement logique du projet tout en donnant un véritable cadre de travail. Dès lors, il est indispensable que cette phase du projet implique des professionnels qui pourront porter le changement auprès de leurs collègues. Cette phase de planification nécessite l'élaboration d'un calendrier qui doit être réaliste afin de ne pas démotiver les équipes. En effet, des délais qui sont trop longs vont entraîner un report des tâches à réaliser et des réflexions comme : « D'ici là, beaucoup de choses auront changé ». En revanche, les délais trop courts contribueront à décourager les équipes qui auront comme leitmotiv « c'est impossible, on n'y arrivera pas ».

La phase de mise en œuvre fait passer l'établissement du stade initial au stade désiré en mobilisant les supports pour les actions , en les évaluant et les corrigeant. Elle renvoie à la roue d'amélioration continue de la qualité de Deming : to plan, to do, to check, to act.

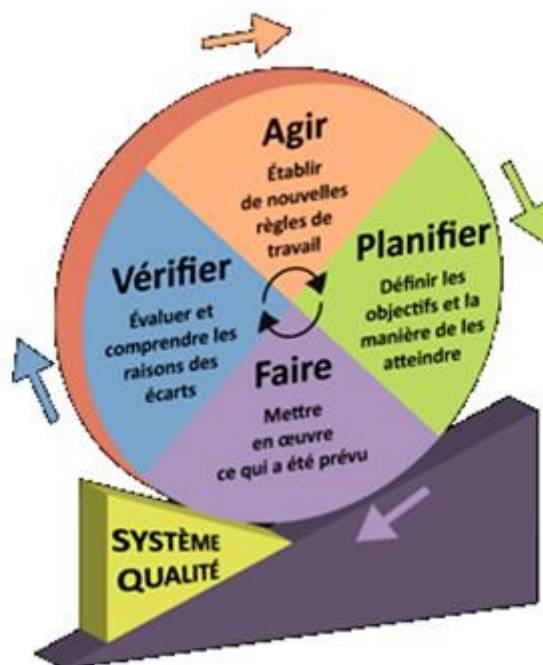


Figure 3 : La roue de Deming – Amélioration continue de la qualité

La phase d'intégration est la phase qui va consolider et institutionnaliser les nouvelles pratiques et routines mises en place en encourageant les nouveaux comportements par l'évaluation, en communiquant et en informant sur les résultats positifs du changement. Dans le cadre de l'automatisation, il est important de travailler ici avec la direction de la qualité qui sensibilisera les professionnels à la déclaration des événements indésirables liés à ce nouveau fonctionnement.

Ainsi, « la gestion par projet doit être un mode original de gouvernement qui vise à déterminer les meilleures conditions dans l'implantation d'une innovation au sein d'un ensemble organisationnel... L'organisation mise en place doit constituer une source de créativité et d'innovation importante et échapper temporairement et partiellement à la hiérarchie dans la façon par laquelle l'innovation elle-même va être implantée ³³». La constitution d'un groupe projet pour préparer l'arrivée de l'automate au Centre Hospitalier

³³ RAYNAL S., 2000, « Le management par projet », Paris : Edition des Organisations, p 55.

semble être une des solutions qui permettrait l'adhésion des équipes aux changements opérés. D'une part, la participation des professionnels à un objectif commun va développer le sentiment d'appartenance. D'autre part, cette méthodologie permet de valoriser la contribution de chaque agent à l'obtention des résultats escomptés tout en le positionnant comme un véritable acteur dans cette conduite du projet.

3.2 Construire un plan de communication afin d'informer l'ensemble du personnel et le territoire

L'automatisation de la dispensation nominative des médicaments provoque de fortes répercussions sur les organisations en EHPAD. Dès lors, afin d'éviter la transmission de mauvaises informations liées à l'incertitude, il est indispensable d'élaborer un plan de communication interne à destination des professionnels ainsi qu'un plan de communication externe afin d'informer le territoire et renforcer l'attractivité de l'établissement.

Tout d'abord, concernant la communication interne, il est pertinent d'inscrire le projet d'automatisation au sein du projet d'établissement car celui-ci répond à plusieurs objectifs nationaux comme ceux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, le bon usage du médicament, les objectifs des dispositifs d'appui à la performance (ANAP) ainsi que les exigences des résidents en termes de prise en charge médicamenteuse. La publication d'articles dans le journal interne ou encore la parution de l'état d'avancement du projet sur l'intranet sont des canaux d'informations pertinents.

Ensuite, la communication étant un des piliers du management de projet, il est également opportun de travailler sur la communication managériale. Selon l'Association Française de Communication Interne³⁴(AFCI) , « *la communication managériale est la communication de proximité portée par le manager pour favoriser l'appropriation par ses équipes de la stratégie de l'entreprise et pour contribuer à sa mise en oeuvre : la communication managériale suppose l'implication de l'ensemble des managers qui s'adressent à leurs équipe; elle s'inscrit en complémentarité des actions de communication interne qui s'adressent directement à l'ensemble des collaborateurs* ». La communication managériale implique donc le repositionnement des cadres de proximité dans leur rôle de manager. En effet, le cadre est une véritable courroie de transmission entre les professionnels et la direction puisqu'il délivre les informations provenant de sa hiérarchie tout en essayant d'obtenir l'adhésion de son équipe.

³⁴ Site internet AFCI, [visité le 14 avril 2017], consultable sur internet : <http://www.afci.asso.fr>

Une bonne communication managériale va servir à la fois les intérêts de la direction, ceux des cadres de santé ainsi que ceux des agents. D'une part, la communication managériale permet à la direction d'asseoir une plus grande légitimité auprès des professionnels car les objectifs seront clairement définis et transmis par le cadre de santé. D'autre part, pour les cadres de santé qui ont comme mission de diffuser la stratégie du projet, la communication délivrée auprès des équipes permet d'insuffler une dynamique positive en donnant du sens aux objectifs opérationnels. Enfin, pour les professionnels, recevoir de la part des cadres l'information sur le changement à venir permet de balayer certaines de leurs incertitudes en renforçant leur sentiment d'appartenance grâce à leur participation commune au projet.

Enfin, un plan de communication externe doit également être élaboré. Celui-ci participe au rayonnement de l'établissement sur le territoire en présentant à la population l'automate et ses avantages. Dès lors, il peut être envisagé de rédiger, par exemple, un article dans le journal local ou encore de mettre en place des affiches à ce sujet lors de la semaine « sécurité des patients » ou lors des journées portes ouvertes de l'hôpital. Le Centre hospitalier a pour habitude d'organiser des inaugurations lors de l'ouverture d'un nouveau service. Aussi, il serait opportun d'organiser un évènement lors de la mise en service de l'automate. Ceci répondrait à la demande émise par les professionnels lors de mes entretiens qui est celle de découvrir le fonctionnement de l'automate.

3.3 Accompagner les professionnels par la formation et la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

Face aux nouvelles activités exercées par les aides-soignantes, il semblerait pertinent d'organiser une formation sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD et de la rendre obligatoire. Cette formation permettrait de rassurer les AS lors de l'administration des médicaments en leur rappelant les grandes familles de médicaments, l'importance de l'acte d'administration du médicament et celle de la surveillance du médicament. Dans le cadre du plan de formation, cette formation pourrait être intitulée « Connaissance du médicament pour les AS ».

En ce qui concerne les infirmières, il peut être opportun de les amener à participer davantage à la formation inscrite dans le Plan de formation sur la collaboration entre infirmières et aides-soignantes. Cette formation leur permettra de trouver leur place dans cette nouvelle organisation et de renforcer leur potentiel managériale auprès des aides-soignantes. Les objectifs de cette formation leur permettraient de :

- Mettre à jour leurs connaissances juridiques sur la responsabilité infirmière (rôle propre, rôle prescrit) et sur le champ de compétences des AS.
- Repositionner l'identité professionnelle de l'infirmier, de l'AS.
- Lever les croyances et représentations eu égard à chaque métier.
- Mettre en évidence les zones d'activités professionnelles communes, source de dynamique d'équipe.

L'ensemble de ces formations doivent être évaluées régulièrement afin de s'assurer de la solidité des connaissances acquises par les professionnels.

Enfin, une réflexion doit être menée par la direction des ressources humaines sur la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. En effet, au regard du plan de formation, du projet d'établissement et des aspirations professionnelles des agents, il est tout à fait possible de mettre en place des études promotionnelles. Proposer des études promotionnelles permet à la fois de recruter et de motiver les professionnels. Tout d'abord, dans un contexte de pénurie d'AS sur le territoire, proposer à certaines d'entre elles de suivre une formation pour devenir IDE participe à l'attractivité de l'établissement. Cette forme de recrutement stratégique permettra également de pallier d'éventuels problèmes de recrutement futurs. Par ailleurs, les études promotionnelles ont l'avantage de motiver les professionnels en leur permettant des perspectives d'évolution et la construction de leur projet professionnel. Dès lors, certaines aides-soignantes pourraient bénéficier de ce dispositif du fait des nouvelles compétences acquises suite à l'aide à la prise du médicament.

Ces différents leviers répondent ainsi à des besoins tant individuels qu'institutionnels et ont tout intérêt à s'inscrire au sein même du projet social de l'établissement.

3.4 Pérenniser la démarche de qualité et gestion des risques

Selon l'article L333-8 du CASF, « *Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, [...] les autorités administratives compétentes [...] de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées* ». Le signalement des événements indésirables est une des thématiques principales de la politique de qualité et de gestion des risques. Elle a comme objectif l'identification des dangers et la mise en place de mesures préventives et/ou correctives.

Ainsi, il peut être pertinent de prolonger cette démarche de qualité et de gestion des risques autour du médicament au sein des EHPAD, notamment dans le cadre du changement d'organisation et de l'arrivée de l'automate. En effet, il est probable que l'utilisation des nouvelles technologies augmente le nombre d'évènements indésirables. Ainsi, il est primordial que les EHPAD se dotent également de procédures permettant d'identifier, d'étudier et de prévenir les différents risques auxquels s'exposent les résidents ainsi que le personnel de l'établissement. La mise en place de ces procédures est d'autant plus importante que le décret 2016-1813 du 21 Septembre 2016³⁵ ainsi que l'arrêté du 28 Septembre 2016³⁶ font état de l'obligation faite aux ESMS de déclarer les évènements indésirables graves ainsi que les évènements indésirables graves associés aux soins. Afin que cette sensibilisation à la déclaration des évènements indésirables médicamenteux soit effective, il est indispensable de ne pas sanctionner les professionnels qui signalent ces évènements. Il peut être opportun de rédiger une charte de « non punition » du signalement interne des dysfonctionnements. Cette charte permet au personnel de remonter des évènements indésirables sans sanction dans le cadre de la politique qualité et gestion des risques. En fonction des dysfonctionnements constatés, des Comités de Retour d'Expérience (CREX) pourront alors être organisés afin d'améliorer les pratiques professionnelles.

A titre d'exemple, le CH de Lorient, ayant acheté un automate semblable à celui du Centre Hospitalier, fait remonter les évènements indésirables suivants :

- absence de doses dans le sachet
- présence de plusieurs doses dans le sachet
- endommagement du blister
- détérioration du comprimé
- scellage défectueux du sachet
- mauvais médicament dans le mauvais sachet

³⁵ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Décret du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel n°0298 du 23 décembre 2016. [visité le 10 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/21/AFSA1607883D/jo>

³⁶ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel n°0304 du 21 décembre 2016, [visité le 10 Février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/28/AFSA1611822A/jo/texte>

Afin de garantir le circuit du médicament, des contrôles aléatoires peuvent être effectués pour vérifier la qualité des piluliers produits par l'automate. L'entreprise fournissant l'automate au Centre Hospitalier préconise un contrôle assez régulier, tout du moins les premiers mois, afin de rassurer les équipes. Puis, le contrôle d'un service, un jour par mois peut être instauré par la suite.

3.5 Les apports de ce mémoire pour un futur directeur

La rédaction d'un mémoire était une première expérience pour moi. Dès lors, je souhaitais aborder un sujet qui pourrait me servir dès ma prise de poste. Le thème de la conduite du changement dans le cadre d'une réorganisation du travail m'a semblé idéal. Je retire plusieurs éléments de ce travail de longue haleine.

Tout d'abord, dans le cadre de l'introduction d'une nouvelle technologie, il sera nécessaire de s'entourer de personnes ressources bénéficiant d'une certaine expertise dans le domaine. Impliquer les services informatiques et la pharmacie bien en amont de l'arrivée de l'automate est ainsi indispensable. En effet, l'arrivée et sa mise en service constituent en quelque sorte un challenge qui peut motiver les principaux protagonistes. Ces derniers ont également la capacité d'anticiper les différents obstacles qui pourraient être rencontrés.

« C'est hyper motivant pour nous d'accueillir un automate ! Par contre, si on se sent exclus, on perd cette motivation ».

La pharmacienne

En outre, la communication avec les cadres de proximité est essentielle. Parmi l'ensemble des cadres, il est également nécessaire de trouver ceux qui pourront être porteurs du projet auprès des équipes. Si tous les cadres se montrent réfractaires au changement, il est alors nécessaire de les former à la conduite de celui-ci. En effet, j'ai pu remarquer que la crainte véhiculée par certains cadres n'est pas le changement lui-même, mais plutôt la perception qu'auront d'eux les équipes. Le soutien des cadres passe donc par un accompagnement leur permettant de se sentir plus légitime pour conduire le changement auprès des équipes, sans toutefois avoir la sensation de se les mettre à dos. Une attention particulière devra ici être portée sur les cadres les plus anciens des établissements qui sont ceux qui redoutent le plus le changement.

Enfin, je retiendrai l'indispensable présence du directeur sur le terrain, à chaque grande étape du projet. Cette nécessité d'être sur le terrain nous a été enseignée à l'EHESP mais il était important de la ressentir concrètement au cours de ce stage. En effet, si le directeur impulse et conduit le changement, il est important pour les équipes de sentir sa présence et son soutien directement auprès d'elles.

Synthèse partie n°3

Cette partie peut s'apparenter à un plan d'actions que pourrait suivre un directeur qui souhaite impulser le changement au sein de son établissement. Un des préalables est la réalisation d'un diagnostic stratégique permettant de mettre en avant les forces et les faiblesses de l'institution ainsi que les enjeux de pouvoir entre les différents acteurs. Le suivi d'une méthodologie propre à la gestion de projet donnera les grandes lignes à suivre pour la planification du projet et impliquera les différents professionnels concernés. Par ailleurs, la communication, qu'elle soit interne ou externe, aura comme objectifs la diffusion d'une information harmonisée et le renforcement de l'attractivité de l'établissement. En outre, le recensement des besoins en terme de formations est primordial afin d'accompagner les professionnels dans leurs nouvelles tâches. Au même titre, les études promotionnelles sont un moyen de valoriser les agents qui ont pris part à ce changement. Enfin, l'arrivée de nouvelles technologies est souvent propice aux dysfonctionnements. Les professionnels doivent dès lors être sensibilisés à l'importance de remonter les événements indésirables dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité.

4 Conclusion

La rédaction de ce mémoire m'a permis, dans la perspective de ma prise de poste, d'analyser les réticences rencontrées par la direction face au changement. En effet, il me semblait important d'étudier un sujet auquel je serai nécessairement confrontée. Le changement opéré au sein du Centre Hospitalier s'est avéré riche en apprentissages car il portait sur un changement organisationnel mais également sur un changement lié à l'introduction d'une nouvelle technologie. J'ai ainsi appris que la quête première du personnel lors d'un changement est celui du sens donné au projet. L'objectif de tout changement doit alors passer par un travail élaboré en amont dans une logique de co-construction avec l'ensemble du personnel concerné. En effet, ce n'est qu'en participant à leur manière au changement que ces derniers pourront se l'approprier. Par ailleurs, il est indispensable d'établir un plan de communication qui permettra de réduire de nombreuses incertitudes et d'ouvrir l'établissement sur le territoire. L'accompagnement du personnel, à travers, notamment, la formation et le développement des compétences, permettra à ceux-ci de trouver leur place dans cette nouvelle organisation.

Par ailleurs, le développement des automates de dispensation nominative afin de sécuriser le circuit du médicament pose la question de la mutualisation de ceux-ci entre établissements. En effet, l'évolution rapide des automates et leur adaptabilité aux différents établissements permet d'envisager une centralisation graduée de la production avec une production des doses sur le site principal et une mise en œuvre de la dispensation nominative automatisée en proximité. On peut ici imaginer, dans un contexte de regroupement des établissements, l'existence d'une PUI de territoire inscrite au sein d'un GCS. Les dépenses périphériques de l'automate (consommables, maintenance, entretien, dépannage, prestation informatique) seraient ensuite supportées en répartition des adhérents. On peut ici se référer à l'expérience concluante du CH de Thuir qui a créé un GCS réunissant dix établissements sanitaires et médico-sociaux comme des CH, une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ou encore un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Ce GCS a investi dans trois robots de la société Ecodex afin de garantir une qualité des soins optimale sur le territoire.

Cette mutualisation des automates permettrait également de réduire l'isolement de certains EHPAD sur le territoire en leur faisant bénéficier d'économies d'échelles.

Bibliographie

Les textes législatifs et réglementaires , avis du Conseil d'Etat

Code de l'action sociale et des familles
Code de la santé publique

Avis Conseil d'Etat, 8 / 3 SSR, du 22 mai 2002, n° 233939, inédit au recueil Lebon.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique [en ligne]. Journal officiel n°77 du 1^{er} avril 1999. [visité le 13 février], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005627734>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant [en ligne]. Journal officiel n° 26464 du 13 novembre 2005. [visité le 13 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/10/22/SANP0523995A/jo/texte>.

MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière [en ligne]. Journal officiel n°152 du 3 Juillet 2001. [visité le 07 Février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000393840>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales [en ligne]. Journal officiel n°0298 du 23 décembre 2016. [visité le 10 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/21/AFSA1607883D/jo>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales [en ligne].

Journal officiel n°0304 du 21 décembre 2016, [visité le 10 Février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/28/AFSA1611822A/jo/texte>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. 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 [en ligne]. Journal officiel n°0090 du 16 avril 2011. [visité le 13 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD [en ligne]. Journal officiel n°1731 du 30 décembre 2010. [visité le 12 février 2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/12/30/ETSS1019865D/jo>.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ET DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES. Décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD [en ligne]. Journal officiel, n°0303 du 31 décembre 2010. [visité le 10.01.2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/12/30/ETSS1019865D/jo/texte>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. 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 [en ligne]. Journal officiel n°0090 du 16 avril 2011. [visité le 10.01.2017], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo/texte>

Les rapports et guides

CUBAYNES M.-H., NOURY D., DAHAN M. et al., mai 2011, « Le circuit du médicament à l'hôpital », rapport Igas, 381 P.

LEGRAIN S., 2005, HAS : « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé- Consommation, prescription, iatrogénie et observance », 16 p.

OMEDIT et ARS Basse-Normandie, 2013, « Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD », [visité le 09 février 2017], consultable sur internet <http://medehpad.fr/> , 75 p.

VERGER P., décembre 2013, Rapport sur la politique du médicament en EHPAD, 125 p.

Les recommandations

ANAP, mars 2017, « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD », 51p.

ANAP, novembre 2012, « Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient : la délivrance nominative des médicaments dans les établissements de santé », 91 p.

ANESM, juillet 2017, « Fiche-repère Prise en charge médicamenteuse en EHPAD », 14 p.

HAS, mai 2013, « Outils de Sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments », 179 p.

Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie, juin 2013, « La préparation de doses à administrer – PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament » 7 p.

Les ouvrages

BADIN P., *Problèmes de la vie en groupe*, Paris : Editions PUF, p161.

BERNOUX P., 2010, *Sociologie du changement*, 2ème édition, Paris : Editions du Seuil, 368 p.

CARTON G-D., 2011, *Éloge du changement: guide pour un changement personnel et professionnel*, 3^{ème} édition, Paris : Editions Pearson Education France, 273 p.

CLOT Y., 2010, « *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* », Paris : La Découverte.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2010, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations*, 2ème édition, Editions Eres, 150 p.

COUVREUR C., 1979, *Sociologie et hôpital, approche sociologique du monde de la santé*, Paris : Editions du Centurion, collection Infirmières aujourd'hui, 135 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Edition du Seuil, 500 p.

DUPUY F., 2001, *L'alchimie du changement : problèmes, étapes et mise en œuvre*, Paris : Editions DUNOD, 181 p.

E. MARC E., PICARD D., 2006, *L'École de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines*, Paris : Editions Retz.

FOUDRIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Paris : Editions Presses de l'EHESP, 351 p.

FOUDRIAT M., 2016, *La co-construction, une alternative managériale*, Paris : Editions les Presses de l'EHESP, 180 p.

RAYNAL S., 2000, « *Le management par projet* », Paris : Edition des Organisations, p 55.

Les articles

ARBORIO A.-M., septembre 1995, « Quand le sale boulot fait le métier. Les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 13, n°3.

BERRA J., PIRIOU V., MICHEL P., décembre 2005, « Faut-il diminuer les interruptions de tâches en établissement de santé ? » *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 4, n°12, p 40.

BERNOUX P, GAGNON Y.-C., 2008, « Une nouvelle voie pour réussir les changements technologiques : la co-construction », *La Revue des Sciences de Gestion*, n°223, pp 51-58.

BULLOCK, R.J., BATTEN, D., 1985, « It's Just a Phase We're Going Through : A Review and Synthesis of OD Phase Analysis », *Group Organization Management*, vol. 10 n°. 4, pp. 383-412

CHATENET C., SEHIER R., mars-avril 2005, « Systèmes de délivrance », *Techniques hospitalières*, n°690, pp. 8-16.

DEVERS G., juin 2013, « Aides-soignants : toujours la distribution des médicaments », *Droit Déontologie & Soins*, vol. 13, pp 148-158.

DUPUY O., février 2015, « La collaboration de l'aide-soignante aux actes de l'infirmière », *La revue de l'infirmière*, n°208, pp 19-20.

FAURE R., BOURDELIN M., JEAN-BART E., juin 2015, « Guide pour le choix d'une technologie d'automates de dispensation à délivrance nominative », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, vol. 50, n°2, pp 168-179.

FAYN, M-G, mars-avril 2006 « Communication et formation au service du changement », *Revue Hospitalière de France*, n°509, pp18-19.

FONTAN J.E., BANNIE F., HUCHE J., 2003, « Evaluation des erreurs de prescription et de dispensation individuelle nominative », *Revue Pharm. Cli.*, n°12, pp 55-62.

HUGHES, E.C. 1996. "La place du travail de terrain dans les sciences sociales.", in *Le regard sociologique*, Paris: EHESS, p.267.

LEBEE E., mai-juin 2011, « Comment sécuriser les recrutements et fidéliser les personnels en EHPAD », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp 32-34.

LEFEVRE P., mai 2001, « Le changement dans la stratégie de direction », *Revue des responsables de structure sanitaires et sociales*, n°44, pp 20-21.

MINVIELLE E., CONTANDRIANOPOULIOS A-P., « La conduite du changement, quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », 2004, *Revue française de gestion*, vol. 3, n° 150 pp 29-53.

NOEL M., CHEREAU J., ROGNON A., METZ V., et al.,septembre 2015, « Automatisation de la dispensation nominative : un gain de temps ? », *Le Pharmacie Hospitalier et Clinicien*, vol. 50, n° 3, pp 331-332.

PAILLET M., SIMON L., LEFEUVRE L. et al., novembre 2008, « Perception de la dispensation journalière individuelle nominative par les préparateurs en pharmacie » , *Actualités Pharmaceutiques Hospitalières*, vol. 4, n° 16, pp 42-45.

RAINGEARD E., mars 2012, « Intérêt de l'automatisation de la distribution du médicament – méthode de comparaison des technologies disponibles sur le marché français », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, n° 47, pp 91-105.

SOTIAUX Y., 2014, *Management d'équipe projet, le chef de projet un manager*, Paris : Édition GERESO, p 35.

WHITTAKER B., 1999, "What went wrong ? Unsuccessful Information Technological Projects *Information*", *Management and Computer Security*, vol. 71, n° 1, pp 23-29.

Les thèses et mémoires

BAUDOIN A., 2015, *Mise en place et suivi de la dispensation individuelle nominative automatisée : quels indicateurs suivre*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, Université de Bordeaux, 118 p.

BLANCHARD PETRINI B., 2015, *Sécurisation du circuit du médicament et automatisation de la PUI : intérêts et pratiques*, Mémoire Pharmacien Inspecteur de Santé Publique, EHESP, 35 p.

GRITTON A-C., 2006, *La dispensation journalière individuelle et nominative au CHU de Tours : mythe ou réalité ?*, Mémoire Directeur d'hôpital, EHESP, 83 p.

KIEFFER H., 2013, *L'automatisation de la dispensation nominative en pratique : du projet à l'implantation d'un automate de surconditionnement innovant au Centre hospitalier Bretagne Sud*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, Université de Nantes, 76 p.

SUTRA C., 2014, *Management de la qualité d'une unité de dispensation à délivrance nominative automatisée du CHU de Toulouse : recueil et analyse sur 13 mois de non-conformités déclarées*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 50 p.

Les sites Internet

HAS, *Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments*. [visité le 29.01.2017], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_946211/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments

OMEDIT Basse-Normandie, *Qualité de la prise en charge médicamenteuse*. [visité le 17.01.2017], disponible sur internet : https://omedit.sante-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/136/740/849/884.pdf, 80 p.

Les conférences

Déclarations de M. Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, sur la politique de prévention et de réduction des risques sanitaires, l'organisation de la sécurité sanitaire notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales et plus généralement contre les affections iatrogènes, et la préparation des Etats généraux de la santé, Paris les

22 juin et 7 juillet 1998. Site internet : <http://www.vie-publique.fr/cdp/notices/983001966.html>

Site internet AFCl, [visité le 14 avril 2017], consultable sur internet : <http://www.afci.asso.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des entretiens

Annexe 2 : Questionnaire à destination des pharmaciens

Annexe 3 : Entretien à destination des aides-soignants

Annexe 4 : Entretien à destination des IDE

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des entretiens

| Professionnel rencontré | Format de l'entretien | Date de l'entretien |
|--------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| IDE 1 | Prise de notes | 18 Mai 2017 |
| IDE 2 | Enregistrement | 19 Mai 2017 |
| AS 1 | Prise de notes | 14 Juin 2017 |
| AS 1 | Prise de notes | 15 Juin 2017 |
| AS 2 | Prise de notes | 13 Juin 2017 |
| AS 3 | Prise de notes | 3 Mai 2017 |
| Pharmacienne | Prise de notes | 13 Juin 2017 |
| Cadre de santé 1 | Prise de notes | 11 Mai 2017 |
| Cadre de santé 2 | Prise de notes | 11 Mai 2017 |
| Directeur des instituts de formation | Prise de notes | 12 Mai 2017 |
| Qualiticien | Prise de notes | 27 Juin 2017 |

Annexe 2 : Questionnaire à destination des pharmaciens travaillant avec un automate

Bonjour, actuellement élève directeur, je travaille sur les bénéfices liés à la mise en place d'un automate pour la dispensation des médicaments. Je vous remercie par avance pour le temps que vous accorderez à cette enquête de satisfaction.

Les données récoltées sont anonymes.

Je vous remercie.

Marie DESPREZ

1. Quelle est votre fonction ?

2. Quel est le nom et la marque du robot mis en place :

3. Avez-vous déjà exercé dans un établissement non-équipé d'un automate ?

- Oui
- Non

4. La mise en place de l'automatisation a-t-elle changé vos pratiques en ce qui concerne la distribution des médicaments ?

- Oui
- Non

Si oui, quel a été le niveau de ce changement ?

5. L'automatisation a-t-elle, selon vous, sécurisé le circuit du médicament pour :

La vérification de la prescription

- Oui
- Non

La dispensation nominative par la pharmacie

- Oui
- Non

La validation de l'administration

- Oui

- Non

6. Selon vous, les bénéfices les plus importants qui résultent de l'automatisation sont (les trois plus importants) :

- Hygiène
- Conformité prescription/piluliers
- Identification du médicament
- Réduction du nombre d'erreurs de préparation
- Identitovigilance
- Information sur les modalités d'administration des médicaments
- Autres

7. Depuis la mise en place de l'automatisation, quelle est votre évaluation du temps passé pour :

- les commandes de médicament

- Moins important
- Inchangé
- Plus important

- la préparation de la distribution

- Moins important
- Inchangé
- Plus important

- la distribution des médicaments

- Moins important
- Inchangé
- Plus important

8. Quel est votre niveau de satisfaction quant à la mise en place de l'automate :

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait

9. Autres remarques me permettant d'évaluer les bénéfices ou les inconvénients liés à l'automatisation de la dispensation des médicaments :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 3 : Entretien à destination des aides-soignants

Question 1 : Pourriez-vous me décrire comment se passe une de vos journées de travail ?

Question 2 : Depuis quelques jours, vous êtes investie d'une nouvelle activité d'aide à la prise du médicament. Comment se passent ces premiers jours ?

Question 3 : Quelles sont les relations que vous avez avec les infirmières ?

Question 4 : Un automate permettant la dispensation nominative des médicaments va arriver sur le Centre Hospitalier. Que savez-vous de celui-ci ?

Question 5 : Qu'aimeriez-vous savoir à son sujet ?

Annexe 4 : Entretien à destination des infirmières

Question 1 : Pourriez-vous me décrire comment se passe une de vos journées de travail ?

Question 2 : Depuis quelques jours, les aides-soignantes sont investies de l'aide à la prise du médicament. Comment se passent ces premiers jours ?

Question 4 : Un automate permettant la dispensation nominative des médicaments va arriver sur le Centre Hospitalier. Que savez-vous de celui-ci ?

Question 5 : Qu'aimeriez-vous savoir à son sujet ?

Question 5 : Selon vous, quel va être son impact sur l'organisation de votre travail ?

| | | |
|---|--------------|----------------------|
| DESPREZ | Marie | Décembre 2017 |
| DESSMS Promotion 2016-2017 | | |
| Les enjeux d'un changement organisationnel en EHPAD : l'exemple du projet d'automatisation de la dispensation nominative des médicaments | | |
| | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Les enjeux financiers actuels, comme la convergence tarifaire négative, poussent les établissements sanitaires et médico-sociaux à trouver des solutions permettant d'accompagner les usagers malgré une réduction des effectifs. Aussi, le CH CNP a décidé d'investir dans un automate permettant la dispensation nominative des médicaments. Celui-ci permet notamment d'améliorer la qualité des soins et de réaliser certaines économies tout en recentrant les infirmières, touchées par la réduction des effectifs, sur leur cœur de métier qu'est le soin. Toutefois, la mise en place de cet automate bouleverse les organisations en EHPAD et provoque ainsi de nombreuses résistances. Il convient alors d'analyser ces résistances au changement afin de dégager des leviers d'action permettant à l'ensemble des acteurs d'adhérer au projet.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> <p>Automatisation de la dispensation nominative, organisation du travail, conduite du changement.</p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |

