



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

Comment sécuriser l'administration des médicaments en EHPAD ?

Anaëlle LAMIRAULT

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement et chaleureusement Vincent ROUSSELET, mon maître de stage, pour m'avoir accueillie au sein de son établissement, pour sa disponibilité, pour ses conseils avisés, pour son soutien.

Je remercie également Bruno CHAMPOLLION pour avoir non seulement accepté de relire ce mémoire mais aussi pour avoir suivi mon évolution au cours des deux années de formation à l'EHESP dans le cadre du dispositif du Conseiller en Parcours de Formation.

J'adresse mes remerciements à Monsieur Walid MOKNI, qui a accepté d'être mon encadrant mémoire, et m'a guidée dans ce travail en me faisant bénéficier de ses conseils.

Je remercie l'ensemble du personnel de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » mais également tous les professionnels qui ont accepté de répondre à mes interrogations pour avoir ainsi apporté leur contribution à cette réflexion.

Sans oublier évidemment les résidents, pour m'avoir si bien accueillie, pour leur authenticité et leur ouverture d'esprit.

Sommaire

Introduction	1
1 La sécurisation du circuit du médicament en EHPAD : une démarche enclenchée mais encore balbutiante	7
1.1 Un circuit du médicament complexe	7
1.1.1 Un parcours du médicament ponctué par de nombreuses phases	7
1.1.2 L'intervention d'une pluralité de professionnels tout au long du circuit du médicament	9
1.2 L'administration : une phase particulièrement sujette au risque d'erreurs..	10
1.2.1 Des erreurs médicamenteuses entraînant de graves conséquences pour le sujet âgé	11
1.2.2 La préparation et la distribution des médicaments : étapes sensibles du circuit du médicament	12
1.3 Vers un renforcement de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD.....	15
1.3.1 Le retard du secteur médico-social sur le secteur sanitaire.....	15
1.3.2 L'émergence de nombreux outils de sécurisation à destination des EHPAD	17
2 La mise en place d'une démarche continue de sécurisation de l'administration des médicaments au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE »	19
2.1 L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » de Retiers.....	19
2.1.1 Présentation de l'établissement	19
2.1.2 L'accueil de personnes âgées dépendantes aidées dans la gestion de leur traitement	21
2.2 Un établissement impliqué dans la recherche d'une meilleure sécurité de la préparation et la distribution des médicaments.....	23
2.2.1 La mise en place d'un groupe de travail sur le circuit du médicament	23
2.2.2 Un groupe de travail actif : la réalisation d'un audit et l'élaboration d'un plan d'actions.....	25
2.3 Forces et opportunités identifiées : l'existence de bonnes relations avec les pharmacies et l'adhésion de l'équipe infirmière à la démarche de sécurisation ..	27
2.3.1 Une coopération efficace avec les deux officines de la commune	27
2.3.2 L'appropriation par les infirmières des actions de sécurisation : gage de pérennité de la démarche	29
2.4 Des difficultés persistantes : freins à une sécurisation optimale des étapes de préparation et de distribution	31

2.4.1	Des contraintes de temps et d'organisation ayant mis en échec certaines actions	31
2.4.2	Des contraintes liées à la configuration des locaux	33
3	Des éléments de réflexion pour renforcer la démarche de sécurisation	35
3.1	La réalisation de la préparation des doses à administrer par une officine, garante de sécurité	35
3.1.1	La PDA : une mesure efficace pour sécuriser la préparation et la distribution des médicaments	35
3.1.2	Une solution idéale pour l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » en l'absence d'espace disponible pour la préparation	37
3.1.3	Une alternative intéressante à la sécurisation de la préparation en interne mais difficile à mettre en place	39
3.2	L'indispensable impulsion par le directeur d'une politique de sécurisation	42
3.2.1	Sensibiliser et former l'ensemble de l'équipe de soins : un préalable essentiel	42
3.2.2	Renforcer l'association des pharmaciens en leur faisant prendre part au développement de certaines actions	44
3.3	CPOM et coopération territoriale : des leviers pour la sécurisation ?	45
3.3.1	L'élaboration d'une fiche annexe au CPOM dédiée à la sécurisation	46
3.3.2	La coopération en PUI pour une meilleure sécurité	47
	Conclusion	50
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	57

Liste des sigles utilisés

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
ANESM	Agence Nationale d'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CAA	Cour Administrative d'Appel
CAPTIV	Centre Antipoison et de Toxico-Vigilance
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CH	Centre Hospitalier
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CSP	Code de la Santé Publique
CTP	Convention Tripartite
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EIG	Événement Indésirable Grave
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins
ESMS	Établissement Social et Médico-Social
ESSMS	Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social
ETP	Équivalent Temps Plein
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen-Pondéré
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC	Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales

OMÉDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDA	Préparation des Doses à Administrer
PHISP	Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRS	Projet Régional de Santé
PSI	Projet de Soins Informatisé
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SFPC	Société Française de Pharmacie Clinique
USLD	Unité de Soins Longue Durée

Introduction

A l'instar de nombreux autres pays européens, le vieillissement de la population en France s'accroît de manière continue à tel point que la part des 75 ans et plus devrait atteindre 16,2% en 2060 contre 9,1% en 2016 et 6,6% en 1991¹. En découle un autre phénomène auquel la France doit faire face, à savoir celui de l'accroissement du nombre de personnes âgées dites dépendantes, c'est-à-dire qui ne sont plus en capacité d'accomplir seules les actes de la vie courante et qui, pour bon nombre d'entre elles – près de 600 000 en 2011² – entrent en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) afin d'être aidées au quotidien.

Se pose alors rapidement la question de l'accompagnement médical de ces personnes, puisque souvent cet état de dépendance « *résulte de problèmes de santé actuels ou passés* »³. Les résidents entrant en institution présentent donc régulièrement une voire plusieurs pathologies, comme le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS) pour qui « *À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente* »⁴. La réponse à de tels problèmes de santé est dès lors souvent de type médicamenteux. D'une part, car la France figure parmi les pays qui consomment le plus de médicaments, ceux-ci étant souvent perçus comme étant la seule réponse efficace à telle ou telle maladie plus ou moins grave. D'autre part, car le vieillissement entraînant souvent des maux toujours plus nombreux, les traitements destinés à les soulager se multiplient eux aussi. Les sujets âgés, notamment en institution, sont donc le plus souvent poly-médicamentés voire sans doute, pour une partie d'entre eux, sur-médicamentés. C'est ce qui ressort du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2012, qui estime à environ sept médicaments par résident, la quantité journalière moyenne consommée en EHPAD⁵. Toutefois, il s'agit là d'une moyenne ce qui signifie que de nombreux résidents en consomment tout de même moins.

Le médicament est défini par le Code de la Santé Publique (CSP) en son article L. 5111-1 comme étant « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi*

¹ INSEE Références, *Tableaux de l'économie française* (2016). Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>> (Consulté le 15 juillet 2017)

² DREES, déc. 2014, 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, *Etudes et Résultats*, n°899, p. 2

³ INSEE Références, *Op. cit.*

⁴ HAS, mars 2015, *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*, Points clés, Organisation des parcours, p. 1

⁵ M. THIERRY, IGAS, *Évaluation de l'expérimentation de l'introduction des médicaments dans le forfait soins des EHPAD*, Rapport N°RM2012-144P, p.3

que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ». Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, il fait partie du quotidien de l'établissement puisque les prises ponctuent les différents moments de la journée : matin, midi, soir, coucher, voire à d'autres heures encore. A ce titre, la prise en charge médicamenteuse des résidents est centrale en EHPAD. Ceci d'autant plus que si certains résidents, rares, s'occupent eux-mêmes de leur traitement, la plus grande majorité d'entre eux en confie la gestion au personnel soignant de l'établissement.

Les conséquences d'un tel usage des médicaments ne sont pas anodines, particulièrement chez le sujet âgé : dénutrition en raison de leur effet « coupe-faim », augmentation du risque de chute liée à certains médicaments, fatigue... Les résidents sont donc exposés au risque de iatrogénie médicamenteuse définie en 1969 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *Tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques* ». Mais là ne sont pas les seuls risques consécutifs à la prise de médicaments auxquels peuvent être exposés les individus. En effet, des erreurs peuvent survenir à chaque étape du circuit du médicament de la prescription à la prise et entraîner une intoxication accidentelle. Il convient de souligner pour information que certains auteurs font toutefois entrer de telles erreurs dans la définition de la iatrogénie médicamenteuse.

L'intoxication accidentelle d'un individu consécutive à une erreur peut elle aussi avoir des retombées importantes. Comme il l'a été souligné par le Dr Margaret CHAN, Directeur général de l'OMS, à l'occasion du lancement du « Défi mondial pour la sécurité des patients » au mois de mars 2017 : « *Éviter ces erreurs, c'est faire des économies et sauver des vies* ». Ainsi, outre le coût annuel qu'elles représentent (estimé au niveau international à 42 milliards de dollars par l'OMS), elles peuvent avoir des conséquences importantes voire dramatiques pour les individus qui en sont victimes, et notamment pour les personnes âgées. Dès lors, il incombe à l'ensemble des professionnels intervenant dans le circuit du médicament de chercher à réduire au maximum la survenue de ces erreurs. En effet, parce qu'elles consistent en un écart dans la pratique par rapport à ce qui aurait du être fait, les erreurs médicamenteuses sont évitables.

Toutefois, si toutes les étapes du circuit du médicament sont sujettes au risque d'erreur, notre réflexion portera quant à elle sur la seule phase d'administration, puisque

c'est bien sur celle-ci que les professionnels de l'EHPAD ont une plus grande marge de manœuvre. Ceci car la prescription relève des seuls professionnels de santé et la dispensation, des pharmaciens. La phase d'administration ne doit pas être confondue avec l'administration des médicaments au sens strict. Elle comprend quatre étapes, comme l'explique Michel MASSAL dans son ouvrage, à savoir : la préparation des doses à administrer (PDA) / la préparation des piluliers, la distribution, la prise et l'aide à la prise et enfin le contrôle de la prise⁶. Il est important de préciser ici que si la préparation des médicaments est de plus en plus souvent confiée à une officine, dans beaucoup d'établissements cependant ce sont encore les infirmiers qui réalisent cette tâche.

Il appartient alors au directeur d'établissement médico-social, en tant que garant de la sécurité des résidents, de chercher autant que possible à fiabiliser cette phase de la chaîne du médicament.

Dès lors, la problématique qui se pose est la suivante : **Comment sécuriser la phase d'administration des médicaments en EHPAD ?** Elle découle d'une première interrogation qui consiste à savoir quelles sont les causes de survenue des erreurs médicamenteuses, puisque pour sécuriser l'administration il est essentiel de connaître l'origine de ces erreurs et les facteurs contributifs à leur production.

La réflexion se concentrera donc sur les erreurs médicamenteuses, puisque celles-ci constituent des manquements par rapport à ce qui aurait dû être fait et compromettent directement la santé du résident. Il en va différemment s'agissant de certaines pratiques non respectées, comme par exemple le défaut de traçage de la prise d'un médicament qui, même s'il est tout à fait regrettable, n'a pas de répercussions immédiates sur l'état de santé. Il s'agit donc ici de s'interroger sur les diverses actions pouvant être entreprises pour que la règle dite des « 5B » soit respectée, c'est-à-dire que le bon médicament, arrive au bon résident, par la bonne voie, à la bonne posologie et au bon moment.

Pour amorcer ma réflexion autour de cette question, j'ai alors commencé par consulter des ouvrages, des articles et des rapports traitant du médicament en EHPAD. La littérature en ce sens semble peu à peu s'étoffer, bien qu'il existe en définitive peu d'ouvrages traitant spécifiquement de cette question. Je me suis donc appuyée dans un premier temps sur l'ouvrage de M. MASSAL susmentionné pour appréhender la question de la sécurisation du circuit du médicament dans son ensemble. Au cours de ces derniers mois, la publication régulière dans les différentes revues sanitaires et médico-sociales d'articles indiquant la parution de nouveaux guides et de nouveaux outils mis à disposition des établissements médico-sociaux pour fiabiliser leur circuit du médicament m'a

⁶ MASSAL M., 2008, *La gestion du médicament en établissement médico-social – Guide de bonnes pratiques professionnelles*, Editions SÉLI ARSLAN, 191 p.

également permis de mieux cerner les enjeux et d'enrichir encore ma réflexion. J'ai donc pu ensuite rapidement faire le lien avec mon terrain de stage, l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » qui avait déjà enclenché depuis quelques années une démarche en ce sens. À ce titre, il a constitué une source importante d'informations, essentielles pour alimenter ce travail.

Afin de nourrir ma réflexion au moyen de sources d'informations diverses et complémentaires, j'ai panaché autant que possible les différentes méthodes d'enquête. Pour ce faire, j'ai commencé par consulter l'ouvrage de Stéphane BEAUD et Florence WEBER⁷ qui présente ces méthodes avec leurs avantages respectifs ainsi que la façon de les utiliser. Trois méthodes ont donc été utilisées pour mener ce travail : l'analyse documentaire, l'entretien et l'observation participante.

S'agissant de la première, il m'apparaissait essentiel de consulter les différents documents de l'établissement qui abordaient la question du médicament avant d'échanger à ce sujet avec les professionnels concernés, afin de situer l'état d'avancement du travail engagé sur cette thématique. J'ai donc extrait et analysé les données des comptes rendus de réunions, du rapport d'audit interne du circuit du médicament ainsi que du projet d'établissement. Ce premier travail de recherche à partir des documents de l'EHPAD était important pour bien comprendre quels étaient les objectifs que s'était fixé l'établissement au moment de leur rédaction et faire ainsi le lien avec l'existant. Il s'est également avéré utile pour dresser une liste de questions que j'allais pouvoir poser aux différents professionnels de l'établissement afin de savoir pour quelle raison telle action avait été abandonnée ou avait échoué etc.

Concernant la deuxième méthode d'enquête, il convient de souligner que tous les échanges avec les professionnels interrogés n'ont pas pris la forme d'entretiens formels. Ceci parce que sur le terrain d'observation, j'ai pu échanger ponctuellement avec la cadre de santé, les infirmières et les aides-soignantes ainsi qu'avec le directeur, et leur soumettre mes questionnements au fur et à mesure. Il en est allé différemment pour les professionnels interrogés en dehors de la structure avec qui j'ai mené des entretiens semi-directifs. J'avais donc en amont établi une grille d'entretien pour ne pas m'éloigner de mon sujet, tout en laissant une certaine latitude à mes interlocuteurs, comme le permet ce type d'entretien, bien plus que l'entretien directif. Ainsi, afin d'avoir la position de l'autorité de tarification sur la question du circuit du médicament en EHPAD j'ai choisi de solliciter un Pharmacien Inspecteur de Santé Publique (PHISP) travaillant à l'ARS. En

⁷ BEAUD S., WEBER F., avril 2010, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 336 p.

outre, il apparaissait utile d'obtenir la position d'un médecin coordonnateur ayant travaillé sur cette question ; un entretien téléphonique a donc été organisé avec un médecin formé en pharmacologie et ayant été membre à la commission de transparence de la HAS. Ces deux entretiens ont duré entre 1h et 1h15 et ont constitué une source d'informations importante. Enfin, dans l'objectif de connaître d'autres organisations que celle existant au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE », je me suis rendue dans d'autres établissements du territoire et j'ai rencontré des infirmiers dont des Infirmiers Diplômés d'État Coordonnateurs (IDEC), des cadres de santé puis des directeurs. J'ai donc pu appréhender les différents systèmes de préparation des médicaments, ainsi que leurs conséquences sur les organisations. Dans un souci de complémentarité, il m'a semblé opportun d'interroger des pharmaciens qui réalisaient la PDA pour les EHPAD, afin de connaître leur position sur la question. Là aussi, une grille d'entretiens avait été constituée en amont pour que soient abordées toutes les questions utiles à ce mémoire.

S'agissant de la dernière méthode, elle a été très utile pour compléter les informations obtenues au moyen des deux premières. En effet, outre la participation aux réunions (sur l'achat de chariots de médicaments etc.) et aux instances au cours desquelles était abordée cette question, l'immersion dans le quotidien de l'établissement a permis d'observer certaines pratiques ; il en est allé ainsi par exemple s'agissant de la distribution des médicaments le midi en salle à manger, ou encore de l'administration d'autres médicaments en salle de soins. De plus, j'ai choisi d'assister à la préparation des médicaments aux côtés de l'infirmière afin de voir dans quelles conditions et selon quelle organisation se déroulait cette tâche.

Une fois tous les matériaux recueillis, j'ai donc pu réaliser une analyse transversale de ceux-ci et dresser le plan de ce mémoire.

Ainsi, dans une première partie il apparaissait pertinent de définir les grandes notions qui seront utilisées afin de mieux en cerner les contours et de dresser un état des lieux de l'existant en termes de sécurisation du circuit du médicament en EHPAD.

Dans une deuxième partie, je présenterai la démarche enclenchée dans le sens d'une sécurisation de l'administration – entendue au sens large – des médicaments au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE », en exposant à la fois les points positifs qui en ressortent et les freins existants.

La troisième et dernière partie s'attachera quant à elle à proposer des éléments de réflexion non seulement pour l'EHPAD terrain de stage mais également de manière plus

globale, afin de renforcer la sécurisation de la phase d'administration. Il s'agira en effet d'analyser les leviers d'actions dont dispose le directeur pour impulser un mouvement en ce sens.

1 La sécurisation du circuit du médicament en EHPAD : une démarche enclenchée mais encore balbutiante

Le circuit du médicament, notamment en EHPAD, s'avère singulièrement complexe pour différentes raisons touchant tant à la multiplicité des phases et des étapes qui le composent qu'à celle des professionnels intervenant au cours de celles-ci (1.1). En découle en partie un risque d'erreurs, aux conséquences parfois graves, pesant sur chacune desdites phases bien qu'il semble que l'une d'entre elles, l'administration, soit tout particulièrement concernée (1.2). La question de la sécurisation du circuit du médicament a alors rapidement émergé, notamment dans le secteur sanitaire. Toutefois, un mouvement en faveur d'une sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD semble désormais enclenché bien que certaines carences perdurent (1.3).

1.1 Un circuit du médicament complexe

Il existe plusieurs « conceptions » du circuit du médicament, en fonction du nombre de grandes phases identifiées qui le composent. Néanmoins, quelle que soit la définition retenue, il reste qu'il est rythmé par plusieurs phases (1.1.1), qui font intervenir des acteurs aux compétences diverses et complémentaires (1.1.2).

1.1.1 Un parcours du médicament ponctué par de nombreuses phases

La notion de circuit du médicament telle qu'entendue dans le présent mémoire fait référence, comme l'indique M. MASSAL dans son ouvrage paru en 2008, au « *flux des médicaments* »⁸ qui doit être dissocié du circuit d'information du médicament, lequel renvoie à son informatisation. Il comporte plusieurs grandes phases, elles-mêmes composées de nombreuses étapes qui peuvent être regardées comme correspondant aux différents actes accomplis au sein d'une même phase. Ce circuit du médicament, complexe, est souvent présenté sous forme de schéma afin d'en cerner plus aisément l'organisation ainsi que l'articulation des interventions des divers professionnels. Le schéma de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD publié en 2012 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Lorraine et l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMÉDIT) Lorraine⁹, de par son caractère pédagogique, en est l'illustration. Il est à noter toutefois que ce circuit n'est pas toujours conçu et détaillé de la même façon, selon qu'il concerne les établissements de santé ou

⁸ MASSAL M., 2008, Op. cit.

⁹ Annexe 1 : Schéma de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

les établissements médico-sociaux, mais également selon qu'il est abordé par telle autorité ou tel auteur.

Alors que la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) identifiait, dans une étude menée en 2001, trois phases dans le circuit du médicament, à savoir la livraison, la dispensation (comprenant la préparation et le transport) et l'administration¹⁰, la Haute Autorité de Santé (HAS) en retient quant à elle quatre principales que sont la prescription, la dispensation, l'administration et enfin, le suivi et la réévaluation¹¹. Cette dernière acception du circuit du médicament est proche de celle retenue par le rapport VERGER paru en 2013 sur la politique du médicament en EHPAD¹² puisqu'il identifie les trois mêmes premières phases, en faisant néanmoins entrer le suivi et la réévaluation dans la phase d'administration. Il en va toutefois différemment pour Michel MASSAL – dont nous avons retenu la définition de l'administration en introduction – pour qui le circuit du médicament comporte de plus nombreuses phases encore : la prescription, l'approvisionnement, la dispensation, la délivrance et la livraison, la réception et enfin l'administration au sens strict, c'est-à-dire la prise du médicament¹³.

Toutefois, quelle que soit l'acception retenue nous retrouvons sensiblement les mêmes étapes dans l'ensemble du circuit du médicament à la différence près que certaines sont tantôt considérées comme entrant dans telle grande phase, tantôt dans telle autre ou encore que certaines sont regardées comme constituant une phase à part entière. Au-delà des divergences existant entre les différentes conceptions, il existe donc un consensus sur les différents actes qui rythment le parcours du médicament. Ceux-ci sont nombreux et interviennent à des moments différents et en des lieux distincts, ce qui contribue à rendre complexe ledit circuit. Elles vont de la saisie par le médecin des ordonnances dans le logiciel de soins, à la surveillance des effets des médicaments, en passant par la transmission desdites ordonnances à l'officine (généralement par les infirmières de l'EHPAD), l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et le conseil, le stockage, la préparation des piluliers, l'aide à la prise, le contrôle de la prise et la traçabilité de l'administration.

¹⁰ DHOS, mai 2001, *L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé – Approche par l'analyse de la valeur. Quels projets pour quels objectifs ?*, 128 p.

¹¹ HAS, mai 2013, *Outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*, p.13

¹² Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, *La politique du médicament en EHPAD* (Rapport Verger), déc. 2013, Annexe 2 p. 83

¹³ MASSAL M., 2008, Op. cit.

Il convient de souligner qu'une question de sémantique continue de se poser s'agissant de l'administration : si la phase dite d'administration correspond à la préparation, la distribution, la prise et l'aide à la prise, ainsi que le contrôle de la prise, la notion d'administration semble également être employée pour désigner une action particulière. L'administration du médicament, comme l'indique le dictionnaire Larousse, désignerait donc également « *l'action de donner, de faire prendre* »¹⁴ le médicament, et se rapprocherait donc en ce sens de l'acte de distribution et d'aide à la prise. Néanmoins, comme a pu l'écrire M. MASSAL « *L'aide à la prise des médicaments non injectables, la vérification de leur prise, la surveillance de leurs effets sont toujours clairement différenciées de l'acte infirmier d'administration du médicament. Toutefois, la notion d'administration du médicament n'apparaît pas encore clairement définie* »¹⁵. Un élément de réponse semble peut-être pouvoir être apporté par le Schéma du circuit du médicament en Etablissement Médico-Social (EMS) tel qu'issu des travaux préparatoires au guide de contrôle des Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS)¹⁶, qui dissocie distribution et administration : la première qui est le fait des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) ou des Aides-Soignants (AS) concerne les médicaments mis en pilulier (cf *infra* 1.1.2), et la seconde fait référence aux préparations extemporanées, qui doivent être le seul fait des IDE. En l'espèce toutefois, le terme d'administration proprement dit sera utilisé indifféremment selon qu'il s'agit de l'une ou l'autre hypothèse.

1.1.2 L'intervention d'une pluralité de professionnels tout au long du circuit du médicament

Nombreux sont les professionnels qui interviennent, avec des statuts différents (professionnels libéraux, personnel de l'établissement...) ce qui participe à la complexité du circuit du médicament. Une fois les médecins ayant effectué leur prescription, les pharmaciens ou les préparateurs en pharmacie qui sont sous la responsabilité des premiers interviennent, au sein de leur officine, pour analyser l'ordonnance (vérification de la posologie etc.) et préparer les médicaments correspondants. Plusieurs possibilités existent en la matière selon que la pharmacie réalise pour l'établissement la préparation des doses à administrer (PDA), c'est-à-dire qu'elle prépare les piluliers pour chaque résident, ou selon qu'elle livre uniquement les boîtes de médicaments à l'EHPAD. Une fois les médicaments livrés, les IDE en assurent la réception et la gestion du stock, et réalisent la préparation des piluliers lorsque celle-ci n'est pas effectuée par la pharmacie.

¹⁴ Dictionnaire Larousse

¹⁵ MASSAL M., 2008, op. cit.

¹⁶ Rapport VERGER, 2013, Op. cit., Annexe 1, p. 82

Vient ensuite l'acte de distribution et d'aide à la prise qui peut faire intervenir différents professionnels dans la mesure où, bien que relevant des compétences de l'infirmier en vertu de l'article R. 4311-5 du Code de la Santé Publique (CSP), il peut être délégué aux autres soignants. Ainsi, comme le précise l'article R. 4311-4 du CSP « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement (...) médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants (...) ou d'aides médico-psychologiques (AMP) qu'il encadre (...)* ». Ceci facilite la gestion, compte tenu du fait que les budgets contraints ne permettent pas toujours d'avoir une infirmière dans les murs en continu, et notamment au moment du coucher.

En revanche, il en va autrement s'agissant des Agents des Services Hospitaliers (ASH) qui ne sont, quant à eux, pas autorisés à distribuer les médicaments comme l'a tranché la Cour Administrative d'Appel (CAA) de Nantes le 22 mars 2016¹⁷. Dans certaines hypothèses cependant, comme le prévoit l'article L. 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), l'aide à la prise de médicaments peut être effectuée par tout membre du personnel chargé de l'aide aux actes de la vie courante à condition toutefois que « *compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration, ni d'apprentissage* ». Néanmoins, dans son avis du 9 mars 1999, le Conseil d'Etat avait précisé qu'une telle pratique n'était légale que si « *la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule ce geste (...)* ». Aussi, un flou juridique perdure quelque peu sur cette question en raison de la difficulté à définir ce qu'est une personne capable de prendre seule son médicament.

Les professionnels intervenant tout au long du circuit du médicament étant donc nombreux, les responsabilités en jeu sont multiples et varient en fonction de l'étape concernée : celle du médecin, celle du pharmacien mais encore celle du personnel soignant de l'EHPAD et donc de l'établissement lui-même s'il ne s'agit pas là d'une faute personnelle mais bien d'une faute de service.

1.2 L'administration : une phase particulièrement sujette au risque d'erreurs

La démarche de sécurisation du circuit du médicament tend à réduire au maximum le risque d'erreurs médicamenteuses qui peuvent survenir à chaque phase. De telles erreurs peuvent avoir des conséquences dommageables pour la personne âgée résidant

¹⁷ CAA de Nantes, 22 mars 2016, n°14NT01525

en EHPAD, qui est particulièrement exposée à de tels risques (1.2.1). Toutes les étapes sont concernées par le risque d'erreurs et la survenue d'un dommage est parfois le fruit d'une succession d'erreurs survenant à des phases différentes ; toutefois la phase d'administration des médicaments est singulièrement concernée (1.2.2).

1.2.1 Des erreurs médicamenteuses entraînant de graves conséquences pour le sujet âgé

En 2011, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur le circuit du médicament à l'hôpital soulignait que « *parce qu'il repose sur des facteurs humains, le circuit du médicament comporte des risques importants d'erreurs* »¹⁸. Ces erreurs dites « médicamenteuses » sont définies par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) comme « *l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte survenu au cours du processus de soins impliquant un médicament qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient*¹⁹ ». Elle distingue trois types d'erreurs à savoir l'erreur avérée lorsque celle-ci s'est réellement produite, l'erreur potentielle quand elle a été interceptée avant que le médicament n'ait été administré au patient, et enfin, l'erreur latente lorsqu'il s'agit d'un risque d'erreur sans que celle-ci n'ait été caractérisée. Ce dernier type d'erreur renvoie par exemple à l'état de fatigue de l'IDE qui prépare les médicaments ou encore au caractère inadapté du local de préparation.

Dans le secteur sanitaire, des études permettent de quantifier et analyser de telles erreurs, comme les Enquêtes sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) menées en 2004 puis en 2009 ou encore l'Étude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé (SECURIMED) menée en 2009. Il ressort de la seconde ENEIS que le médicament constitue la troisième cause d'Événement Indésirable Grave (EIG)²⁰, non seulement pour des raisons qui peuvent tenir au produit lui-même mais également du fait d'erreurs évitables. Les conséquences peuvent être très graves pour les patients, l'EIG pouvant s'agir d'un « *décès, (de) la mise en jeu du pronostic vital, (de) la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent (...)* »²¹. Ainsi l'enquête met en évidence le fait que, sur

¹⁸ CUBAYNES M.-H., NOURY D., DAHAN M., FALIP E. IGAS. *Le circuit du médicament à l'hôpital*, 2011, Rapport N°RM2011-063P, p. 3

¹⁹ AFFSAPS (devenue en 2012 l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament – ANSM), juin 2009, « *Guichet erreurs médicamenteuses : présentation et bilan depuis la mise en place* », Rapport, p. 5

²⁰ IGAS, 2011, Op. cit.

²¹ Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIG associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

l'ensemble des EIG liés aux médicaments, 51,2% étaient évitables (donc consécutifs à des erreurs) et 54,5% ont conduit à une hospitalisation.

Le sujet âgé en institution n'est pas épargné par de telles erreurs médicamenteuses, et y même exposé de manière particulière. D'une part, car la personne âgée souvent poly-pathologique est souvent poly-médicamentée et est donc, de ce fait, plus sujette au risque d'erreur. D'autre part, car le circuit du médicament est « *plus complexe en EHPAD, puisqu'il comporte des étapes intermédiaires qui augmentent le risque d'erreur médicamenteuse* »²². Ces erreurs peuvent là aussi entraîner des conséquences très importantes pour la personne âgée (décès, hospitalisation...) comme en atteste l'étude menée par le Centre Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV) de Bordeaux qui s'appuie sur les déclarations des EHPAD. Elle souligne que sur les 76 résidents concernés par une erreur médicamenteuse, une personne est décédée, sept étaient symptomatiques et les 68 autres n'avaient aucun symptôme.

Bien que ces chiffres ne permettent pas de connaître précisément les symptômes, ni le nombre d'hospitalisations consécutives à ces erreurs, il apparaît évident qu'elles revêtent une gravité particulière pour les personnes âgées, comme l'explique le Docteur V., médecin gériatre diplômé en pharmacologie : « *Les conséquences peuvent être beaucoup plus graves chez le sujet âgé que chez le sujet jeune parce que le sujet âgé, très vite, il part dans la spirale infernale* ». Ainsi, l'administration d'un mauvais médicament à un résident suite à une erreur d'identité-vigilance par exemple, si elle n'entraîne pas de manière automatique le décès de la personne âgée, peut le provoquer « par ricochet » dans la mesure où cette prise aura pu provoquer une chute, suivie d'une hospitalisation aux conséquences souvent lourdes (désorientation, dénutrition, escarres...); c'est « *la spirale infernale* » évoquée par le Dr V.

1.2.2 La préparation et la distribution des médicaments : étapes sensibles du circuit du médicament

Toutes les phases du circuit du médicament, sans exception, sont exposées au risque d'erreurs. Cependant, il ressort des différents travaux menés sur le sujet qu'une part importante des erreurs intervient au cours de la phase d'administration et notamment au moment de la préparation des médicaments et de leur distribution/prise. C'est ce que met en avant le rapport « *Guichet des erreurs médicamenteuses* » de l'AFSSAPS

²² BERNADET P., CAPALDO L., KFOURY J. et al., mars 2016, *Erreurs médicamenteuses chez les personnes âgées de plus de 60 ans institutionnalisées en Aquitaine-Poitou-Charentes*, Institut National de santé publique du Québec, Bull. d'information toxicologique, Vol. 32, N°1, p. 28-32

susmentionné – qui concerne davantage le secteur sanitaire comme en atteste l’origine des signalements qui proviennent essentiellement des établissements de santé – puisqu’il en ressort qu’entre 2005 et 2008, 57,1% des erreurs s’étaient produites au cours de la phase d’administration. À ce jour, il existe peu d’éléments d’analyse des erreurs médicamenteuses survenant en établissement médico-social et notamment en EHPAD, comme le déplore le rapport VERGER de 2013, de tels éléments étant pourtant essentiels à la mise en place d’actions efficaces. Ceci alors même que les établissements recensent ces erreurs, celles-ci étant généralement tracées dans le logiciel de soins.

Il est permis de s’interroger sur les raisons expliquant ce manque de données en la matière, d’autant plus que les établissements doivent faire remonter aux ARS les erreurs médicamenteuses qui surviennent ; il pourrait donc s’agir là d’une base de données intéressante. D’une part, cette carence semble pouvoir s’expliquer par le fait que les enquêtes diligentées au niveau national ont concerné exclusivement les établissements de santé. D’autre part, comme le souligne M. Z., PHISP à l’ARS Bretagne, car les établissements n’ont pas encore tous intégré la culture du signalement et que, partant, une quantité importante d’erreurs n’est pas signalée. Toutefois, il convient de souligner que ce sont généralement les EIG qui sont déclarés par les établissements, et qui permettent de mettre en évidence la survenue éventuelle d’une erreur, ce qui explique le fait que l’ARS n’ait pas connaissance de toutes les erreurs.

L’étude menée par le Centre Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV) de Bordeaux a néanmoins permis d’extraire certaines données. Elle a révélé que sur les 76 erreurs médicamenteuses recensées, 38% étaient des erreurs de préparation des piluliers et 45% des erreurs d’administration des médicaments au sens strict.

S’agissant de la préparation des piluliers, les types d’erreurs sont variés comme l’illustre l’étude effectuée par le Centre Hospitalier (CH) d’Arpajon au sujet de la préparation des médicaments²³ effectuée par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) pour les deux maisons de retraite y étant rattachées (113 places) et les deux Unités de Soins Longue Durée (USLD – 44 lits). Pour 69,1% d’entre elles il s’agit d’une omission de médicaments prescrits, pour 11,7% d’une dispensation de médicaments non prescrits, puis d’un mauvais dosage, d’une erreur de molécule ou d’une erreur de répartition sur la séquence d’administration. Concernant les erreurs d’administration proprement dite, l’étude du CAPTV met en évidence deux types d’erreurs ; le premier consistant en un problème d’identito-vigilance qui conduit à administrer à l’un des résidents le médicament d’un autre résident et le second en l’administration d’un médicament par la mauvaise voie.

²³ FRÉREAU C., CHÉNAOUI T., TOLEDANO N., *Sécurisation du circuit du médicament : contrôle pharmaceutique de la préparation des doses à administrer*, Le pharmacien hospitalier et clinicien, Vol. 49, N°1

L'audit réalisé en 2014 au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » ne permet pas de caractériser précisément les types d'erreurs lors de la préparation des médicaments, le groupe de travail s'en étant tenu à identifier les étapes auxquelles surviennent de telles erreurs et à en déterminer les causes, afin de pouvoir y remédier.

Les causes de ces erreurs sont diverses elles aussi d'autant plus que, comme il l'a été souligné dans le rapport de l'IGAS paru en 2011 sur le circuit du médicament, « *le plus souvent, différents facteurs s'intriquent pour conduire à l'accident final* »²⁴. Cela fait écho au « *Swiss Cheese Model* » (le modèle des « tranches de gruyère ») de James REASON, en vertu duquel plusieurs facteurs contribuent à la survenue de l'événement indésirable. Ainsi, l'accident ne résulterait pas uniquement d'une erreur imputable aux professionnels mais serait au contraire le résultat d'une accumulation d'erreurs et de défaillances successives. J. REASON distingue trois causes qui jouent chacune un rôle dans la survenue d'un accident :

- les « erreurs latentes », qui sont dues à un problème d'organisation, de communication
- les « erreurs patentes », qui sont le fait des professionnels
- les « défenses en profondeur » ou « barrières de sécurité » qui sont défaillantes

Le Dr P. ROUSSEL, alors chef de projet à la HAS, avait repris ce modèle pour illustrer le cheminement de la survenance d'une erreur médicamenteuse : chaque trou dans la tranche de gruyère représente une faille dans les différents niveaux de défense que sont notamment le contexte institutionnel, le patient lui-même, ou encore les équipes soignantes²⁵. Ainsi, se conjuguaient aux facteurs humains (fatigue, manque de connaissance, pratiques défectueuses) non seulement des facteurs environnementaux²⁶ tels que des interruptions de tâches, un éclairage insuffisant, un local inadapté à la préparation des médicaments mais également des facteurs organisationnels comme des remplacements réguliers de personnels, des glissements de tâche, une mauvaise coordination entre les acteurs etc... C'est ce que souligne l'AFSSAPS également en faisant référence à « *l'organisation systémique du processus de prise en charge thérapeutique du patient (organisation du circuit du médicament, facteurs humains, facteurs environnementaux, pratiques professionnelles, etc.)*²⁷ ».

²⁴ IGAS, 2011, Op. cit., p. 2

²⁵ Annexe 2 : Le concept de « défense en profondeur » de P. ROUSSEL, selon le « *Swiss Cheese Model* » de J. REASON

²⁶ Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*, 1^{ère} édition, p. 42-43

²⁷ AFSSAPS, juin 2009, Loc. cit.

1.3 Vers un renforcement de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

L'intérêt de la quantification et de l'analyse des erreurs médicamenteuses réside bien évidemment dans le fait qu'elles sont une source d'information indispensable à la mise en place d'actions efficaces destinées à renforcer la sécurité du circuit du médicament. En effet, l'analyse de l'existant est un préalable essentiel pour identifier les carences et établir ensuite un plan d'actions efficace. Sur la question de la sécurisation du circuit du médicament, force est de constater que le secteur médico-social n'est pas aussi avancé que le secteur sanitaire (1.3.1). Néanmoins, cela semble moins vrai aujourd'hui qu'hier, la prise en charge médicamenteuse en EHPAD devenant progressivement un réel sujet de préoccupation (1.3.2).

1.3.1 Le retard du secteur médico-social sur le secteur sanitaire

Les établissements médico-sociaux accusent un retard dans la démarche de sécurisation par rapport aux établissements de santé, comme a pu le souligner le Dr V. en affirmant que « *Les hôpitaux se sont intéressés plus tôt que les EHPAD aux problématiques du circuit du médicament* ». En attestent les études telles que ENEIS et SECURIMED susmentionnées, pour lesquelles il n'existe pas d'équivalent dans le secteur médico-social. En découle *in fine* une sensibilisation moindre des professionnels exerçant en EHPAD par rapport à ceux exerçant en CH à la question de la sécurisation.

Pour autant, l'inscription des établissements médico-sociaux dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, rendue obligatoire en 1999 au moment de la réforme de la tarification, avait déjà constitué un premier pas en ce sens. En effet, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle²⁸ conclue avec les autorités de tarification abordait déjà la thématique du médicament, notamment dans ses annexes I et II dans lesquelles étaient définis respectivement les rôles de l'infirmier dit référent et du médecin coordonnateur en matière de médicaments. Afin de mieux répondre à l'obligation d'évaluation interne et externe instaurée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²⁹, des référentiels ont donc été mis à disposition des établissements pour mener leur évaluation, faisant apparaître la prise en charge médicamenteuse comme un critère de qualité. Ainsi, en 2000 le guide

²⁸ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO n°98 du 27 avril 1999, p. 6256

²⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002, Texte n°2, p. 124

« *Application Nationale pour Guider une Évaluation Interne de la Qualité pour les Usagers des Établissements* » (ANGÉLIQUE)³⁰ octroie une importance particulière à la gestion des médicaments en EHPAD, tout comme le manuel EVA³¹ dédié à l'évaluation externe. Au niveau départemental, en Ille-et-Vilaine, un référentiel³² qualité avait également vu le jour en 1999 au sein duquel étaient abordées différentes questions traitant du médicament en suivant les différentes phases de son circuit, ce qui illustre une nouvelle fois l'intérêt naissant pour cette question.

Néanmoins, ces référentiels n'abordent que sommairement la gestion du médicament, notamment s'agissant du référentiel ANGÉLIQUE qui ne dissocie pas les différentes étapes du parcours du médicament. De plus, s'ils traitent tous de cette thématique, ils ne le font pour autant que dans le cadre d'une évaluation globale de la qualité de l'établissement et ne sont pas spécifiquement dédiés à l'analyse du circuit du médicament dans son ensemble comme pouvait le faire dès 1986 le guide de bonnes pratiques³³ élaboré à destination des établissements de santé. Il en va toutefois différemment s'agissant des EHPAD qui disposent d'une PUI puisque les règles de fonctionnement de celles-ci doivent être conformes à celles régissant le fonctionnement des pharmacies hospitalières, telles qu'elles figuraient dans l'arrêté du 22 juin 2001 et ses annexes³⁴. Cet emprunt du secteur médico-social au secteur sanitaire illustre bien le retard du premier sur le second.

L'explication semble pouvoir résider dans le fait que l'hôpital est un lieu de soins tandis que l'EHPAD est d'abord un lieu de vie ; à l'origine d'ailleurs, les besoins en soins en EHPAD et la consommation de médicaments n'étaient pas aussi importants qu'ils le sont aujourd'hui. S'y ajoute la proximité avec les résidents en EHPAD, qui permet une connaissance plus fine de leur traitement et donc de diminuer les risques d'erreurs. Pour ces raisons, la question du médicament avait une résonance plus forte à l'hôpital qu'en EHPAD. Ceci est encore vrai comme l'illustrent l'arrêté du 6 avril 2011 et la circulaire de 2012³⁵ traitant du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui sont spécifiquement dédiés aux établissements de santé. Toutefois, malgré ce retard, il semblerait que les EHPAD se soient à présent saisis de cette question ; ils œuvrent ainsi de manière de plus en plus forte dans le sens d'une sécurisation de leur circuit du médicament.

³⁰ *Améliorer la qualité en EHPAD, Guide d'accompagnement ANGÉLIQUE*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000

³¹ *EVA : manuel d'évaluation de la qualité des EHPAD*, CEDIS, FHF, Foulayronnes, 2002

³² *Le Référentiel de qualité des EHPAD*, Ille-et-Vilaine, 1999

³³ *Pratiques de bonne dispensation des médicaments en milieu hospitalier*, Secrétariat d'État chargé de la santé, fascicule spécial, 1986, n°86/11 bis

³⁴ Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, JO n°152 du 3 juillet 2001, p. 10612

³⁵ Circulaire DGOS/PF2 n°2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

1.3.2 L'émergence de nombreux outils de sécurisation à destination des EHPAD

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des aînés, et notamment de ceux résidant en institution, devient une réelle préoccupation nationale comme l'illustre le « *Plan National d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées* », qui consacre un axe entier aux résidents d'EHPAD³⁶. Progressivement, de nouveaux outils sont élaborés pour aider les établissements médico-sociaux à évaluer spécifiquement leur circuit du médicament ; ils jouent donc en ce sens un rôle de sensibilisation des professionnels à cette thématique.

Il en va ainsi par exemple de l'outil d'auto-diagnostic élaboré par l'ARS Pays de la Loire en 2012 afin d'aider les EHPAD à réaliser un audit de leur circuit du médicament. Au niveau national, « *Inter Diag Médicaments en EHPAD* » (l'un pour ceux avec PUI, l'autre pour ceux qui n'en possèdent pas), a été mis à la disposition des établissements par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Il est à noter que ce même instrument d'évaluation avait déjà été conçu pour les établissements de santé dans un premier temps. Il existe donc une volonté d'adapter les outils en reconnaissant ainsi la spécificité du secteur médico-social. Aussi, la première version parue en 2013 a-t-elle été revue et améliorée suite aux retours d'expérience des professionnels qui avaient pu l'utiliser, afin qu'elle soit davantage conforme à la réalité des établissements concernés. De plus, afin d'en faciliter l'appropriation et l'utilisation par les professionnels, la deuxième version sortie en 2017 est accompagnée d'un guide. Cela fait écho à ce que Monsieur Z. a pu affirmer lors d'un entretien : « *l'une des difficultés c'est que beaucoup de ces outils là sont issus du sanitaire (...) et je les trouve parfois un peu lourds pour les EHPAD* ».

La sensibilisation des professionnels exerçant en EHPAD aux enjeux de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents passe également par la publication de différents outils de communication mettant en avant les points de vigilance à connaître ainsi que les bonnes pratiques professionnelles à adopter en la matière. Les ARS construisent donc différents supports de communication. Ainsi, de nombreux guides sont réalisés tel que le guide « *Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD* » de l'ARS Normandie et l'OMÉDIT en 2013, le guide de « *Sécurisation du circuit du médicament pour les EHPAD sans PUI* » de l'ARS Rhône-Alpes mis à jour en 2014 ou encore la plaquette « *Bonnes pratiques à partager et à développer* » publiée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine en 2015. En 2016, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) a elle aussi publié

³⁶ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Paris, 2015

une fiche-repère « *Prise en charge médicamenteuse en EHPAD* » exposant les bonnes pratiques professionnelles devant être adoptées.

Au-delà de ces ressources essentielles mais davantage destinées à donner un cadre général aux établissements, les ARS et les OMÉDIT produisent également des documents pratiques qui peuvent être utilisés directement par les EHPAD pour sécuriser l'administration des médicaments. Il s'agit par exemple de la mise à disposition pour les EHPAD qui n'en possèdent pas, d'une liste préférentielle des médicaments définissant ceux à utiliser en priorité au sein de l'établissement (et nécessitant que les médecins prescripteurs se l'approprient) mais aussi d'une liste des spécialités pouvant ou non être écrasées ou ouvertes, ou enfin d'une liste des médicaments pour soins urgents.

La multiplication des supports traitant de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD illustre donc le fait que cette question est désormais au cœur des préoccupations. Il est permis de s'interroger sur l'origine de ces initiatives somme toute assez récentes en faveur d'un renforcement de la sécurité, en l'absence d'enquêtes permettant de connaître précisément le nombre d'erreurs survenant en établissement médico-social. D'une part, cela semble pouvoir s'expliquer par le fait que, bien que toutes les erreurs ne soient pas remontées aux ARS, certaines le sont débouchant parfois sur une inspection à l'occasion de laquelle des pratiques sources de risques peuvent être mises en lumière. D'autre part, car sur la partie « soins » qui intéresse l'ARS, le circuit du médicament est central. Enfin, car les conséquences des erreurs médicamenteuses peuvent être dramatiques pour le sujet âgé (cf. *supra*). Aussi, une attention toute particulière est portée à cette question, à tel point d'ailleurs qu'une fiche lui sera dédiée dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Nous avons donc pu voir à travers ce premier titre que les établissements médico-sociaux, et en particulier les EHPAD, se trouvent de plus en plus sensibilisés à la question de la sécurisation du circuit du médicament. Ceci notamment s'agissant de la phase d'administration puisqu'étant souvent le fait des professionnels de l'établissement (régulièrement pour la préparation des médicaments et systématiquement pour la distribution/prise), il leur incombe de rechercher à diminuer au maximum le risque d'erreurs intervenant au cours de ces étapes. Il appartient donc au directeur d'établissement, garant de la sécurité des résidents, d'impulser une dynamique en ce sens et d'actionner les leviers dont il dispose pour impliquer les différents acteurs dans cette démarche.

2 La mise en place d'une démarche continue de sécurisation de l'administration des médicaments au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE »

Etudier la sécurisation de l'administration des médicaments à l'EHPAD de Retiers paraissait tout à fait opportun compte tenu de l'intérêt que porte l'établissement à ce sujet et du mouvement amorcé dans ce sens. La diversité des méthodes d'enquête a permis de rassembler de nombreuses informations essentielles pour mener cette réflexion ; l'étude des documents de l'établissement s'est donc conjuguée à la fois à l'observation et à la participation aux réunions, et aux différents échanges avec les professionnels exerçant dans la structure.

Après avoir présenté l'établissement afin de mieux cerner le terrain d'observation (2.1.1), la démarche entreprise dans le sens d'une sécurisation de l'administration des médicaments sera exposée (2.1.2) puis seront abordés et analysés successivement, à la manière de la matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)³⁷, les forces et opportunités (2.1.3) ainsi que les faiblesses et menaces (2.1.4) repérées.

2.1 L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » de Retiers

Préalablement à l'étude des points positifs et des difficultés existantes dans la démarche de sécurisation de l'administration des médicaments, il apparaît essentiel de présenter les caractéristiques générales de l'établissement (2.1.1) et d'explicitier son rôle ainsi que son organisation pour ce qui concerne la gestion des traitements de la population qu'il accueille (2.2.2).

2.1.1 Présentation de l'établissement

L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » est un établissement public autonome habilité à l'aide sociale, situé dans la commune de Retiers en Ille-et-Vilaine. Si son histoire remonte à la fin du XIXème siècle, l'établissement tel qu'il existe aujourd'hui est le fruit d'une fusion en 2001 entre l'ex maison de retraite et l'ancien foyer logement ; il s'étend sur 9 000 m². L'architecture des bâtiments est donc ancienne, ce qui complique parfois l'organisation en raison du manque de locaux ainsi que des différences de niveaux. L'établissement est organisé en quatre secteurs : les Violettes et les Coquelicots au premier niveau, les Mimosas et les Orangers au second niveau. Les bureaux

³⁷ Il s'agit d'un outil d'analyse, emprunté au marketing, des forces et faiblesses (internes), ainsi que des opportunités et menaces (externes) de l'entreprise.

administratifs, le reposoir et la chapelle sont quant à eux situés au rez-de-chaussée. Enfin, quelques locaux techniques se trouvent en sous-sol.

Il accueille 96 résidents au sein de chambres individuelles et doubles pour les couples (pour cinq d'entre elles), en hébergement permanent, avec un prix de journée qui s'élève, en 2017, à 61,82 €³⁸. Il appartient à l'ensemble du personnel d'accompagner ces résidents, tant en ce qui concerne les soins dont ils peuvent avoir besoin, que s'agissant de toutes les tâches hôtelières et d'administration, indispensables à la qualité de la prise en charge globale. A l'heure actuelle, l'établissement dénombre 53,90 Equivalents Temps Plein (ETP)³⁹, dont 42 ETP affectés à la dépendance (aide aux repas, ménage, hôtellerie etc...) et aux soins, à savoir des AS, des AMP, des ASH, des IDE, une cadre de santé, une psychologue (0,3 ETP) et une ergothérapeute (0,8 ETP). La cuisine étant réalisée en interne, quatre personnes travaillent dans ce service. L'EHPAD emploie également deux animateurs chargés de faire vivre le projet de vie sociale de l'établissement, deux adjoints administratifs, un qualicien (0,5 ETP) ainsi qu'un agent de maintenance. Une éducatrice sportive assure également des ateliers de prévention des chutes, et de nombreux bénévoles viennent en soutien aux animateurs pour assurer des temps d'animation auprès des résidents. Enfin, une infirmière hygiéniste intervient dans l'établissement afin de sensibiliser les professionnels et particulièrement l'équipe soignante, aux règles d'hygiène.

En outre, la qualité de l'accompagnement des résidents dans sa globalité commandant une bonne coordination entre les différents acteurs internes et externes à l'établissement, l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie Curie » œuvre dans le sens du développement du travail en réseau et de la coopération. À ce titre, des conventions sont passées avec les autres EHPAD du territoire ainsi qu'avec des centres hospitaliers pour offrir aux résidents un accompagnement optimal, grâce à la complémentarité des professionnels (par exemple s'agissant de l'accès aux soins bucco-dentaires). D'autres sont conclues avec les services de l'Hospitalisation À Domicile (HAD) pour la prise en charge de la douleur notamment, ou encore avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier pour l'intervention de l'équipe mobile d'infirmières en soins psychiatriques.

Au niveau communal, nombreux sont les professionnels extérieurs à l'établissement qui interviennent en son sein. Il en va ainsi des médecins libéraux, des kinésithérapeutes mais également des pharmaciens qui livrent les médicaments des résidents, dont la gestion est souvent assurée par l'équipe soignante de l'EHPAD.

³⁸ Le prix de journée hébergement est fixé à 55,80 € et le talon dépendance à 6,02 € pour un total de 61,82 €

³⁹ Nombre d'ETP inscrits au tableau des effectifs

2.1.2 L'accueil de personnes âgées dépendantes aidées dans la gestion de leur traitement

En lien avec les objectifs fixés au sein de la dernière convention tripartite signée le 1^{er} octobre 2015 avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Départemental (CD), le nouveau projet d'établissement a vu le jour au premier trimestre 2016. Ce document, feuille de route de l'établissement pour les cinq années à venir, rappelle la mission de l'EHPAD qui est celle d'accueillir, d'aider, et d'accompagner au quotidien des personnes âgées dépendantes. Si l'accueil peut se faire dès 60 ans, il convient de souligner néanmoins que l'entrée au sein de l'établissement est de plus en plus tardive, l'âge moyen – en constante évolution depuis 2012 – se situant aux alentours de 86 ans. S'agissant de la moyenne d'âge, qui est de 85 ans, elle est légèrement plus élevée chez les femmes qui représentent 69% des résidents, que chez les hommes (31%). La plupart des résidents sont originaires de la commune de Retiers (47,9%), les autres venant du canton (pour 25% d'entre eux), du département (20,8%) ou d'autres départements (6,6%). Ainsi, une grande partie des résidents était déjà suivie par un médecin de Retiers et s'approvisionnait auprès de l'une des deux pharmacies avant son entrée dans l'établissement ce qui permet en ce sens, une certaine continuité.

En fonction de leur degré de dépendance, les résidents sont considérés comme appartenant à l'un des 6 Groupes Iso-Ressources existants (GIR). Cette classification en GIR permet ensuite de calculer le niveau moyen de dépendance de l'ensemble des résidents, le GIR Moyen Pondéré (GMP). Suite à la dernière réévaluation en fin d'année 2016, celui-ci s'élève à 653 contre 677 auparavant. De plus, les personnes accueillies souffrent généralement d'une voire plusieurs pathologies. Partant, le niveau de besoin en soins des résidents, appelé Pathos Moyen Pondéré (PMP), doit lui aussi être réévalué régulièrement : il semble être désormais davantage en adéquation avec la réalité de l'établissement puisque la dernière coupe, effectuée concomitamment à celle du GMP, l'a fait passer de 134 à 180.

Les résidents consommant de plus en plus de médicaments et étant moins autonomes, délèguent donc presque systématiquement la gestion de leur traitement aux infirmières de l'EHPAD. Toutefois, il est important de souligner que l'entrée en établissement n'entraîne pas *ipso facto* une telle délégation aux IDE puisque les résidents les plus autonomes peuvent continuer à s'en charger eux-mêmes ou alors en confier la gestion à des proches. Pour les résidents aidés dans la conduite de leur traitement, c'est-à-dire la plus grande majorité d'entre eux, une organisation a été mise en place, en lien avec les médecins libéraux et les pharmaciens. Il convient de souligner que l'EHPAD

interagit avec les deux pharmacies de la commune puisque le choix de la pharmacie revient au résident : ainsi, l'une fournit les médicaments pour 63 des résidents tandis que l'autre les fournit pour les 33 autres résidents. Il ne dispose donc pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

S'agissant de la gestion des traitements, une fois la consultation effectuée, le médecin traitant saisit l'ordonnance dans le logiciel de soins « Projet de Soins Informatisé » (PSI) de l'établissement. Si les médecins viennent à échéance régulière, c'est-à-dire tous les mois, pour les renouvellements de traitement de plusieurs résidents, ils viennent également pour des consultations ponctuelles en fonction de l'état de santé de ceux-ci. Les IDE transmettent ensuite les ordonnances à la pharmacie correspondante qui prépare alors les boîtes de médicaments dans des sacs individuels au nom du résident. La livraison est quotidienne, notamment en raison des modifications de traitement, et les interactions avec chacune des pharmacies sont très nombreuses.

Lorsque les médicaments sont livrés à l'EHPAD, des infirmières en assurent la réception et le stockage, dans des bannettes nominatives pour chaque résident. Ensuite, à tour de rôle les IDE procèdent à la préparation des piluliers pour une semaine ; cette tâche est chronophage puisque environ deux journées de 7h30 par semaine (les lundis et jeudis de 8h à 16h) y sont consacrées. Cela ne concerne que certaines formes galéniques (gélules, comprimés, sachets) puisque les autres formes telles que les pommades, les collyres, les sirops n'entrent pas dans les piluliers.

Ce sont également les IDE qui assurent les prises du midi et du soir, tandis que celles du matin et du coucher sont distribuées, sur délégation de celles-ci, par les AS, les AMP mais aussi les ASH. Dans ce cas, les infirmières transfèrent donc les médicaments correspondants du pilulier dans des petites boîtes individuelles nominatives, sur lesquelles ont été apposées récemment les photographies des résidents, afin d'éviter toute erreur d'identification conduisant à administrer le médicament d'un résident à un autre résident, en particulier en cas d'homonymes. Il est à noter que les AS n'administrent pas uniquement les médicaments par voie orale ; il arrive en effet qu'elles administrent des médicaments sous d'autres formes (suppositoires par exemple, dans le cadre du protocole correspondant). Pour les prises du midi et du soir, la distribution se fait directement au moyen du chariot de médicaments qui contient l'ensemble des piluliers, mais également, sur le dessus, les sirops et les gouttes buvables préparées extemporanées dans des verres au nom des résidents. Enfin, les collyres et les pommades sont administrés par les IDE soit directement dans la chambre du résident, soit avant le repas dans la salle de soins.

2.2 Un établissement impliqué dans la recherche d'une meilleure sécurité de la préparation et la distribution des médicaments

L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » porte un réel intérêt à la question de la sécurisation du circuit du médicament, et particulièrement de la phase d'administration. En effet, un groupe de travail a été constitué pour réfléchir collectivement à cette question (2.2.1), puis un audit interne suivi d'un plan d'actions ont été réalisés dans l'objectif d'améliorer encore la qualité de l'administration des médicaments entendue au sens large (2.2.2).

2.2.1 La mise en place d'un groupe de travail sur le circuit du médicament

Le constat fait par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) dans son Dictionnaire de l'erreur médicamenteuse selon lequel « *Actuellement, une prise de conscience du risque lié au médicament s'instaure progressivement* »⁴⁰, est particulièrement vrai en ce qui concerne l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » puisque une démarche en faveur d'une sécurisation du circuit du médicament a été entreprise depuis plusieurs années.

En effet, un groupe de travail constitué en 2014 s'est saisi de cette question, ce qui illustre la volonté des professionnels de l'établissement de remettre en cause leurs pratiques en vue de les améliorer. Il est à noter qu'une telle initiative n'est pas née d'une erreur particulière identifiée par l'équipe soignante et ayant mis en jeu la santé d'un résident, mais bien d'un souhait de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité en s'interrogeant sur les modes de fonctionnement et d'organisation existants. L'idée de travailler dans le sens d'un renforcement de la sécurité du circuit du médicament a vu le jour suite à l'évaluation interne réalisée en 2012. Elle mettait en évidence la nécessité de construire un projet de soins ; un premier groupe de travail s'est donc constitué pour réaliser le projet et établir un plan d'amélioration qui a vu le jour au début de l'année 2014. Le circuit du médicament a alors été identifié par les professionnels comme étant l'une des priorités de l'établissement pour améliorer la qualité des soins.

Le caractère pluridisciplinaire de ce groupe en fait la richesse, puisque des professionnels aux compétences complémentaires le composent. Ainsi, la cadre de santé, deux infirmières mais aussi le qualicien se réunissaient dans le cadre du travail mené autour de la sécurisation de la chaîne du médicament. Toutefois, il est permis de regretter

⁴⁰ SNFPC, Op. cit., p. 5

l'absence d'AS dans la mesure où celles-ci interviennent dans la distribution des médicaments et l'aide à la prise ; à ce titre leur participation au groupe de travail aurait pu être utile non seulement pour les sensibiliser à cette question en les faisant prendre part aux travaux, mais également en les invitant à exprimer leurs difficultés éventuelles et proposer des actions tendant à y remédier. La communication par les membres du groupe de travail des compte-rendu de réunions à l'ensemble des professionnels de l'établissement ainsi que le déploiement d'actions de sensibilisation ont tout de même permis d'impulser un mouvement général dans le sens d'une sécurisation du circuit du médicament au sein de l'EHPAD. En effet, il s'agit là de l'un des axes centraux du projet d'établissement élaboré pour la période 2016-2020 qui constitue la feuille de route de l'établissement. Toute une partie est dédiée au circuit du médicament, présentant les atouts de l'EHPAD en la matière ainsi que ses difficultés, mais également les objectifs à atteindre pour renforcer encore la sécurité. Cette thématique est donc prégnante au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » dans la mesure où elle anime les professionnels concernés.

Néanmoins, si l'équipe soignante est sensibilisée sur le sujet, il semblerait que la mise entre parenthèses du groupe de travail ait ralenti la démarche enclenchée, les professionnels étant désormais un peu moins en alerte sur cette question. En effet, le départ du qualitatif, la diminution de la quotité de temps de travail de la cadre ainsi que l'absence prolongée de l'une des IDE membre du groupe, conjuguées à l'arrivée de nouveaux agents au sein de l'équipe soignante ont quelque peu freiné la dynamique au cours de l'année 2016, sans pour autant que la sécurisation du circuit du médicament soit elle aussi mise entre parenthèses.

À la fin du premier trimestre 2017, le groupe de travail s'est reconstitué en attendant l'arrivée de la nouvelle qualifiée. Il comprend alors désormais la cadre de santé, l'une des deux infirmières déjà présente dans la première composition du groupe, et une autre IDE volontaire pour y participer. En raison de la présence de cette nouvelle IDE au sein du groupe, la première réunion s'est concentrée sur l'état des lieux des travaux menés par le groupe de travail depuis 2014, avec cette difficulté de reprendre lesdits travaux là où ils en étaient restés. Il faudra donc un peu de temps au nouveau groupe de travail pour reprendre la démarche entreprise et tout mettre en œuvre pour la pérenniser au-delà des arrivées et départs d'agents, ainsi que des arrêts de travail, « inhérents » à la vie d'un établissement médico-social. Néanmoins, malgré le fait que le groupe de travail ait été mis temporairement en *stand-by*, force est de constater qu'il y a une mobilisation des professionnels de l'établissement, qui se sont autosaisis de cette question, dans le sens d'une sécurisation des différentes étapes de l'administration des

médicaments, ce qui constitue un préalable indispensable à la mise en place d'actions efficaces.

2.2.2 Un groupe de travail actif : la réalisation d'un audit et l'élaboration d'un plan d'actions

Le groupe de travail, soucieux d'inscrire cette démarche qualité dans la durée, a donc procédé selon le modèle de Deming, à savoir : planifier, faire, vérifier puis enfin agir. Le qualitatif, qui dispose de compétences essentielles pour mener une telle démarche, a donc joué un rôle important dans sa mise en œuvre, en accompagnant l'équipe infirmière.

Ainsi, préalablement au déploiement de toute action, le groupe de travail a réalisé en décembre 2014 un audit du circuit du médicament afin de dresser un état des lieux de l'existant. Comme l'a souligné M. Z., PHISP à l'ARS, il arrive que les travaux dans le sens d'une sécurisation du circuit du médicament soient menés par les professionnels de l'EHPAD dans le cadre d'une inspection de l'ARS : « *On peut demander de mettre en place des circuits de déclaration, de mettre en place des retours d'expérience (REX), de faire régulièrement des audits du circuit du médicament* ». En l'espèce, une inspection de l'ARS intervenue en 2011 avait longuement abordé la question du circuit du médicament et mis en exergue les axes d'amélioration sur lesquels l'établissement devait se concentrer. Aussi, le groupe de travail s'est saisi de la première version de l'outil « *Inter Diag Médicaments en EHPAD sans PUI* », mis à disposition des établissements par l'ANAP pour leur permettre de s'auto-évaluer. Ce référentiel se compose de quatre onglets qui sont les suivants : le niveau de risque structurel de l'établissement, le contexte et la politique de sécurisation dans l'établissement, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et la sécurisation du stockage.

Parmi les différents axes de sécurisation identifiés dans l'outil, c'est celui relatif à la préparation et l'administration qui nous intéressera principalement puisqu'il s'agit là de l'objet de ce mémoire ; les axes relatifs à la prévention et au pilotage seront tout de même pris en compte dans la mesure où ils jouent également un rôle sur la qualité de la préparation et de l'administration. Il est à noter également que le niveau de maîtrise du risque sur ces deux étapes (63%) bien que correct, figure parmi les plus bas par rapport aux niveaux de maîtrise du risque des autres axes de prévention et concentre donc une grande partie des actions à déployer afin de les sécuriser.

L'audit a également permis d'identifier les causes des erreurs survenant durant la préparation et la distribution des médicaments. S'agissant de la préparation, l'inadaptation du local ainsi que l'organisation du travail existante ont été identifiées comme étant à l'origine des erreurs. En effet, l'infirmière qui prépare les piluliers dans la salle de soins est régulièrement interrompue dans sa tâche ce qui conduit à réduire son attention et à multiplier le risque d'erreurs. Pour ce qui est de l'administration au sens strict des médicaments, le groupe de travail a relevé un manque de sensibilisation de l'équipe soignante à la question du médicament. Il s'agit là d'une source d'erreurs non négligeable, puisque les AS et les AMP sont amenés à distribuer les médicaments et à aider les résidents à leur prise.

L'identification des axes d'amélioration a constitué le point de départ à la mise en place d'un plan d'actions, défini par le groupe de travail. Ce plan dresse donc la liste des actions à mener pour chaque item de sécurisation, en fixant des échéances auxquelles elles devront être effectives. Il désigne également les personnes référentes, en charge de telle ou telle action ce qui permet de donner plus de sens à ces actions et de se répartir les tâches. Certaines actions devaient donc être menées par la cadre de santé, tandis que d'autres devaient l'être par les IDE ou encore la Direction ou le qualicien puisque l'ensemble des professionnels joue un rôle essentiel dans la sécurisation du circuit du médicament. Afin de suivre leur état d'avancement, le groupe de travail s'est donc réuni trois fois entre 2015 et 2016 postérieurement à l'élaboration du plan d'action. Il ressort ainsi des comptes rendus de réunion qu'il s'attachait à vérifier si les essais pour améliorer la sécurité avaient été fructueux, quels avaient pu être les freins éventuels, de quelle manière était-il possible d'y remédier et enfin à ajuster les actions si nécessaire. Toutefois, la mise entre parenthèses du groupe de travail a somme toute « gelé » pour un temps donné la mise en place de nouvelles actions. C'est ce que déplorait la cadre de santé qui a souhaité reconstituer rapidement le groupe de travail afin de rester en alerte sur la question de la sécurisation.

Enfin, dans un souci d'efficacité, les membres du nouveau groupe de travail se sont rendus au sein d'autres EHPAD afin de voir leur organisation en termes de préparation des médicaments et distribution de ceux-ci et notamment comparer les différents systèmes existants. Sensibles à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, ils ont également assisté à leur demande à une journée de formation sur le circuit du médicament, afin d'être informés des bonnes pratiques, des points de vigilance à avoir et des nouveautés éventuelles.

Il y a donc un intérêt considérable des professionnels de l'établissement pour cette thématique qui s'explique probablement par le rôle que joue la cadre de santé en la matière. Celle-ci est particulièrement sensible à cette question et impulse donc auprès de l'équipe infirmière, un mouvement dans le sens d'une sécurisation du circuit du médicament. La mobilisation des agents, notamment ceux partie au groupe de travail, est également motrice puisque ce sont ces membres qui font vivre les différentes actions menées. Si de nombreux points positifs peuvent être identifiés dans la démarche de sécurisation de l'administration des médicaments et contribuent ainsi à la renforcer encore, des difficultés demeurent toutefois. C'est ce que permet d'identifier le travail d'enquête réalisé, en comparant notamment les actions préconisées et mises en place par le groupe de travail et la réalité des pratiques telles qu'elles existent aujourd'hui au sein de l'établissement.

2.3 Forces et opportunités identifiées : l'existence de bonnes relations avec les pharmacies et l'adhésion de l'équipe infirmière à la démarche de sécurisation

Pour sécuriser la phase d'administration de son circuit du médicament, l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » dispose de réels atouts, tant internes à l'établissement, qu'externes. Ainsi, les bonnes relations existant avec les pharmacies de la commune constituent une opportunité pour mener efficacement cette démarche, dans la mesure où la coopération entre les différents professionnels est un gage de qualité (2.3.1). De même, au niveau infra-établissement, l'adhésion de l'équipe infirmière aux actions destinées à offrir plus de sécurité aux résidents quant à leur prise en charge médicamenteuse, s'avère indispensable pour inscrire une telle démarche dans la continuité (2.3.2).

2.3.1 Une coopération efficace avec les deux officines de la commune

L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » entretient des liens étroits avec les deux pharmacies de la commune, qui fournissent chacune les médicaments pour une partie des résidents. En effet, la gestion efficace des traitements des résidents commande que l'équipe infirmière soit en contact régulier avec les officines. Il en va ainsi notamment s'agissant des modifications de traitement et donc de la livraison des médicaments correspondants, des urgences, ou encore de toute question relative à un médicament. Chaque jour, voire même plusieurs fois par jour, les IDE échangent donc avec les pharmaciens. Interrogée à ce sujet, l'une des IDE avait ainsi pu affirmer : « *Les relations*

sont bonnes avec les deux pharmacies. Ce qu'on apprécie avec la pharmacie A, c'est qu'elle fournit des bons de manquants quand elle livre les médicaments. C'est plus facile ensuite pour nous ». De telle sorte que, quand les IDE réceptionnent les médicaments, elles savent directement lequel parmi ceux figurant sur l'ordonnance du résident n'a pas pu être livré ce qui constitue une information utile pour l'IDE qui fera la préparation des piluliers. De leur côté, les deux pharmaciens ont également exprimé leur satisfaction quant aux relations entretenues avec l'équipe infirmière de l'EHPAD. S'agissant des bons de manquants, la pharmacie qui ne procédait pas jusqu'alors ainsi, a donc fait savoir au cours des échanges qu'elle était tout à fait disposée à le faire si cela était utile aux infirmières.

L'existence d'une bonne synergie avec les pharmacies est centrale en matière de sécurisation du circuit du médicament, comme en atteste l'outil « *Inter Diag Médicaments en EHPAD sans PUI* » qui dédie un item entier de l'axe de sécurisation relatif au pilotage, à cette question. Dans l'audit réalisé en 2014 néanmoins, l'absence de convention signée entre l'EHPAD et les officines constituait un facteur de risque en matière de sécurisation. Il est en effet indispensable de définir les modalités de coopération entre ces deux acteurs centraux intervenant dans le circuit du médicament. Aussi, au début de l'année 2017, le directeur a organisé une rencontre avec chacune des deux pharmacies, afin d'échanger sur les relations et l'organisation existantes et de signer une convention. Il s'agit là d'ailleurs d'une obligation légale pour les établissements ne disposant pas de PUI, telle que définie à l'article L. 5126-6-1 du CSP. De ce point de vue, le directeur joue un rôle fondamental dans la mesure où c'est lui qui impulse la politique de l'établissement en matière de sécurisation du circuit du médicament, notamment en s'ouvrant sur l'extérieur ; il lui revient donc à ce titre de veiller à la qualité des relations entretenues avec les pharmacies. Toutefois, il est permis de regretter que ladite convention n'identifie pas de pharmacien référent spécifiquement, alors même qu'il s'agit d'un des critères de qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents. Cela semble pouvoir s'expliquer par le fait que la perception du rôle du pharmacien est encore cantonnée à la seule fourniture de médicaments et aux conseils ponctuels, sans que celui-ci soit réellement investi d'une mission au sein de l'EHPAD directement. En ce sens, pour les différents acteurs, il n'apparaît pas indispensable de désigner un pharmacien référent qui finalement continuerait de faire ce qu'il fait déjà à l'heure actuelle.

Les relations de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » avec les pharmacies vont au-delà de la signature d'une convention ou d'échanges ponctuels. En effet, à la demande du directeur et de l'équipe infirmière les deux pharmacies ont constitué ensemble une liste des médicaments écrasables et ouvrables. Ceci car, en

raison des troubles de la déglutition dont souffrent certains résidents ou des difficultés qu'ils peuvent avoir pour la prise de tel ou tel médicament du fait de sa forme galénique (gélule, comprimé), il peut parfois être utile d'en changer la forme, notamment dans le cas où il n'existe pas de forme plus adaptée. Ainsi, nombreux sont les médicaments qui sont ouverts ou écrasés et mélangés à des aliments tels que des yaourts, des compotes, des crèmes, pour en faciliter la prise.

Toutefois, comme l'a souligné le Dr V. : « *En écrasant le comprimé, cela risque de modifier complètement sa forme pharmacocinétique*⁴¹ ». Cela peut avoir des conséquences importantes pour le sujet âgé. Il est donc essentiel pour les infirmières qui préparent les médicaments de savoir quels sont ceux dont la forme peut être changée et quels sont ceux pour lesquels toute modification de forme galénique est interdite. L'élaboration d'une liste, qui comporte des pictogrammes pour en faciliter l'utilisation, est indispensable pour les infirmières, en ce sens qu'elle leur permet d'éviter tout risque d'erreur en écrasant un comprimé qui ne devait pas l'être. La première liste dont disposait l'équipe soignante datant de 2013, le directeur a demandé aux pharmacies de l'actualiser pour que les médicaments pris par les résidents y figurent tous. Les pharmaciens ont accepté d'en revoir le contenu, nécessaire au renforcement de la sécurité du circuit du médicament.

2.3.2 L'appropriation par les infirmières des actions de sécurisation : gage de pérennité de la démarche

L'adhésion de l'équipe infirmière aux actions menées en ce sens est également un atout considérable pour inscrire cette démarche dans la durée. L'équipe infirmière est composée, outre la cadre de santé, de quatre infirmières, soit 4,5 ETP en tout. L'une des infirmières étant en arrêt de travail prolongé, une IDE remplaçante a intégré l'équipe pour pallier cette absence ; c'est cette dernière qui a remplacé l'IDE absente au sein du groupe de travail nouvellement reconstitué. Il existe donc une mobilisation réelle de l'équipe infirmière pour améliorer la préparation et l'administration des médicaments en termes de sécurité ; mobilisation qui se communique ainsi aux nouvelles arrivantes. L'adhésion des équipes au projet en faveur d'un changement des pratiques est indispensable à sa réussite. En effet, il est difficile d'imaginer que les actions préconisées pour sécuriser la phase d'administration du médicament soient menées par les équipes si celles-ci ne voient pas leur intérêt. Ainsi, plus que la sensibilisation des professionnels, l'appropriation de la démarche par ceux-ci apparaît comme un préalable incontournable pour que la conduite du changement dans les pratiques puisse être effective et pérenne.

⁴¹ Dictionnaire Larousse, définition : « *Ensemble des phénomènes et des réactions qui se produisent après introduction d'un médicament dans l'organisme.* »

Au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » les IDE ont adhéré à la démarche de sécurisation et c'est l'une des raisons pour lesquelles plusieurs des actions visées dans le plan d'actions ont pu être adoptées plutôt aisément. L'audit du circuit du médicament avait fait ressortir certaines pratiques inadaptées, telle que l'utilisation pour les médicaments multi doses, d'un même flacon pour plusieurs résidents ou encore l'absence d'inscription de la date limite d'utilisation après ouverture de ces médicaments. Le groupe de travail avait donc préconisé de mettre fin à ces pratiques avec une échéance au premier trimestre 2015 ; la proximité de cette échéance s'expliquant par le fait qu'il ne s'agissait là que d'un changement d'habitudes et non pas d'un changement en profondeur comme pourrait l'être une réorganisation totale de la phase d'administration par exemple. Le plan d'actions ayant été élaboré à la fin de l'année 2014, il est intéressant de regarder aujourd'hui quel en est son état d'avancement. L'observation sur le terrain de stage m'a permis de constater que les actions entreprises se sont inscrites dans la durée. Deux ans après les préconisations du groupe de travail, les IDE utilisent un flacon multi doses par résident et inscrivent systématiquement la date limite de consommation sur chaque flacon.

Cette pérennité des actions entreprises semble pouvoir s'expliquer notamment par le fait que certaines des IDE ont pris part directement à la réflexion et ont donc participé activement à l'élaboration du plan d'actions. Ainsi, c'est bien parce qu'elles sont à l'origine du changement de certaines pratiques que ces quelques actions ont été adoptées sans difficulté. Il y a donc une co-construction du changement, ce qui permet de l'accepter. Cela fait écho à la pensée de Philippe BERNOUX pour qui « *Il n'y a acceptation du changement que quand les acteurs sont convaincus de la nécessité de ce changement, et qu'ils peuvent donner leur avis sur le type de changement qui doit avoir lieu*⁴² ». En outre, ce type d'actions peut facilement être maintenu dans la durée dans la mesure où il ne s'agit pas là de pratiques trop « contraignantes » dans le sens où elles ne sont pas particulièrement chronophages.

Enfin, cette appropriation par l'équipe infirmière de la démarche de sécurisation est également indispensable pour que l'ensemble des professionnels qui distribuent des médicaments et aident à leur prise soit lui aussi sensible à cette question. En effet, il incombe aux IDE de former les AS, AMP et ASH en interne. Il s'agit ici de s'assurer que ces agents aient des notions sur les médicaments et leurs risques, sur les différentes formes galéniques qui existent mais également qu'ils connaissent les règles de bonne pratique en la matière (vérification de l'identité du résident avant administration, écoute du

⁴² BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Éditions Seuil, p. 273-274

résident qui dit ne pas prendre tel médicament). Ceci d'autant plus que les remplacements et les nouvelles arrivées dans l'équipe des AS sont réguliers en particulier l'été. Ainsi, une réunion a-t-elle été organisée par l'EHPAD au cours de l'année 2015 par les infirmières au profit des AS et des AMP, afin de leur présenter le plan d'actions et l'intérêt d'une telle démarche et de les former. Toutefois, les contraintes de temps auxquelles sont confrontées les équipes freinent quelque peu ces initiatives. Or, il est indispensable qu'elles soient maintenues sur le long terme, et qu'elles soient répétées à échéance régulière afin que l'ensemble des agents soit en alerte sur cette question.

2.4 Des difficultés persistantes : freins à une sécurisation optimale des étapes de préparation et de distribution

L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » s'est trouvé confronté à quelques difficultés dans sa démarche de sécurisation de l'administration des médicaments. C'est ce qu'a pu faire ressortir notre étude comparative du plan d'actions et des mesures aujourd'hui réellement effectives, mais également les échanges avec les différents professionnels. Cette étude permet donc de mettre en évidence les points faibles existants et de comprendre les causes de l'échec de certaines préconisations. Le constat que nous avons pu faire est donc le suivant : certaines des actions entreprises ou simplement inscrites dans le plan d'actions n'ont pas pu être maintenues ou mises en œuvre tant pour des raisons tenant à l'organisation, au manque de temps (2.4.1), que pour des raisons tenant à l'architecture de l'établissement (2.4.2).

2.4.1 Des contraintes de temps et d'organisation ayant mis en échec certaines actions

L'audit a mis en évidence plusieurs carences dans la phase d'administration des médicaments au sein de l'EHPAD. Celles-ci sont toutes directement ou indirectement liées, et leur accumulation peut aboutir à une erreur d'administration au sens strict des médicaments. C'est ce que souligne le Guide « *Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD* » : « *L'administration (...) est la dernière étape pour mettre en œuvre une barrière ultime d'interception* »⁴³.

La première carence que soulignait l'audit tenait à l'absence de double contrôle des piluliers. En effet, il n'y avait pas d'étape intermédiaire entre la préparation et la distribution des médicaments, afin de s'assurer que les médicaments contenus dans les

⁴³ OMÉDIT et ARS Basse-Normandie, Op. cit., p. 23

piluliers étaient bien conformes à l'ordonnance. Le groupe de travail avait donc mis en place un double contrôle selon la méthode de l'échantillonnage. Ainsi une infirmière, autre que celle qui avait réalisé la préparation, devait sélectionner une fois par semaine cinq piluliers hebdomadaires de manière aléatoire et vérifier leur adéquation avec ce qui était inscrit sur l'ordonnance. Bien qu'il ne prenait que 30 minutes, de 14h15 à 14h45, ce double contrôle n'a pas pu être maintenu car était perçu comme trop chronophage, compte tenu notamment des arrêts de travail. Face à l'abandon tacite de cette mesure, le groupe de travail avait mis en place une nouvelle organisation, afin que les contrôles soient effectués en toute fin de journée. Néanmoins, cette nouvelle organisation n'avait pas rencontré un franc succès et avait également été abandonnée. Aussi, le problème de l'absence de double contrôle était toujours d'actualité au début de l'année 2017. Il est à noter toutefois que cette mesure, si elle permet de mesurer la fréquence des erreurs, n'en supprime que quelques unes, en fonction des piluliers qui sont contrôlés. Ainsi, le contrôle de manière aléatoire rencontre lui aussi des limites, l'idéal étant en effet un contrôle systématique de l'ensemble des piluliers ; il serait néanmoins quant à lui encore plus chronophage.

La deuxième carence tenait à la non-vérification au moment de la distribution des médicaments, de la concordance entre les doses préparées et la prescription afin de s'assurer que le bon médicament, à la bonne dose, soit donné au bon résident. Toutefois les IDE avaient testé cette mesure en 2013 mais l'avaient ensuite abandonnée, là encore par manque de temps. Elle pourrait pourtant constituer un garde-fou supplémentaire, destiné à contrer une éventuelle erreur médicamenteuse qui aurait pu survenir lors de la préparation et qui n'aurait donc pas pu être détectée en amont, en raison de l'absence de double contrôle des piluliers.

L'audit mettait également en évidence une pratique inadaptée à savoir l'administration au sens strict des médicaments par des AS en l'absence d'IDE. En effet, les médicaments devant être pris au moment des couchers notamment, sont donnés par les AS sans qu'il n'y ait d'IDE dans l'établissement. De sorte que, en cas de doute sur l'un des médicaments, l'AS ne peut pas se référer à une IDE. Cela s'explique par le fait que les EHPAD ne disposent pas toujours des moyens nécessaires pour assurer la permanence d'une infirmière dans les murs. L'administration anticipée du médicament avant le départ de l'IDE n'est bien entendue pas envisageable non plus, les moments de prises devant être strictement respectés. Partant, les contraintes organisationnelles sont telles qu'elles contreviennent aux bonnes pratiques de sécurité, destinées à éviter toute erreur. Ceci d'autant plus que des erreurs d'identité-vigilance peuvent intervenir au moment de l'administration, en particulier lorsque les AS sont en remplacement et qu'elles

ne connaissent pas encore tous les résidents. Dans une telle hypothèse, le seul fait de demander son nom au résident pour vérifier son identité n'est pas suffisant en raison des troubles dont peuvent souffrir certains résidents et pouvant les amener à confirmer une identité qui n'est pas la leur.

Le manque de temps, mais également les contraintes organisationnelles viennent donc entacher la démarche de sécurisation de la phase d'administration des médicaments. D'autres initiatives ont également été avortées en raison de l'insuffisance de place pour organiser différemment l'activité de préparation des médicaments.

2.4.2 Des contraintes liées à la configuration des locaux

Au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE », comme il l'a été souligné *supra*, ce sont les IDE qui préparent à tour de rôle les médicaments. Cette préparation s'effectuant dans la salle de soins, l'infirmière est donc dérangée régulièrement au cours de cette tâche. Effectivement, outre les allers et retours des IDE et des médecins dans la salle de soins, elle est également interrompue plusieurs fois dans sa tâche soit par les personnes qui y entrent, soit par le téléphone. Afin de mesurer l'ampleur de ce phénomène qui avait déjà été pointé du doigt par le groupe de travail, j'ai choisi d'aller observer le déroulement de la préparation des piluliers. Les conditions de préparation ne sont effectivement pas optimales : en une heure, il y a eu quatre entrées dans la salle de soins et l'IDE a été sollicitée quatre fois. Le constat en 2017 était donc le même que celui effectué au moment de l'audit. Ceci alors même que plusieurs actions ont été mises en place en 2015 par le groupe de travail pour tenter de remédier à ces difficultés qui compromettent la sécurité de la préparation.

Dans un premier temps, une pancarte indiquant « *Ne pas déranger. Préparation des médicaments en cours* » avait été apposée sur la porte d'entrée de la salle de soins afin de prévenir l'ensemble du personnel mais également les professionnels extérieurs que l'IDE était occupée et ne devait pas être interrompue. Pour autant, le problème a persisté car malgré la pancarte les différents professionnels continuaient à entrer dans la salle de soins au moment de la préparation des médicaments.

Face à l'échec de cette mesure, le groupe de travail avait donc opté dans un second temps pour que la porte de la salle de soins reste fermée durant la préparation. Toutefois, si aujourd'hui certaines IDE continuent de fermer la porte à clé, d'autres ont abandonné cette solution. En effet, les médecins ainsi que l'IDE qui est dans les services

se rendent régulièrement dans la salle de soins ; la fermeture n'est donc pas une solution adéquate.

La présence d'un seul local servant à la fois de salle de soins et de salle de préparation des piluliers constitue donc un véritable problème en termes de sécurité. En effet, afin d'éviter toute erreur dans la préparation des piluliers, il est indispensable que l'infirmière soit au calme, dans un local adapté et spécifiquement réservé à cette tâche. C'est l'une des recommandations figurant dans le Guide « *Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD* »⁴⁴, en vertu de laquelle il est nécessaire d'avoir un endroit dédié à la préparation. Ceci parce que l'interruption de tâche, en l'espèce consécutive à la présence d'un seul et même local, peut être source d'erreurs médicamenteuses puisqu'elle « *induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte* »⁴⁵. L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » se heurte donc à une difficulté tenant à la configuration des locaux, que les différentes mesures actionnées n'ont pas permis de dépasser.

Nous avons donc pu voir au cours de cette deuxième partie, que l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » s'est saisi de la question de la sécurisation de l'administration des médicaments, en réalisant d'abord un état des lieux de l'existant puis en se mobilisant pour améliorer tant les conditions de préparation que de distribution et d'aide à la prise. La mobilisation des équipes et particulièrement des infirmières s'est révélée indispensable à l'efficacité de certaines actions, de même que la coopération solide avec les pharmacies s'est avérée particulièrement aidante. En revanche, l'établissement n'est pas venu à bout de toutes les difficultés qu'il pouvait rencontrer dans sa démarche de sécurisation. Aussi, il appartient aux professionnels, sous l'impulsion du chef d'établissement, d'envisager les différentes pistes de réflexion ainsi que les leviers d'actions permettant de surmonter les difficultés existantes, pour une sécurité optimale.

⁴⁴ OMÉDIT et ARS Basse-Normandie, Op. cit.

⁴⁵ HAS, janvier 2016, *L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments. Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées*, p.5

3 Des éléments de réflexion pour renforcer la démarche de sécurisation

Plusieurs leviers peuvent être actionnés par le directeur afin de donner toute son effectivité à la démarche de sécurisation de l'administration des médicaments. En ce sens, l'externalisation de la préparation des médicaments auprès d'une officine, appelée préparation des doses à administrer (PDA), constitue une mesure tout à fait intéressante (3.1). Mais là n'est pas l'unique solution qui s'offre aux établissements médico-sociaux pour sécuriser leur circuit du médicament et particulièrement ses phases sensibles. En effet, l'impulsion par le directeur auprès de ses équipes d'une politique de sécurisation est indispensable et nécessite que les autres professionnels soient associés au maximum (3.2). Ce mouvement initié par le directeur peut trouver un écho dans le nouveau Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) mais également dans les différentes formes de coopération auxquelles l'EHPAD peut participer afin d'améliorer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse de ses résidents (3.3).

3.1 La réalisation de la préparation des doses à administrer par une officine, garante de sécurité

L'externalisation de la PDA auprès d'une officine permet de sécuriser pour une large part la phase d'administration des médicaments (3.1.1). À ce titre, elle semble être la solution adéquate pour les EHPAD, en particulier pour la « Résidence Pierre et Marie CURIE » qui ne dispose pas de lieu dédié à la préparation des médicaments (3.1.2). Néanmoins, si ses vertus en matière de sécurité semblent avérées, elle ne constitue pas pour autant une solution pouvant être transposée dans chaque établissement, en raison des difficultés diverses qu'elle peut entraîner (3.1.2).

3.1.1 La PDA : une mesure efficace pour sécuriser la préparation et la distribution des médicaments

La PDA est définie par l'Académie Nationale de Pharmacie comme suit : « *La PDA consiste à préparer (...), les doses de médicaments à administrer, de façon personnalisée, selon la prescription, et donc par anticipation du séquençage et des moments des prises, pour une période déterminée* »⁴⁶. Elle entre dans les prérogatives du pharmacien, comme l'indique l'article R. 4235-48 du CSP, et se distingue donc en ce sens

⁴⁶ Académie Nationale de Pharmacie, juin 2013, *La préparation des doses à administrer – PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament*, p.1

de la préparation des médicaments qui est le vocable utilisé pour désigner l'activité de préparation des piluliers par les infirmières.

De nombreux systèmes de PDA existent, et j'ai donc cherché à en observer plusieurs pour comprendre leurs modes de fonctionnement respectifs et avoir l'avis des professionnels. S'il en existe qui sont totalement automatisés à l'aide d'un robot, ce travail de recherche s'est néanmoins concentré sur la PDA manuelle (« semi-automatisée ») puisqu'elle est celle la plus envisageable pour un EHPAD seul, en raison du coût très élevé de l'automate. Certains piluliers sont réutilisables d'une fois sur l'autre et ont l'avantage d'être moins onéreux que les piluliers jetables. Parmi ceux-ci, il en existe plusieurs modèles, selon qu'ils mélangent tous les médicaments dans une même alvéole, ou qu'ils réservent une alvéole par molécule. Tous présentent des avantages et des inconvénients⁴⁷. Enfin, alors même que les recommandations en la matière préconisent que la PDA soit faite de manière hebdomadaire⁴⁸ certaines organisations, y compris pour les médicaments qui ne conservent pas leur conditionnement d'origine, sont mensuelles. Il convient de souligner par ailleurs que bien que les préconisations au travers les différents guides se multiplient, le cadre juridique de la PDA demeure toutefois encore un peu flou, les textes devant réglementer cette pratique étant toujours en attente de publication.

Pour autant, malgré les incertitudes qui persistent, il s'agit là d'une solution de plus en plus envisagée par les EHPAD dans la mesure où elle permet de sécuriser davantage tant la préparation des médicaments elle-même que les conditions d'administration proprement dite. Pour ces raisons, elle est encouragée par les ARS, comme en témoignent les différents outils mis à disposition des établissements comme le récent « *Guide pour la PDA en EHPAD et autres établissements médico-sociaux* »⁴⁹, ou encore le « *Guide de mise en place du partenariat EHPAD – Pharmacien d'Officine* »⁵⁰. C'est également la position de l'ARS Bretagne, relayée par Monsieur Z. qui affirme que « *L'ARS considère que la PDA est vraiment une garantie de qualité et permet de réduire le risque d'erreurs. Les erreurs de préparation et éventuellement les erreurs d'identité-vigilance* ».

Ce point de vue est partagé par les IDE rencontrées qui soulignent qu'elles sont désormais plus sereines puisque la PDA renforce la sécurité.

⁴⁷ Annexe 5 – Avantages et inconvénients des systèmes de PDA

⁴⁸ ARS PACA, 2017, *Guide pour la PDA en EHPAD et autres EMS*

⁴⁹ ARS PACA, Op. cit.

⁵⁰ ARS Pays de la Loire, 2016, *La PDA. Guide de mise en place du partenariat EHPAD – pharmacien(s) d'officine*, 27 p.

En effet, d'une part, parce qu'étant effectuée par un pharmacien ou un préparateur en pharmacie sous la responsabilité de ce premier, pour qui les médicaments sont la spécialité, elle est gage de sécurité.

D'autre part, car les différents systèmes existants permettent d'accompagner la personne qui fait la préparation grâce à des logiciels spécifiques. Ainsi, pour les systèmes semi-automatisés, les médicaments sont scannés et l'état de remplissage du pilulier apparaît à l'écran, ce qui permet de réduire les erreurs de préparation. Les systèmes robotisés sont quant à eux entièrement automatisés et donc regardés comme étant encore davantage sécurisés, le facteur humain potentielle source d'erreur étant moins présent que dans les préparations semi-automatisées.

Enfin, parce que les informations figurant sur les piluliers sont plus complètes bien que tous les systèmes de PDA n'offrent pas tous les mêmes possibilités. De telle sorte que les erreurs liées à des problèmes d'identité-vigilance sont moins fréquentes, puisque souvent la photographie du résident ainsi que le numéro de sa chambre sont apposés sur le pilulier.

3.1.2 Une solution idéale pour l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » en l'absence d'espace disponible pour la préparation

L'attribution d'un local dédié à la préparation des médicaments pourrait être une solution intéressante pour que l'infirmière soit moins dérangée lorsqu'elle prépare les piluliers. Or, l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » ne dispose pas de locaux disponibles pour envisager de transférer la préparation dans un autre lieu suffisamment excentré pour être au calme, sans être trop éloigné non plus de la salle de soins pour ne pas gêner l'organisation des IDE. Il est essentiel en effet pour l'équipe infirmière d'avoir accès facilement aux médicaments des résidents ; de ce point de vue, la proximité avec la salle de soins est donc nécessaire.

De plus, bien qu'il y ait des consignes interdisant de déranger l'infirmière qui prépare, les équipes la sollicitent facilement profitant de la présence simultanée au sein de l'établissement de deux infirmières. En effet, il peut s'avérer tentant de se tourner vers l'IDE de préparation lorsque l'autre IDE est déjà occupée dans les services. Il arrive également que cette dernière ait parfois besoin de l'aide de sa collègue qu'elle sollicite alors, l'interrompant dans sa tâche. Toutefois, interrogée à ce sujet, l'une des IDE a pu souligner qu'il était aussi parfois appréciable de pouvoir stopper la préparation, ressentie comme rébarbative et donc à ce titre comme pouvant être source d'erreur, pour ensuite y revenir avec un meilleur niveau de concentration.

Bien qu'étant une solution somme toute intéressante, l'existence d'un local séparé de la salle de soins pourrait donc trouver ses limites, puisqu'elle n'empêcherait pas que l'infirmière qui réalise la préparation des médicaments soit sollicitée. Aussi, l'externalisation de la préparation des doses à administrer (PDA) auprès d'une officine peut apparaître comme étant une mesure efficace pour surmonter ces difficultés.

Toutefois, si cette solution permet de sécuriser la phase d'administration, elle connaît elle aussi quelques limites. En effet, de nombreux médicaments n'entrent pas dans le cadre de la PDA : les sachets selon le système choisi, les gouttes, les sirops, les pommades... Cela s'explique par leur forme galénique, qui ne permet pas qu'ils soient mis en piluliers. Mais bien d'autres médicaments sont également exclus de ce système puisque seuls les traitements de fond sont mis en pilulier par les pharmaciens. Ainsi, les antibiotiques ne sont généralement pas inclus dans les piluliers, tout comme les anticoagulants dont le dosage fluctue régulièrement et ne peut donc pas être figé en amont, au moment de la préparation. De même, il arrive que certaines modifications de traitement interviennent après que les piluliers aient été livrés à l'EHPAD par la pharmacie. Dans une telle hypothèse, ce sont les IDE qui procèdent à l'ouverture des piluliers pour y introduire un médicament supplémentaire ou en retirer un.

Force est de constater que la PDA ne résout pas tous les problèmes en termes de gestion des médicaments en EHPAD mais elle permet de renforcer la sécurité concernant ceux qui entrent dans son giron. Pour les autres médicaments, l'organisation de la préparation devrait donc tout de même être revue afin de la sécuriser davantage. De plus, cela supposerait également que les IDE organisent les modalités d'un double contrôle afin de s'assurer de l'absence d'erreurs. Si les avis divergent sur la nécessité voire l'obligation pour l'EHPAD de réaliser un tel double contrôle des piluliers à leur réception, il en va différemment s'agissant du double contrôle devant être effectué au moment de l'administration proprement dite, afin de s'assurer que les médicaments qui vont être administrés au résident soient effectivement ceux inscrits sur l'ordonnance. Une partie du temps dégagé grâce au transfert de la préparation à l'officine pourrait donc être utilisé à cette fin.

À ce sujet, il convient de préciser que le temps « gagné » par l'équipe infirmière déchargée de cette tâche est non seulement difficilement quantifiable mais serait également somme toute assez relatif puisque le passage à la PDA nécessite que l'organisation soit revue et multiplie encore les interactions avec les pharmaciens. Une part importante de ce temps est donc consacrée aux échanges avec la pharmacie mais également au double-contrôle systématique des piluliers à leur réception. S'agissant de

ce dernier, tous les établissements rencontrés dans le cadre de cette recherche ne procèdent pour autant pas de la même façon : tandis que certains disent opérer un contrôle de l'ensemble des piluliers, d'autres se concentrent sur les piluliers des résidents dont le traitement a été modifié, afin de s'assurer que la modification a bien été prise en compte.

3.1.3 Une alternative intéressante à la sécurisation de la préparation en interne mais difficile à mettre en place

Il n'est pas toujours aisé de parvenir à externaliser la préparation des médicaments auprès d'une officine, les réticences à la mise en place d'une telle mesure pouvant être multiples. Ainsi, il peut arriver qu'entre le moment où le directeur envisage de recourir à cette solution et le moment où elle devient effective s'écoulent plusieurs mois voire plusieurs années. De même que cette solution, attrayante au départ, a pu être abandonnée par certains directeurs en raison des différentes oppositions.

En dépit des avantages en termes de sécurité et de gain de temps, l'équipe infirmière elle-même peut se montrer opposée au passage à la PDA, craignant de moins bien connaître les médicaments. C'est ce qu'affirme Mme X, IDE travaillant dans un EHPAD ayant externalisé la préparation des médicaments : « *Il y avait des appréhensions par rapport à cela, de ne plus les reconnaître* ». Les IDE mémorisent effectivement les médicaments des résidents en les préparant ; leur retirer cette tâche est donc source d'inquiétude même s'il s'avère, *in fine*, qu'en pratique cette méconnaissance des médicaments ne se vérifie pas. Le choix du système étant lui aussi important, la découverte de plusieurs d'entre eux par les IDE est donc essentielle, afin de voir lequel serait davantage adapté à leur organisation et aux besoins de l'établissement. Force est de constater que de nombreuses IDE sont bien plus favorables au système de piluliers réutilisables dans la mesure où il est très proche de celui qu'elles utilisent déjà. Il y a donc une forme de réticence au changement, une peur de l'inconnu, qui freine la mise en place de la PDA.

Il appartient donc au directeur d'accompagner les équipes au changement et d'encourager les infirmières à être parties prenantes à la démarche. Pour ce faire, il est essentiel que le directeur communique sur les raisons du changement, afin que les professionnels comprennent son intérêt et son sens. En effet, selon P. BERNOUX « *C'est en fonction du sens donné au changement que les salariés acceptent de*

*s'engager*⁵¹ ». En ce sens, le directeur doit faire preuve de pédagogie. Il doit également connaître les raisons des résistances lorsqu'elles existent, afin de parvenir à les faire tomber. Aussi, s'agissant de l'externalisation de la PDA, le directeur doit échanger avec les infirmières afin de comprendre quelles sont les causes de leur réticence face à l'introduction de ce changement dans leur organisation habituelle. Il peut donc être utile qu'il encourage les infirmières à rencontrer des collègues exerçant dans d'autres établissements qui utilisent la PDA afin de pouvoir leur soumettre leurs interrogations et partager leurs appréhensions.

Cependant, les pharmaciens peuvent eux aussi se montrer hostiles au transfert de cette tâche qui entraîne également un transfert de responsabilité pesant désormais sur la pharmacie. Le problème majeur de cette pratique, pointé du doigt par les pharmaciens, est d'ordre financier. Bien que certains EHPAD rémunèrent la PDA, cela semble rester relativement rare puisque sur les cinq EHPAD rencontrés dans le cadre de ce travail de recherche, seul l'un d'entre eux rémunérait la pharmacie pour cette prestation. L'Assurance maladie n'octroie pas non plus de rémunération aux pharmacies qui réalisent la PDA pour les établissements médico-sociaux. C'est ce que déploraient les pharmaciens interrogés, regrettant de ne pas percevoir la rémunération correspondant à cette charge de travail supplémentaire. Au-delà du coût en investissement pour l'achat du logiciel et du matériel nécessaire (bacs de transport, jeu de piluliers pour ceux réutilisables, aménagement d'un local adapté), les pharmaciens soulignent le coût en fonctionnement pour le recrutement d'une personne supplémentaire et l'achat des consommables c'est-à-dire des piluliers jetables. À l'inverse, la pharmacie qui accepte de faire la PDA pour l'EHPAD conserve ou récupère selon les situations, un chiffre d'affaire important. Certaines trouvent donc un intérêt à effectuer cette prestation au bénéfice des résidents même si la conclusion du contrat n'entraîne pas *ipso facto* le transfert de l'ensemble des résidents comme clients de la pharmacie. Ceux-ci conservent en effet, en vertu de l'article L.1110-8 du CSP, le libre choix de leur pharmacien.

Toutefois, l'un des pharmaciens m'a fait part de son incertitude s'agissant de son intention ou non de renouveler le contrat avec l'EHPAD, lorsque le premier serait arrivé à terme, en raison du coût que cela représente. Il peut donc arriver que le pharmacien se désengage ou bien qu'il renégocie les conditions, notamment en demandant à l'EHPAD de rémunérer cette prestation. Ainsi, soit le directeur accepte de rémunérer cette prestation, soit il fait marche-arrière et revient à l'organisation préexistante en vertu de laquelle les IDE assurent la préparation des piluliers, un tel changement pouvant être très compliqué à faire accepter par les équipes.

⁵¹ BERNOUX P., Op. cit., p. 338

Généralement, l'EHPAD se tourne donc vers les pharmacies proches géographiquement et particulièrement vers celle(s) avec qui il est déjà en lien et qui ont déjà les résidents comme clients. Néanmoins, face au refus de certains pharmaciens, l'externalisation auprès d'une officine plus éloignée qui serait quant à elle intéressée par la PDA, peut également être envisagée. Pour autant, de nouvelles difficultés peuvent alors se poser, notamment lorsque l'établissement a recours à une pharmacie située à plusieurs dizaines de kilomètres comme c'est le cas parfois. D'une part, parce que pour des raisons économiques et politiques le Conseil d'Administration, présidé par le maire de la commune, peut s'opposer à ce que la pharmacie de la commune perde les résidents de l'EHPAD comme clients. D'autre part, car il est nécessaire d'être proche géographiquement de la pharmacie qui réalise la PDA, notamment pour la gestion des urgences mais également les modifications de traitement. Tous les professionnels rencontrés, qu'il s'agisse des IDE ou des pharmaciens, s'accordent en effet pour dire que la proximité est indispensable à la bonne marche de ce dispositif. C'est également la position de l'ARS, qui considère également que cela risquerait de déstabiliser le maillage territorial, comme l'a souligné Monsieur Z. « *On est attentif à ce que la PDA se fasse avec des pharmacies de proximité* ».

L'ensemble de ces éléments est donc à prendre en compte par le directeur, les modalités d'organisation choisies pouvant également influencer sur la viabilité de la PDA par l'officine. De ce point de vue le système de PDA retenu a son importance puisque les systèmes trop coûteux peuvent, à l'issue du contrat initial passé avec l'EHPAD, dissuader la pharmacie d'en conclure un nouveau. De même, l'éloignement géographique non perçu comme problématique dans un premier temps, peut finalement se révéler difficile à gérer dans la pratique.

Aussi, il appartient au chef d'établissement de réaliser un bilan avantages/inconvénients avant de se lancer dans l'externalisation de la PDA. En effet, si elle constitue une solution intéressante en termes de sécurité dans l'administration des médicaments, elle demeure toutefois parfois difficile à mettre en œuvre et peut même compromettre la qualité de l'organisation du circuit du médicament lorsque les modalités de fonctionnement sont trop compliquées à gérer et trop lourdes pour les différents acteurs concernés. Dans une telle hypothèse, il peut donc être préférable pour le directeur de privilégier d'autres leviers d'actions pour sécuriser la préparation et la distribution des médicaments.

3.2 L'indispensable impulsion par le directeur d'une politique de sécurisation

Afin de rendre effective et pérenne la démarche de sécurisation de la phase d'administration des médicaments au sein de l'EHPAD, il est essentiel que le directeur impulse une dynamique en ce sens auprès de l'ensemble du personnel soignant, en mettant en place des actions de sensibilisation et de formation afin que tous soient acteurs et disposent des outils essentiels pour ce faire (3.2.1). Mais le rôle du directeur s'étend au-delà des murs, puisque pour sécuriser l'administration des médicaments il est primordial d'associer au maximum les pharmaciens à cette démarche, en les invitant à dépasser leur simple tâche de dispensation et à se rendre régulièrement au sein de l'établissement au-delà des seules livraisons quotidiennes (3.2.2).

3.2.1 Sensibiliser et former l'ensemble de l'équipe de soins : un préalable essentiel

La sécurisation de l'administration des médicaments commande impérativement que l'ensemble de l'équipe soignante soit associé à cette démarche. Il revient donc au directeur, en tant que chef de file, d'impulser une dynamique dans ce sens et de mobiliser les professionnels pour que tous se sentent concernés et acteurs. L'implication des professionnels dans la démarche de sécurisation ne peut être réelle qu'à condition que le directeur, qui donne le cap, soit lui-même animé par une volonté de sécuriser le circuit du médicament. Le médecin coordonnateur ainsi que la cadre de santé jouent également un rôle important, comme a pu l'indiquer le Dr V. au cours de l'entretien. Il leur incombe donc de veiller à ce que les procédures et les protocoles écrits, soient appliqués par l'ensemble des professionnels, et de rappeler les règles de bonnes pratiques définies lorsque cela s'avère nécessaire. La démarche qualité étant continue, il est essentiel que les actions entreprises s'inscrivent dans la durée et soient réajustées au fil du temps si nécessaire, en maintenant en alerte l'équipe soignante sur ce sujet.

Plusieurs actions peuvent être mises en œuvre afin de sensibiliser les professionnels à la question de la sécurisation de l'administration des médicaments. La désignation en interne d'un IDE « référent médicament », en charge de suivre la démarche et de veiller à son effectivité, peut constituer un préalable utile à la mise en place desdites actions.

D'une part, *« l'implication et la mobilisation des professionnels dans une démarche participative implique clairement une approche positive de l'erreur. Celle-ci doit être vécue comme une opportunité d'amélioration du système et non pas comme une faute à*

*sanctionner*⁵² ». Encore nombreuses sont les erreurs non déclarées non seulement à l'ARS mais également en interne, par peur de mesures punitives. Or, il s'agit là d'un réel frein à la sécurisation de la phase d'administration des médicaments, puisque l'étude des erreurs est indispensable pour en identifier les causes et déployer des actions efficaces destinées à éviter que de telles erreurs se reproduisent. Il appartient donc au directeur de mettre en place une culture du signalement, afin d'encourager les équipes à déclarer les erreurs d'autant plus qu'elles peuvent passer plus facilement inaperçues chez le sujet poly-pathologique et poly-médicamenté. Cela peut prendre la forme d'une charte d'incitation en vertu de laquelle la survenue d'une erreur n'entraîne pas de sanction systématique du professionnel qui en est à l'origine ; de telles sanctions pouvant en revanche être appliquées en cas de non respect des règles de bonnes pratiques ou d'erreurs récurrentes.

Favoriser la déclaration des erreurs médicamenteuses permettrait ensuite de déployer certains outils utiles pour sécuriser davantage l'administration des médicaments. Il pourrait s'agir notamment de la mise en place d'un comité de retour d'expérience (CREX) pluri professionnel, qui se réunirait périodiquement afin de comprendre les circonstances de l'erreur et de réfléchir collectivement sur les solutions envisageables pour y remédier. Cela n'est possible qu'à condition que les erreurs soient connues des professionnels ; en ce sens le signalement est indispensable. Cette étude des erreurs peut ensuite conduire à mettre à jour les procédures écrites existantes ou à élaborer de nouvelles procédures lorsque cela se révèle être nécessaire. De telles procédures revêtent une grande importance ; elles doivent donc exister afin de détailler la marche à suivre dans l'accomplissement de telle ou telle tâche, par exemple en cas d'homonymie entre deux résidents.

D'autre part, il est important que le lien hiérarchique ne soit pas un obstacle à l'interception d'une erreur. Lorsqu'une AS distribue un médicament et qu'elle pense avoir identifié une erreur, elle doit pouvoir en faire part à l'IDE. La sécurité de la phase d'administration des médicaments étant l'affaire de tous les professionnels, il est donc indispensable que ceux-ci puissent échanger librement sur le sujet, afin de s'alerter mutuellement lorsqu'ils constatent une anomalie. Là encore, cette propension à interroger l'IDE en cas de doute dépendra de la dynamique impulsée dans ce sens au sein de l'établissement. Il convient donc d'insister sur la dimension collective du travail en matière de sécurisation afin que tous se sentent légitimes à intervenir.

⁵² IGAS, mai 2011, Op. cit., p. 72

Bien que les IDE constituent le pivot de la phase d'administration des médicaments, les AS jouent donc elles aussi un rôle important en assurant régulièrement la distribution et l'aide à la prise. Les différentes actions de sensibilisation doivent de ce fait s'adresser à l'ensemble des professionnels amenés à préparer ou distribuer les médicaments. Cela passe par la mise en place d'un programme de formation auquel doivent participer également les AS et toutes les personnes qui aident les résidents dans la prise de leur traitement afin d'affiner leur connaissance générale du médicament et de s'approprier les règles de bonnes pratiques à respecter.

Ces formations peuvent être assurées en interne par les IDE ou alors par des professionnels extérieurs et notamment les pharmaciens en tant que spécialistes du médicament. Il peut s'agir là d'une des prestations négociées par le directeur dans la convention conclue avec la pharmacie.

3.2.2 Renforcer l'association des pharmaciens en leur faisant prendre part au développement de certaines actions

La qualité de l'administration des médicaments est intrinsèquement liée à la qualité des relations entre les différents professionnels intervenant tout au long du circuit du médicament et en particulier des pharmaciens. En effet, ces derniers disposent, en tant qu'experts, de compétences particulières qui peuvent bénéficier aux professionnels de l'EHPAD afin d'éviter la survenue d'erreurs et donc de sécuriser la prise en charge médicamenteuse des résidents. Le rôle du pharmacien ne doit donc pas se limiter à la seule livraison des médicaments, mais doit aller bien au-delà. Il s'agit là d'une ressource importante que le chef d'établissement doit essayer de mobiliser autant que possible. La convention conclue avec la pharmacie apparaît, de ce point de vue, comme étant le support des négociations entre pharmacien et directeur afin de régir les relations EHPAD/officine. Dans ce cadre, bien plus qu'une simple formalisation des relations déjà existantes, la convention doit non seulement s'attacher à désigner un pharmacien référent, qui interagira en priorité avec l'établissement, mais également à définir les engagements réciproques des parties.

Il revient en effet au pharmacien, dans son rôle de dispensation des médicaments, de conseiller ses clients dans la prise des traitements. Aussi, il perçoit depuis le 1^{er} janvier 2015, un honoraire spécifique au titre de ce rôle de conseil, appelé honoraire de dispensation, sur chaque boîte de médicament, ainsi qu'un honoraire pour ordonnance complexe lorsque celle-ci comporte cinq médicaments remboursables. Or, en EHPAD, il

est difficile de faire bénéficier chacun des résidents de ce rôle de conseil, la livraison des médicaments se faisant directement aux IDE, le contact entre le pharmacien et le « client » étant plus limité qu'en ambulatoire. Le pharmacien doit alors exercer ce rôle auprès des IDE de l'établissement. Il convient de souligner qu'il ressort de nos différents échanges avec les infirmières de plusieurs établissements, que lorsqu'elles le sollicitent au sujet d'un médicament, le pharmacien leur transmet les conseils utiles. Toutefois cela reste somme toute assez ponctuel et se fait au fur et à mesure que des interrogations émergent, souvent au sujet de tel ou tel cas particulier.

Il conviendrait alors de déterminer dans la convention le champ d'intervention du pharmacien au sein de l'EHPAD, ainsi que les prestations qu'il pourrait accomplir en tant qu'expert. Pour Monsieur Z., il est donc nécessaire que le rôle du pharmacien ne se limite pas au seul approvisionnement des médicaments : *« Il ne va pas assez dans l'EHPAD pour vérifier les conditions de stockage, faire de la formation aux infirmières sur les anticoagulants qui posent problème à beaucoup de monde »*. Le pharmacien pourrait donc faire de la formation aux IDE, en leur présentant certaines règles destinées à éviter toute erreur médicamenteuse et à sécuriser les pratiques. De même, il pourrait être convenu avec le pharmacien que celui-ci réalise par exemple un audit de la phase d'administration des médicaments au sein de l'EHPAD, afin de bénéficier là encore de son regard d'expert qui plus est extérieur à l'établissement, dans l'objectif de remettre en cause certaines pratiques.

Si la sensibilisation des professionnels de l'établissement à la thématique de la sécurisation du circuit du médicament et la recherche d'une plus grande implication des pharmaciens dans cette démarche constituent des leviers d'action essentiels, d'autres outils s'offrent également au directeur d'EHPAD pour mener avec encore plus d'intensité cette démarche.

3.3 CPOM et coopération territoriale : des leviers pour la sécurisation ?

Les instruments de contractualisation constituent des outils intéressants pour échanger avec les autorités de tarification à échéance régulière, d'autant plus qu'ils peuvent être revus par voie d'avenant et aménagés en fonction de l'évolution des différents projets de l'établissement.

C'est au travers du CPOM, fixant les objectifs de l'établissement et les moyens octroyés, que la question de la sécurisation du circuit du médicament pourra être

abordée. À cet égard, il est permis de penser qu'il constituera probablement un outil utile pour renforcer la sécurité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD (3.3.1). D'autres leviers semblent pouvoir être activés, et notamment celui de la coopération entre établissements autour de leur PUI, qui peut être profitable particulièrement aux petits établissements qui ne disposent pas de suffisamment de moyens pour en avoir une en propre (3.3.2).

3.3.1 L'élaboration d'une fiche annexe au CPOM dédiée à la sécurisation

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les actuelles conventions tripartites conclues entre l'EHPAD, l'ARS et le Conseil Départemental, laissent progressivement la place au CPOM. Ce contrat a vocation à définir les objectifs de l'établissement pour les cinq années à venir, en partant d'un diagnostic interne de l'établissement et conformément aux orientations définies dans le Projet Régional de Santé (PRS), et à fixer les moyens alloués correspondants. Il comporte des « fiches actions » ou « fiches objectifs » définissant les objectifs opérationnels de l'établissement en fonction de l'orientation stratégique concernée, ainsi que les actions qui devront être mises en œuvre pour les atteindre. Ces fiches désignent également les pilotes des actions à mener, les moyens dédiés, les acteurs à mobiliser et précisent le calendrier prévisionnel. Plusieurs indicateurs de suivi et d'évaluation pourront ainsi permettre à l'ARS de faire l'état des lieux des actions qui ont pu être mises en place et de savoir ainsi où l'établissement en est dans la réalisation de son objectif opérationnel.

Le CPOM étant défini comme un levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accompagnement des résidents, la question de leur prise en charge médicamenteuse pourra donc y avoir toute sa place. Déjà, le « *Plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées* » adopté en 2015 préconisait que cette question soit discutée entre l'EHPAD et l'autorité de tarification au moment de la conclusion des CTP⁵³. En ce qu'elle est centrale en EHPAD, la question de la sécurité du circuit du médicament concentre toute l'attention de l'ARS. Dans cette logique, les CPOM pourront donc traiter de cette question en fixant des objectifs aux EHPAD en ce sens. Une « fiche action » pourra ainsi être dédiée à cette thématique, présentant les attendus de l'ARS vis-à-vis de l'établissement. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer par exemple la réalisation d'un audit du circuit du médicament, la formation du personnel soignant aux bonnes pratiques, la mise en place d'actions destinées à réduire les erreurs d'identito-vigilance etc...

⁵³ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Op. cit.

Toutefois, le déploiement de différentes mesures en faveur de la sécurisation du circuit du médicament représente un coût pour l'établissement, notamment s'agissant de l'achat de matériel, des formations ou encore du temps infirmier supplémentaire pour réaliser les différents contrôles afin de s'assurer que le bon médicament arrive au bon résident, à la bonne dose, par la bonne voie et au bon moment. Le CPOM s'attachant à mettre les moyens correspondants en face des objectifs définis pour en permettre la réalisation, le directeur pourra alors demander l'octroi de crédits supplémentaires pour mettre en place les différentes actions telle que par exemple l'externalisation de la PDA. C'est ce qu'a fait remarquer Monsieur Z. au cours de l'entretien : « *C'est le genre de chose qui peut être mis en avant dans le cadre de la négociation des CPOM* ». Aussi, le CPOM peut constituer un levier d'action intéressant que le directeur d'établissement pourra mobiliser pour s'inscrire ou renforcer la démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

3.3.2 La coopération en PUI pour une meilleure sécurité

Alors que plusieurs études ont abordé la question des PUI dans les EHPAD sous l'angle financier en comparant les coûts à la place selon que l'EHPAD disposait ou non d'une PUI⁵⁴, la question de son intérêt en termes de sécurité pour les résidents commence quant à elle progressivement à émerger. C'est la position de l'ARS Bretagne, relayée par Monsieur Z., qui considère que l'existence d'une PUI permet d'offrir plus de garanties dans la prise en charge médicamenteuse des résidents d'EHPAD.

Il ressort de ces enquêtes comparatives que peu d'EHPAD disposent d'une PUI (28,7%)⁵⁵. En outre parmi ceux-ci, rares sont ceux qui disposent seuls d'une PUI ; la majorité des PUI se trouvant soit au sein des établissements de santé, soit appartenant à un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou à un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Cela s'explique par le fait qu'il n'est pas forcément intéressant financièrement pour un EHPAD seul d'avoir une PUI, comme l'explique Monsieur Z. : « *On pourrait avoir une PUI pour six ou sept EHPAD, car sinon financièrement ce n'est pas intéressant* ».

Si la mutualisation d'une PUI entre plusieurs établissements apparaît viable d'un point de vue financier, elle présente également un net intérêt pour la prise en charge médicamenteuse des résidents. C'est ce qui ressort d'une étude menée par l'ANAP,

⁵⁴ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), 2013, *Les coûts en EHPAD*, 70

p.
⁵⁵ Rapport VERGER, Op. cit., p. 17

basée sur les retours d'expériences de GCS constitués pour donner vie à des projets de coopérations en PUI⁵⁶. Ainsi, des établissements publics, privés, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux ont-ils choisi de coopérer sous la forme de GCS dans un objectif, notamment, de sécurité dans la mesure où un tel projet « *constitue un levier fort pour atteindre un niveau supérieur de performance du processus de la prise en charge médicamenteuse* »⁵⁷. L'exemple du GCS « Pharmacie des EHPAD du Territoire de Belfort » est particulièrement intéressant en l'espèce puisque six EHPAD et une MAS se sont rapprochés d'un centre hospitalier qui disposait déjà d'une PUI afin de coopérer pour non seulement maîtriser les coûts mais également renforcer la sécurité. Ils ont ainsi obtenu l'autorisation du Directeur Général de l'ARS pour ouvrir la PUI du GCS.

En ce sens, la constitution d'une forme de coopération en PUI entre plusieurs établissements apparaît intéressante à plusieurs titres.

D'une part, parce que plusieurs compétences et fonctions peuvent être mutualisées et profiter ainsi aux petits établissements qui ne disposeraient pas de manière isolée des moyens nécessaires pour bénéficier de ces compétences. Le pharmacien, salarié du GCS, pourrait par exemple assurer des formations inter-établissements à destination des IDE notamment ou des AS, afin de les sensibiliser à cette question.

D'autre part, parce que la mutualisation de moyens permet d'investir dans des technologies tendant à renforcer la sécurité et notamment l'acquisition d'un automate pour la réalisation de la préparation des doses à administrer. Le coût de l'automate est tel (estimé par les pharmaciens rencontrés à 150 000 – 200 000 euros) qu'il ne permet pas en effet à un EHPAD seul de pouvoir investir pour en acquérir un, ni même d'exiger d'une officine qu'elle en acquiert un pour réaliser sa PDA.

Les modalités de ces coopérations en PUI dans le cadre d'un GCS ou d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) devraient à l'avenir se trouver simplifiées grâce à l'ordonnance du 15 décembre 2016 relative aux PUI⁵⁸, dont les dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2017. Le décret en Conseil d'Etat chargé d'apporter quelques éclairages sur certaines questions est quant à lui toujours en attente de publication. Elle précise notamment les conditions de coopération en PUI dans le cadre du GHT. Les établissements membres devront donc définir ces modalités de coopération au travers du projet médical partagé puisqu'un volet est consacré au projet médical de

⁵⁶ ANAP, mai 2017, *Les coopérations territoriales en pharmacie à usage intérieur. Retour d'expériences*, 32 p.

⁵⁷ ANAP, mai 2017, *Op. cit.*, p 13

⁵⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé, Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, Journal Officiel n°0292 du 16 décembre 2016, Texte 32 sur 220

pharmacie, à l'instar de ce que prévoit l'article L. 5126-1 du CSP. En effet, il autorise la désignation par les membres du GHT d'une PUI qui soit en charge de répondre aux besoins pharmaceutiques des usagers dont l'établissement d'accueil ne dispose pas de PUI. Aussi, un EHPAD qui serait membre d'un GHT pourrait alors bénéficier de cette disposition ; en revanche tel ne semble pas pouvoir être le cas s'il est seulement partenaire du GHT. Toutefois, il ne s'agit là que d'une possibilité offerte aux membres du GHT, ce qui signifie qu'une telle organisation ne sera pas systématique et devra faire l'objet de discussions entre les différents membres parties au groupement. De plus, tous les EHPAD ne font pas partie d'un GHT et la seule recherche d'une coopération en PUI ne saurait constituer l'unique raison pour un établissement d'être membre d'un GHT.

Aussi, outre la coopération dans le cadre d'un GCS ou du GHT, la coopération en PUI peut se faire dans le cadre d'un GCSMS, comme le prévoit l'article L. 312-7 3° du CASF. Dans cette optique, plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux pourraient ainsi demander à l'ARS l'autorisation d'ouvrir une PUI, et mutualiser ses différentes activités. Cela permettrait donc de renforcer encore la sécurité du circuit du médicament au sein des établissements, pour les mêmes raisons que celles évoquées *supra*. Toutefois, force est de constater que cette forme de coopération en PUI semble plus rare que celle existant dans le cadre d'un GCS. Cela peut probablement s'expliquer par le fait que dans le cas d'un GCS, l'établissement de santé partie au groupement dispose déjà, en amont de sa création, d'une PUI qui peut donc être reprise.

Conclusion

La question de la sécurisation de la phase d'administration des médicaments est centrale en EHPAD et est progressivement investie par les professionnels sous l'impulsion des pouvoirs publics. En effet, bien que la tendance actuelle aille dans le sens du développement des prises en charge non médicamenteuses des résidents, ceux-ci demeurent encore d'importants consommateurs de médicaments. À ce titre, il est indispensable de chercher à renforcer la sécurité non seulement de cette phase mais également de l'ensemble de la chaîne du médicament.

Au sein de l'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE », nous l'avons vu, des actions en ce sens ont été entreprises. Toutefois, cet exemple a permis également de comprendre quelles étaient les difficultés en termes d'organisation mais également de coût, qui peuvent freiner une telle démarche. Le directeur joue donc un rôle prépondérant dans la mise en place de cette démarche, puisqu'il lui appartient de parvenir à renforcer la sécurité des résidents en composant avec des moyens restreints. À ce titre, plus encore que le développement d'une multitude d'actions onéreuses au travers de l'achat de nombreux matériels, l'implication des équipes est primordiale. Parce qu'elle n'est pas une action menée à un instant « T » mais qu'elle entre bien dans le cadre de la démarche qualité, la sécurisation du circuit du médicament doit être continue. Pour ce faire, son appropriation par les équipes constitue un enjeu majeur. En tant que manager, le chef d'établissement doit donc mobiliser ses équipes pour la réussite des actions entreprises.

Il s'agit donc d'un réel défi pour l'établissement représenté par son directeur, garant de la sécurité des résidents, d'autant plus difficile à relever que d'autres professionnels (médecins, pharmaciens) disposant d'une certaine latitude d'action car non salariés de la structure, interviennent à différentes étapes. En ce sens, le chef d'établissement doit chercher à coopérer un maximum avec l'ensemble des professionnels concernés, « extérieurs » à l'EHPAD. De ce point de vue, la qualité des relations de l'établissement avec ces autres professionnels du territoire est primordiale.

Aussi, la réflexion sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD va au-delà des seules erreurs médicamenteuses. En effet, elle passe notamment par la bonne communication des informations entre les différents professionnels. Pour ce faire, outre son intérêt en termes de traçabilité, l'informatisation du circuit du médicament apparaît comme un préalable nécessaire au partage d'information. Certains EHPAD s'équipent donc de logiciels spécifiques, de tablettes, de

scanettes utiles pour répondre à cette exigence, bien que le coût de ces matériels soit élevé.

La réflexion sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD est donc désormais bel et bien enclenchée, et les moyens qui s'offrent aux chefs d'établissement pour y parvenir sont nombreux et variés. La démarche en ce sens n'en est donc à l'heure actuelle qu'à ses débuts et il y a fort à parier qu'elle s'accroîtra encore à l'avenir.

Bibliographie

Ouvrages

BEAUD S., WEBER F., avril 2010, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 336 p.

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Éditions Seuil, 310 p.

MASSAL M., 2008, *La gestion du médicament en établissement médico-social – Guide de bonnes pratiques professionnelles*, Éditions SÉLI ARSLAN, 191 p.

Rapports et recommandations

Académie nationale de Pharmacie, juin 2013, *La préparation des doses à administrer : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament*, 7 p.

AFFSAPS (devenue ANSM), juin 2009, « *Guichet erreurs médicamenteuses : présentation et bilan depuis la mise en place* », Rapport, 20 p.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), 2013, *Les coûts en EHPAD*, Rapport, 70 p.

ANAP, mai 2017, *Les coopérations territoriales en pharmacie à usage intérieur. Retour d'expériences*, 32 p.

ARS Basse-Normandie et OMÉDIT Basse-Normandie, 2011, *Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD*, 80 p.

ARS Île-de-France, févr. 2015, *Prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD franciliens. Résultats de l'enquête menée en 2014*, 12 p.

ARS PACA, 2017, *Guide pour la PDA en EHPAD et autres établissements médico-sociaux*, Mission qualité et sécurité des activités pharmaceutiques et biologiques, 15 p.

ARS Pays-de-la-Loire, 2016, Guide de mise en place du partenariat EHPAD – pharmacien(s) d'officine, 27 p.

BEN AÏSSA M., MULLAERT J., ROBIN A., et al, déc. 2014, *Évènements indésirables graves associés aux soins : bilan des signalements reçus à l'ARS Île-de-France pendant 24 mois* (1er janvier 2012 - 31 décembre 2013), Bull Epidemiol Hebd. 34-35, 573-9

BERNADET P., CAPALDO L., KFOURY J. et al., mars 2016, *Erreurs médicamenteuses chez les personnes âgées de plus de 60 ans institutionnalisées en Aquitaine-Poitou-Charentes*, Institut National de santé publique du Québec, Bull. d'information toxicologique, Vol. 32, N°1, 33 p.

CUBAYNES M.-H., NOURY D., DAHAN M., FALIP E., IGAS, mai 2011, *Le circuit du médicament à l'hôpital*, Rapport N°RM2011-063P, Tome 1, 381 p.

HAS, mai 2013, *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*, Guide, 180 p.

HAS, sept. 2014, *Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?*, Points clés et solutions, Organisation des parcours, 13 p.

HAS, mars 2015, *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*, Points clés, Organisation des parcours, 11 p.

HAS, janv. 2016, *L'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments. « Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées »*, 32 p.

MATHIEU C., PIAU C., CAYLA F., ROLLAND Y., avril 2015, *IQUARE – Une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents en EHPAD de Midi-Pyrénées*, 74 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, *Plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées*, Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, Paris, 2015, 19 p.

THIERRY M., IGAS, *Évaluation de l'expérimentation de l'introduction des médicaments dans le forfait soins des EHPAD*, Rapport N°RM2012-144P, 193 p.

VERGER P., 2013, *La politique du médicament en EHPAD*, Rapport, 125 p.

Textes législatifs et réglementaires

Code de l'Action Sociale et des Familles

Code de la Santé Publique

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal officiel n°98 du 27 avril 1999, p. 6256

Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, Journal officiel n°152 du 3 juillet 2001, p. 10612

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel du 3 janvier 2002, Texte n°2, p. 124

Circulaire DGOS/PF2/2012/72 n°2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

Ministère des affaires sociales et de la santé, Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des EIG associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, Journal officiel n°0276 du 27 novembre 2016, Texte 45 sur 106

Ministère des affaires sociales et de la santé, Ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur, Journal Officiel n°0292 du 16 décembre 2016, Texte 32 sur 220

Sites Internet

INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>

<http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2015/01/DREES-Résidents-dEHPAD-en-2011.pdf>

Articles de périodiques

NOÉ F., 2007, L'aide à la prise des médicaments dans les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. *Journal du droit des jeunes*, N°268

FRÉREAU C., CHÉNAOUI T., TOLEDANO N., Mars 2014, Sécurisation du circuit du médicament : contrôle pharmaceutique de la préparation des doses à administrer, *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, Vol. 49, N°1

VÉTEL J-M., BLOCHET C., ROBERT C., Sept. 2012, Le circuit de distribution des médicaments en EHPAD « Afin que le bon médicament arrive à la bonne dose dans la bonne bouche », *La Revue de Gériatrie*, Tome 37, N° spécial « La médicalisation des maisons de retraite »

Liste des annexes

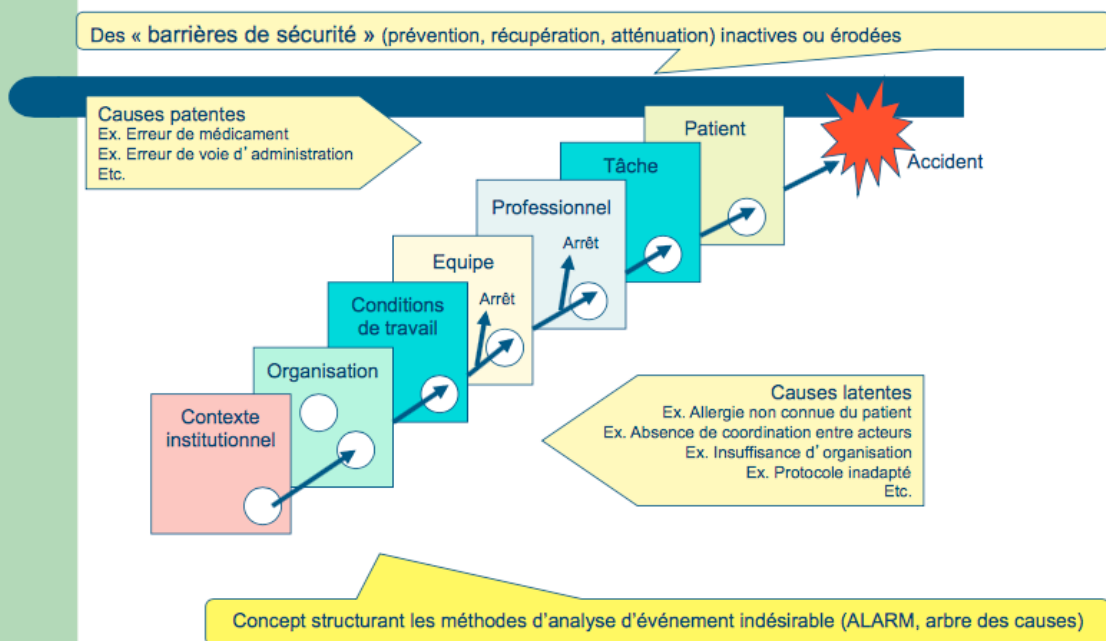
- Annexe 1 : Schéma de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD, ARS et OMÉDIT Lorraine
- Annexe 2 : Le concept de « défense en profondeur » selon P. ROUSSEL
- Annexe 3 : Tableau des entretiens
- Annexe 4 : Avantages et inconvénients des différents systèmes de PDA, ARS PACA – *Guide pour la PDA en EHPAD et autres établissements médico-sociaux*

Annexe 1 : Schéma de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD



Annexe 2 : Le concept de « défense en profondeur » de P. ROUSSEL, selon le « Swiss Cheese Model » de J. REASON

**Des concepts structurants et partagés pour « penser et agir ensemble »
4. Concept de « défense en profondeur »**



P.Roussel / Congrès PAQS, Bruxelles / 23/03/17

28

Annexe 3 : Tableau des entretiens

Personnes rencontrées/interrogées	Date
Mme A., pharmacienne, Pharmacie A	6 janvier
M. B, pharmacien, Pharmacie B	17 février
Mme C., cadre de santé et Mme D. infirmière de l'EHPAD A	28 février
M. E., infirmier de l'EHPAD B	2 mars
Mme F., cadre de santé et Mme G., infirmière de EHPAD C	22 mars
M. Z., PHISP ARS	13 juillet
Dr V., ex-médecin coordonnateur formé en pharmacovigilance	26 juillet

Annexe 4 : Avantages et inconvénients des différents systèmes de PDA

// PDA manuelle			
Caractéristiques	Type de méthode	Avantages	Inconvénients
<p>Peut être monodose ou multidose.</p> <p>Selon les modèles, il peut être nécessaire de recourir à une étape de déconditionnement / reconditionnement ou de découpage des blisters.</p>	Pilulier sans déconditionnement	<ul style="list-style-type: none"> Pas de déconditionnement (conservation du numéro de lot et de la DLU si permise par conditionnement primaire) Pas de nécessité de traitement particulier des déchets de PDA en rapport avec la confidentialité des patients Faible coût de consommable 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'erreur humaine Taille encombrante (transport, stockage) Déblistération fastidieuse pour le personnel soignant Préparation chronophage pour l'officine Absence du numéro de lot sur certaines présentations (problématique en cas de retrait de lot)
	Système monodose	<ul style="list-style-type: none"> Un seul médicament par alvéole En cas de modification de traitement, surcoût limité aux seuls traitements modifiés et non à la totalité du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Déconditionnement préalable nécessaire : engagement de la responsabilité du pharmacien Perte de DLU initiale (préparation pour 7 jours) Nécessité de traitement particulier des déchets de PDA en rapport avec la confidentialité des patients Préparation et déblistération chronophage pour l'officine
	Système multidose	<ul style="list-style-type: none"> Praticabilité : 1 alvéole par prise, système peu encombrant 	<ul style="list-style-type: none"> Perte identification des comprimés (nom et dosage du médicament, numéro de lot, DLU) Surcoût pour la pharmacie en cas de changement de traitement ou de posologie Déconditionnement préalable nécessaire : engagement de la responsabilité du pharmacien Perte de DLU initiale (préparation pour 7 jours) Risque d'interaction physico-chimique entre les médicaments Nécessité de traitement particulier des déchets de PDA en rapport avec la confidentialité des patients Préparation chronophage pour l'officine étiquette-blisters repositionnable donc modification possible du traitement avant l'administration sans traçabilité (selon les fournisseurs)

// PDA automatisée			
Caractéristiques	Type de méthode	Avantages	Inconvénients
<p>PDA sous forme de sachets-doses. Peut être monodose ou multidose.</p>	Système monodose	<ul style="list-style-type: none"> Réduction du risque d'erreur Conservation de la traçabilité des médicaments (nom et dosage du médicament, numéro de lot, DLU) Cadence rapide de préparation et gain de temps Peu encombrant Gestion simplifiée des retraits de lots Facilité de contrôle au moment de l'administration 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de traitement particulier des déchets de PDA en rapport avec la confidentialité des patients Nécessité de maintenance et d'entretien Coût consommable et maintenance élevé Risque d'interaction physico-chimique entre les médicaments (risque quasi nul pour 1 ensachage d'1 semaine) et déconditionnement préalable nécessaire Surcoût en cas de retrait de lot Surcoût plus important en cas de modification de traitement
	Système multidose	<ul style="list-style-type: none"> Réduction du risque d'erreur Conservation de la traçabilité des médicaments (nom et dosage du médicament, numéro de lot, DLU) Cadence rapide de préparation et gain de temps Peu encombrant 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de traitement particulier des déchets de PDA en rapport avec la confidentialité des patients Nécessité de maintenance et d'entretien Coût consommable et maintenance élevé Déconditionnement préalable nécessaire Surcoût en cas de retrait de lot

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2016-2017

Comment sécuriser l'administration des médicaments en EHPAD ?

Résumé :

Malgré le développement des approches thérapeutiques non médicamenteuses, les résidents en EHPAD demeurent d'importants consommateurs de médicaments en raison des poly-pathologies dont ils souffrent. La question de la sécurisation de leur prise en charge médicamenteuse, par la réduction du risque d'erreurs, est donc centrale. Il s'agit donc de s'assurer que la règle dite des « 5B » soit respectée, c'est-à-dire que le bon médicament, à la bonne dose, par la bonne voie, soit donné au bon résident au bon moment.

Ceci d'autant plus que les erreurs médicamenteuses peuvent avoir de graves conséquences, directes ou indirectes (hospitalisation, dénutrition, décès), pour le sujet âgé dont le métabolisme est déjà fragilisé. Elles surviennent principalement lors des étapes de préparation des piluliers, généralement assurée par le personnel infirmier, et de distribution des médicaments.

L'EHPAD « Résidence Pierre et Marie CURIE » s'est saisi de cette problématique et a cherché à apporter des solutions aux problèmes identifiés comme pouvant être à l'origine de la survenue d'erreurs. Néanmoins, de nouvelles actions pourraient encore être déployées pour renforcer la sécurité.

Ce travail de réflexion a donc vocation à envisager les différents leviers d'actions qui s'offrent aux EHPAD, pour diminuer le risque d'erreurs et fiabiliser au maximum ces deux étapes clés du circuit du médicament.

Mots clés :

Médicaments ; erreurs médicamenteuses ; sécurité ; règle des « 5B » ; préparation des piluliers ; distribution ; identito-vigilance ; démarche qualité ; changement ; coopération ; CPOM ; PUI

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.