

Accompagnement méthodologique

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

09/10/2025

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





Veillez garder vos micros coupés durant les présentations



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



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

2



Mise à disposition du support sur la plateforme collaborative



Enregistrement pour rediffusion

EHPAD inscrits

14
EHPAD DU CENTRE HOSPITALIER DE PONT L'EVEQUE
EHPAD du Laizon Potigny
EHPAD HEXAGONE TREVIERES
EHPAD jardin d'Elsa IFS
EHPAD la Roseraie NOUES DE SIENNE
EHPAD LE VAL - HEROUVILLE
EHPAD L'Orée du Golf
EHPAD MA PROVIDENCE - ST CYR DU RONCERAY
EHPAD SAINT JACQUES SAINT CHRISTOPHE Cesny Bois Halbout
EHPAD La source Mondeville
Fondation Asile de Marie
LE FLORILEGE - FLEURY SUR ORNE
LE PARC DE LA TOUQUES
LES PETITES SOEURS DES PAUVRES CAEN
Les Opalines
EHPAD Saint Joseph à SAINT PIERRE EN AUGE
EHPAD Bernardin et Alma FALAISE
EHPAD Bernardin
EHPAD St Joseph Livarot Pays d'Auge

27
EHPAD DES CHAMPS FLEURIS Gisors
EHPAD du Bosguerard Saint pierre du Bosguerard
JARDIN DE L'ANDELLE - PERRIERS DU ANDELLE
KORIAN VAL AUX FLEURS , Bueil, Eure
Résidence La harpe Evreux
Résidence Val aux fleurs
EHPAD JACQUES DAVIEL
EHPAD Les rives d’or EVREUX
50
CCAS Cherbourg-en-Cotentin
EHPAD Créances Lessay
EHPAD DELIVET Ducey
EHPAD ELISABETH DE SURVILLE Picauville
EHPAD GILLES BUISSON - MORTAIN
EHPAD LEMPERIERE LEFEBURE CERENCES
EHPAD LES DUNES TOURNEVILLE SUR MER
EHPAD les Hortensias Marigny
EHPAD SAINT MICHEL SAINT PAIR SUR MER
L'Aubade FLAMANVILLE

76
EHPAD Bois de Bleville
EHPAD DU CH DE EU
EHPAD LA POMMERAIE - CRIQUETOT L'ESNEVAL
EHPAD Les Pâquerettes - SASSETOT LE MAUCONDUIT
EHPAD résidence du duc d'AUMALE
EHPAD SAINTE ANNE
Etoile du matin - ETRETAT
La Buissonnière - Isneauville
MAISON SAINT JOSEPH Rogerville
PUI SAJOLA - ROUEN
RESIDENCE LES SAPINS
61
EHPAD JB LECORNU FLERS
EHPAD MARESCOT - CH VIMOUTIERS
EHPAD LES EPICEAS TINCHEBRAY
Résidence arpège
EHPAD LES TILLEULS CHANU
EHPAD ST MARIE

Déroulé de l'accompagnement

3 webinaires

**23
septembre**

Contexte - Evaluation
HAS

Fondamentaux de la
PECM

Prescription,
dispensation,
préparation

9 octobre

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

16 octobre

Synthèse des
fondamentaux
Gérer les risques à
priori et à postériori

**+ 2 ateliers en
distanciel : choisir
l'une des 2 dates**

23 octobre

Mise en situation sur
les erreurs
médicamenteuses ou

**20 novembre
(14h30 à 16h)**

Support des webinaires dans la boîte à outils « EHPAD »

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

**Mise en situation « Vous
êtes analystes et voici
justement un EIG à
présenter prochainement
en CREX »**

Programme du jour

Webinaire N°2 (09/10/2025)

Administration (aide à la prise)

Interruption de tâche

Stockage (dotations, chariots d'urgence)

Suivi et réévaluation thérapeutique

Focus sur la prise en charge de la douleur



MESSAGES CLÉS

Culture sécurité des professionnels en progression :

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

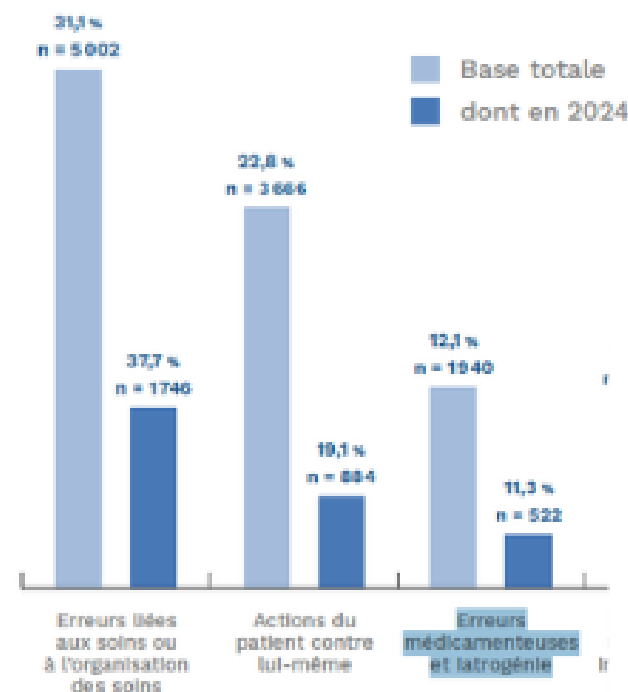
Pour la Normandie : 65 % des déclarations analysées par HAS (90 déclarations examinées) présentent une qualité d'analyse suffisamment approfondie (+3 % vs 2023)

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

Conséquences graves :

- Décès : 44 %
- Pronostic vital engagé : 32 %
- Déficit fonctionnel permanent : 24 %

→ 49 % DES EIGS SONT ÉVITABLES



[Lien vers cette fiche : dans la Boite à outils « Erreurs médicamenteuses »](#)



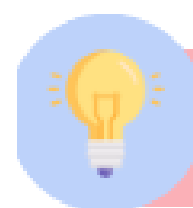
PROFILS ET CONTEXTE

- **Personnel déclarant** : médecins (20 %), pharmaciens (4 %), infirmiers (4 %)
- **Facteurs aggravants** : surcharge d'activité, interruptions de tâches, personnel non permanent (intérimaires, vacataires)

Entre 2017 et 2024, 512 EIGS impliquent du **personnel non permanent**

Erreurs médicamenteuses → 31 % de ces EIGS (157 cas).

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



PRECONISATIONS

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

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

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

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

Informers systématiquement patients et proches sur les EIGS

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



ALLER PLUS LOIN

Flash Sécurité Patient : [Site HAS](#)



Fiches RETEX : [Site OMéDIT Normandie](#)





MESSAGES CLÉS

Analyse HAS de 213 EIGS (2017 à 2024)

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

Gravité pour les patients :

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

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

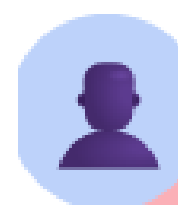
Situations à risque : contextes d'urgence, admissions ou hospitalisations prolongées.

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

Principales causes immédiates

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

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



LES PLUS IMPLIQUÉS



Médicaments

Erreurs de dose / surdosage (morphine, méthotrexate, antiépileptiques, benzodiazépine)

Erreurs de molécule / confusion (antibiotiques et allergies, libellés proches)

Erreurs par omission (antithrombotiques, antiépileptiques)



Dispositifs médicaux

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

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



PRÉCONISATIONS

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



ALLER PLUS LOIN

EIGS survenus lors de la prescription
médicamenteuse : [Site HAS](#)



Fiches RETEX : [Site OMéDIT
Normandie](#)



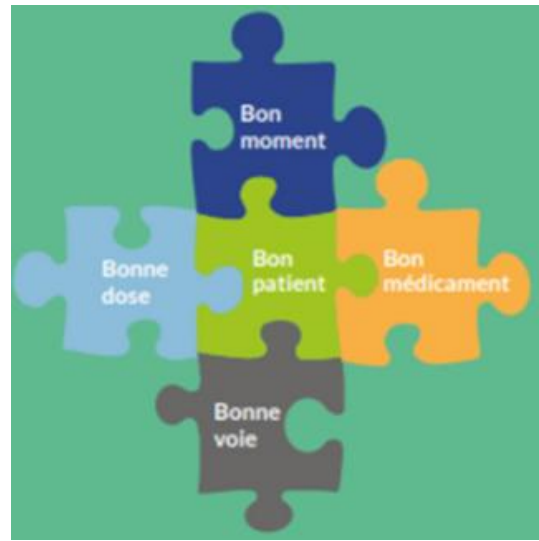
FOCUS SUR L'ADMINISTRATION



Vos points faibles d'après le questionnaire

- ⚠ Distribution des médicaments et interruption de tâches
- ⚠ Mise en bouche des traitements
- ⚠ Aide à la prise qui est généralisée et non individualisée (et peu réévaluée)
- ⚠ Administration non tracée en temps réel
- ⚠ Traçabilité AS nuit

Administration



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

McDowell et al., Qual Saf Health Care, 2010

Administration

Administration du médicament = ensemble d'étapes successives

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



Outil disponible

Interruption de tâches



Sécuriser l'administration des médicaments en EHPAD

Elaborer les piluliers à partir de la prescription originale par un(e) infirmier(e) ou du personnel pharmaceutique en réalisant un double contrôle

Haute vigilance sur l'identité du résident



Prise ou non prise des médicaments : tracer dans le dossier résident

Attention, préparer les doses buvables et gouttes juste avant la prise, ne pas ouvrir ou écraser les médicaments sans s'assurer de la faisabilité

Déclarer les événements indésirables d'un traitement administré

Octobre 2013

Le saviez-vous ?

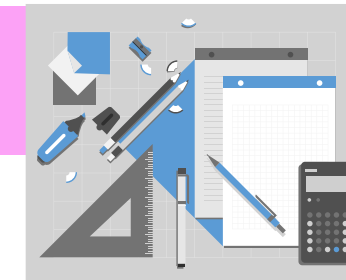
E La double vérification réduit de **70%** les erreurs d'administration
(McDowell et al, Qual Saf Health Care, 2010)

H L'erreur de patient est évaluée à **19%** des erreurs d'administration
(Reducing and preventing adverse drug events to decrease hospital costs, AHRQ, 2001)

D Le risque de chute augmente avec le nombre de médicaments pris par jour (multiplié par 3 avec les psychotropes)
(Cumming, 1991 - Leipzig, 1999)

P La traçabilité de l'administration est de la responsabilité de l'infirmière
(Décret de compétence infirmier, articles R 4311 du CSP)

A Le taux d'administration de médicaments périmés ou détériorés est estimé entre **8 et 22%** en France
(Organisation et sécurisation du circuit du médicament Approfondissement, Rapport MEAH, 2008)



➤ Objectifs

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

Résultats - Indicateurs :

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



Outils disponibles

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

Logo de l'établissement	Auto-évaluation des pratiques de distribution et d'administration des médicaments	Date de création :
		Date de mise à jour :

Notice d'utilisation

Cette grille s'adresse au personnel de l'EHPAD responsable de la distribution et de l'administration des médicaments. Elle peut être remplie de façon autonome avec remise des résultats à l'IDEC ou remplie en binôme avec l'IDEC. Son remplissage est anonyme et l'analyse est faite par l'IDEC. Cette grille est destinée à auto-évaluer votre pratique professionnelle dans le domaine de la distribution et de l'administration des médicaments. Elle se veut un outil à visée pédagogique. C'est une aide à l'amélioration des pratiques.

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

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

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

Aide à la prise

Aide à la prise

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

Aide à la prise en secteur MS

Qui est concerné ?

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

Qui fait ?

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

Quels médicaments?

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



Aide à la prise en pratique

TOUJOURS vérifier la correspondance entre :

- **Identité du résident** : nom, prénom à l'oral ou avec la photo du résident si accessible
- **Identification du récipient/sachet** qui contient les médicaments d'une heure de prise

→ Médicament JAMAIS déposé sans surveillance et en l'absence du résident

TOUJOURS prendre en compte les transmissions de l'infirmier :

- **Heures et modalités de prise** : quand, comment par rapport au repas
- **Préparation** dans un contenant identifié au nom et prénom du résident
- **Consignes diverses** : déglutition, les habitudes pour faciliter la prise du médicament (pas trop d'eau dans un verre, ne pas mettre dans une compote)

→ Faire appel à une personne compétente au moindre doute et en cas de difficulté

MÉDICAMENT		PROFESSIONNEL		
		Infirmier	Aide-soignant	AES, ES
Voie	Forme galénique	Administration	Aide à la prise	
Orale	Formes solides unidoses (comprimés, sachets et gélules)	✓	✓	✓
	Formes liquides unidoses (sachets et ampoules)	✓	✓	✓
	Formes multidoses <u>préalablement préparées par un IDE ou un pharmacien</u> (poudres, suspensions buvables, gouttes)	✓	⚠	⚠
Oculaire	Collyres (instillation), lavages oculaires	✓	✓*	⚠
	Pommades ophtalmiques	✓	⚠	⚠
Cutanée	Dispositifs transdermiques (patchs)	✓	⚠	⚠
	Crèmes, pommades, gels et lotions	✓	✓*	⚠
Auriculaire	Gouttes auriculaires	✓	⚠	⚠
Pulmonaire	Inhalateurs, aérosol-doseurs médicamenteux	✓	⚠	⚠
Rectale	Suppositoires (d'aide à l'élimination)	✓	✓*	⚠
Injectable (IV, IM, SC)	Perfusions, seringues et stylos préremplis	✓	✗	✗

✓ Autorisé * explicitement mentionné dans le référentiel métier des AS
 ⚠ ⚠ Autorisé, sous réserve du respect de recommandations
 ✗ Non autorisé

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

⚠ **Recommandation 2 = Aide à la prise de formes galéniques pouvant présenter une difficulté particulière d'administration ou un apprentissage spécifique.** Pour ces formes galéniques, nous recommandons d'établir au préalable des protocoles de soin et de former les professionnels (habilitations individuelles) afin de garantir le bon usage de ces formes au moment de l'aide à la prise. N.B : le « ✓* » ne dispense pas d'une information éclairée des AS (formation continue pour garder les bons réflexes, validation régulière des pratiques).

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

- Etape de **préparation réalisée par l'IDE** au plus près de l'administration
 - Formes **multidoses** (poudres, suspensions buvables, gouttes)
 - Médicaments **devant être écrasés** (selon prescription)
- **Si habilitation du professionnel de l'aide à la prise:**
 - **Collyres** (instillation), lavages oculaires, pommades ophtalmiques
 - **Gouttes auriculaires**
 - **Crèmes, pommades, gels et lotions**
 - **Dispositifs transdermiques** (patches)
 - **Inhalateurs**, aérosol-doseurs médicamenteux
 - **Suppositoires (d'aide à l'élimination)**
 - Médicaments avec précaution d'emploi (liste à établir)
 - Médicaments dont le **moment de prise doit être respecté** : **antiépileptiques**
 - Médicaments faisant l'objet d'une **surveillance particulière**
- Les médicaments prescrits en **“si besoin”** n'entrent pas dans ce champ

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

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

Stupéfiants

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

S'assurer de la conformité du pilulier



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

Par exemple :

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



Vérifier l'identité du patient

Réaliser l'aide à la prise



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

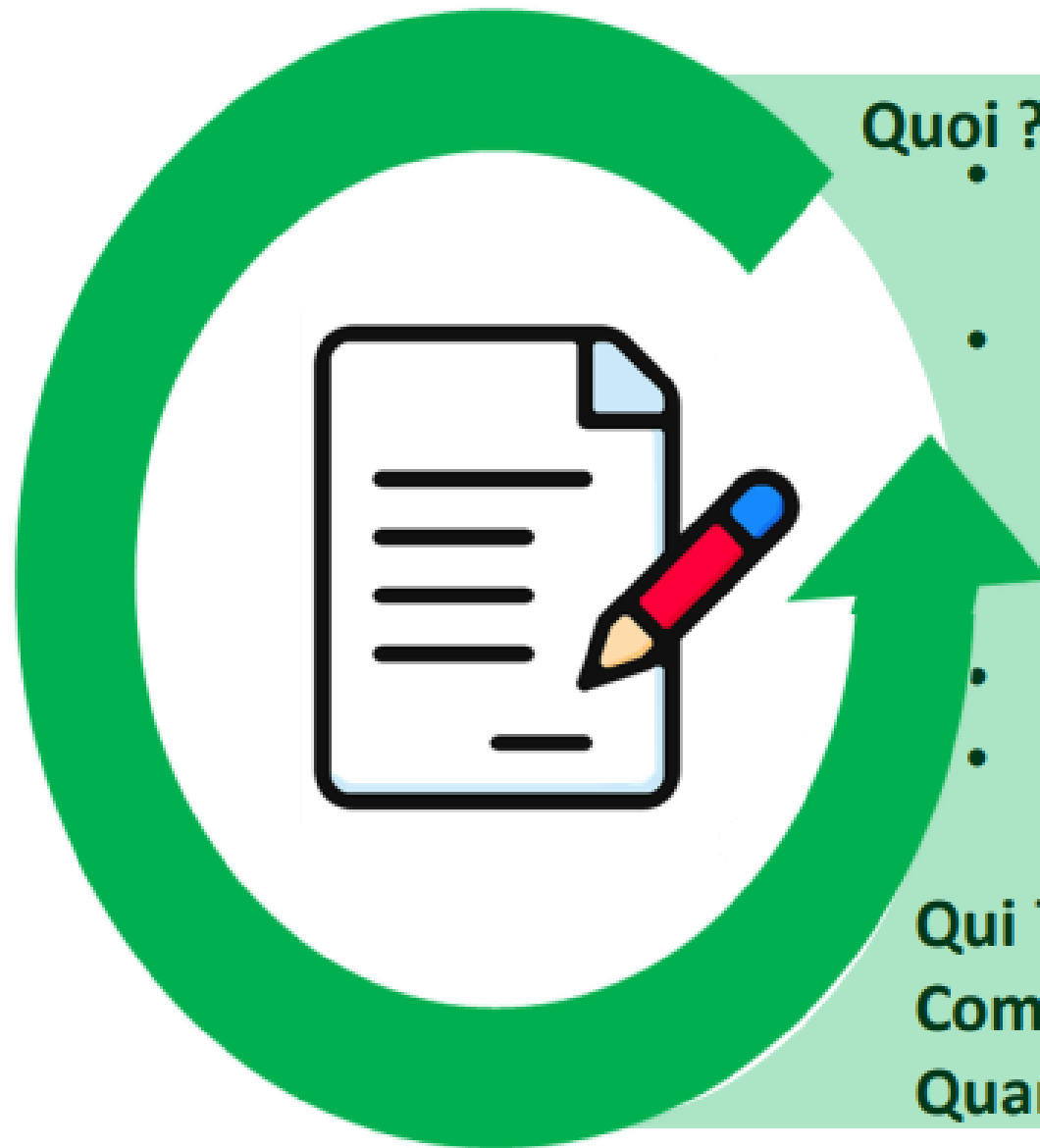
Par exemple :

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



**Gérer un
éventuel refus
de prise**

**Tracer l'aide à
la prise**



Quoi ?

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

Qui ? Le professionnel ayant aidé à la prise.

Comment ? Par écrit sur un support papier ou informatisé.

Quand ? Idéalement en temps réel.



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



Bonnes pratiques

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

Questions sur l'administration

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

Traçabilité des prises

DEFINITION

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

L'enregistrement de l'administration comporte :

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

Pour l'aide à la prise réalisée par les AS : la traçabilité doit être assurée avec le même niveau de sécurité

Informations

- Ajustement possible des prescriptions en fonction des données de traçabilité
 - En fonction des informations : efficacité du traitement, imputabilité des médicaments si effets secondaires
 - **IMPORTANT : tracer le motif de la non-administration**
 - **Refus** du résident (non-observance, galénique mal adaptée...)
 - **Etat clinique** ne justifiant pas la prise du médicament (ex : vomissements)
- Optimisation de la prise en charge médicamenteuse du résident



Exemples à ne pas suivre

- Traçabilité globale en fin de tournée
- Cocher tous les traitements pour tous les résidents une fois tout administré
- Une seule case à cocher pour l'ensemble des traitements administrés
- Tracer juste après avoir posé le médicament sur le plateau repas pour un résident non autonome

Qu'en pensez-vous?

LUNDI
MARDI
MERCREDI
JEUDI
VENDREDI
SAMEDI
DIMANCHE

MATIN
MIDI
SOIR
NUIT

Lepha

Groupe/Unité : Collège

SUIVI DE DISTRIBUTION DE TRAITEMENT

Mois de : Novembre 2019

Semaine du 18 au 24/11/19

	Traitement	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	Habituel		X					
	Ponctuel							
	Nom et Signature				ok			
	Observation							
Midi	Habituel		X					
	Ponctuel							
	Nom et Signature	Quelqu'un	Collège					
	Observation							
17h	Habituel							
	Ponctuel							
	Nom et Signature							

Absence de traçabilité le mercredi matin

Qu'en pensez-vous?



Un comprimé non pris jeté dans la poubelle commune

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

Interruption de tâche

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

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



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

Administration : étape critique, étape ultime avant le patient

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

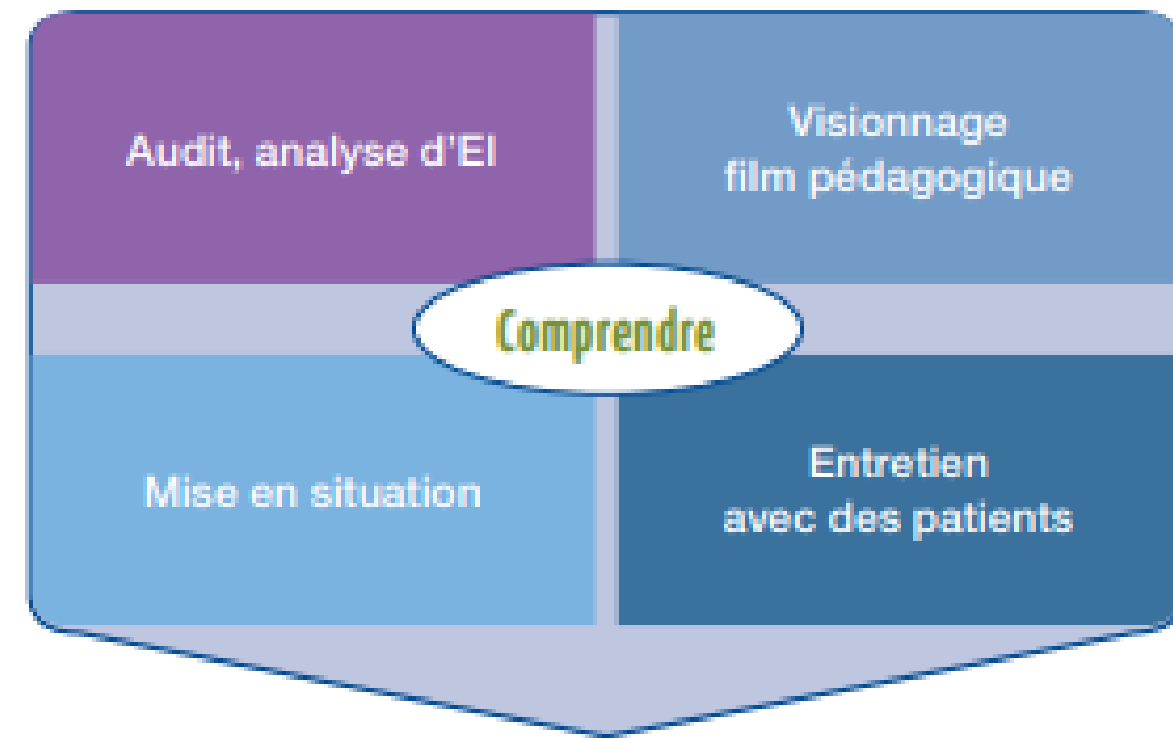
Interruption de tâche = facteur fréquemment retrouvé lors de l'analyse des erreurs médicamenteuses (CREX)

Conséquences potentiellement graves

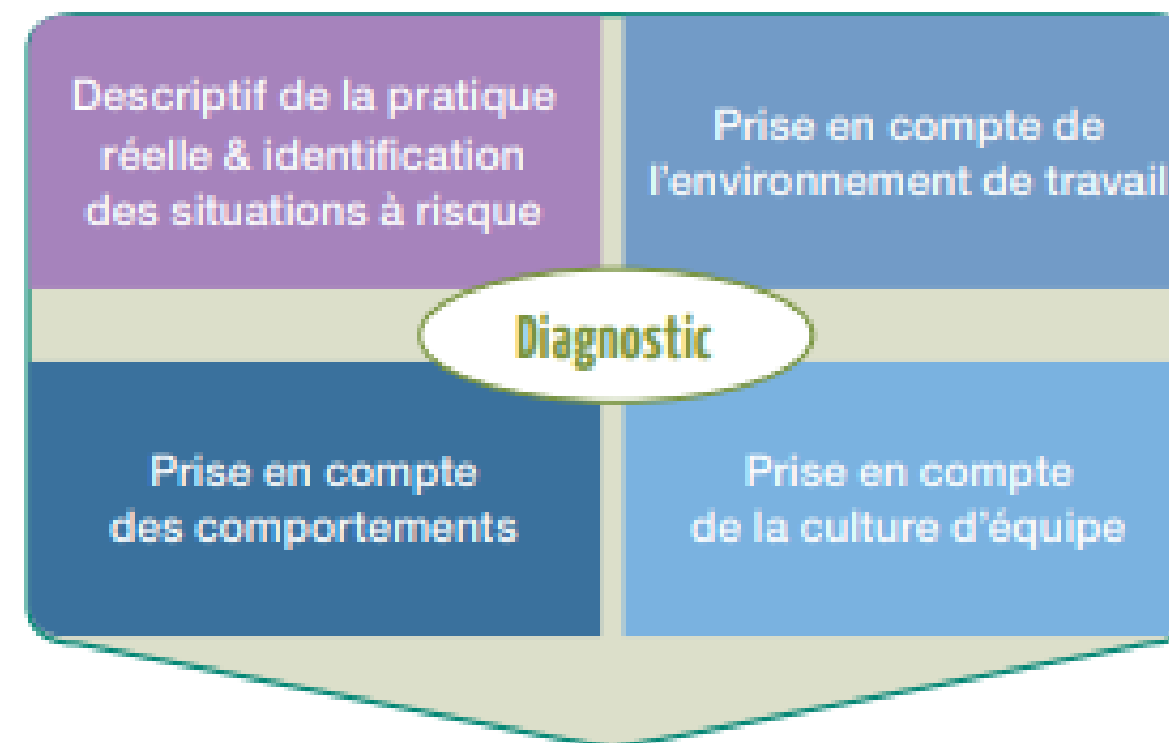
Facteur de stress professionnel (« impression de ne pas faire correctement mon travail »)

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

Comprendre et partager



Analyse de la situation



Débriefing en équipe → film pédagogique

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

Mettre en place les solutions



Suivre et mesurer

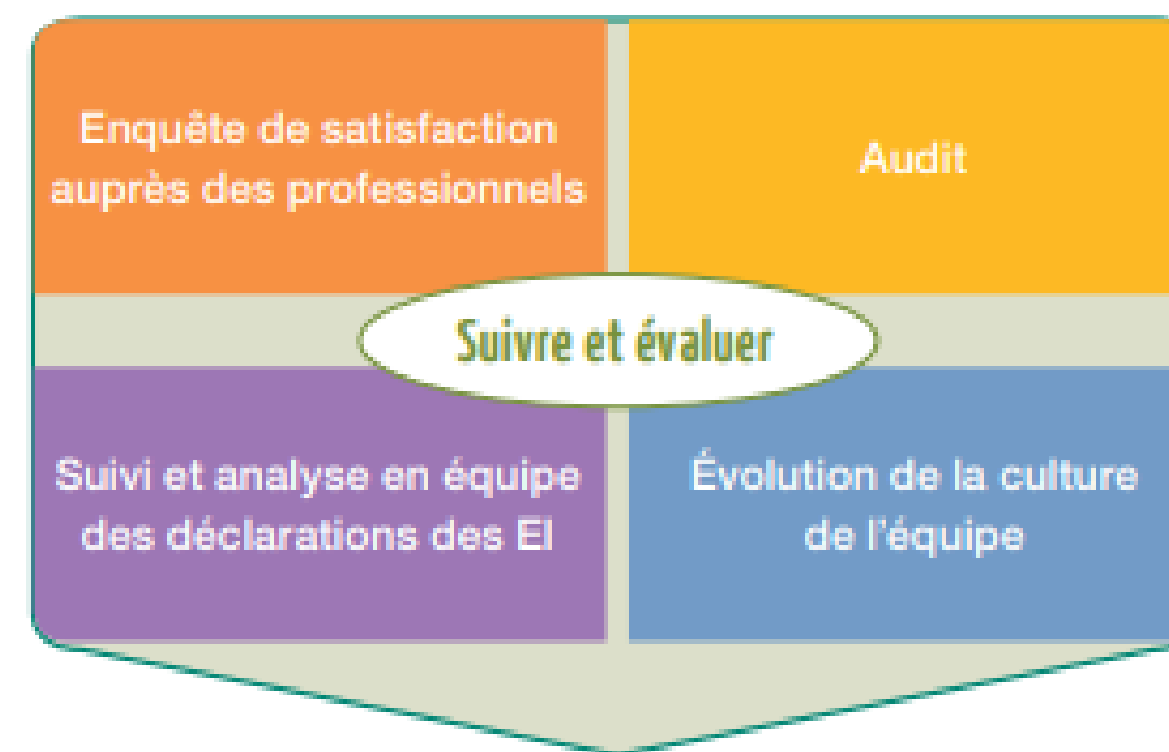




Figure 2. Mitigating Interruption Effects on High-Risk Procedures – Healthcare Human Factors



Figure 3. Flyers



Figure 4. Gilet



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



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

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

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



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

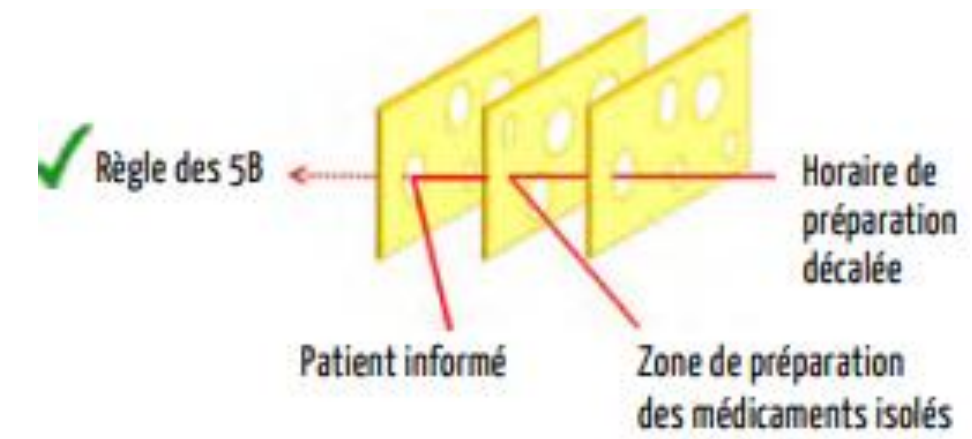
Haute Autorité de Santé - Interruptions de tâche lors de l'administration des médicaments

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



Figure 5. Zone délimitée (5)

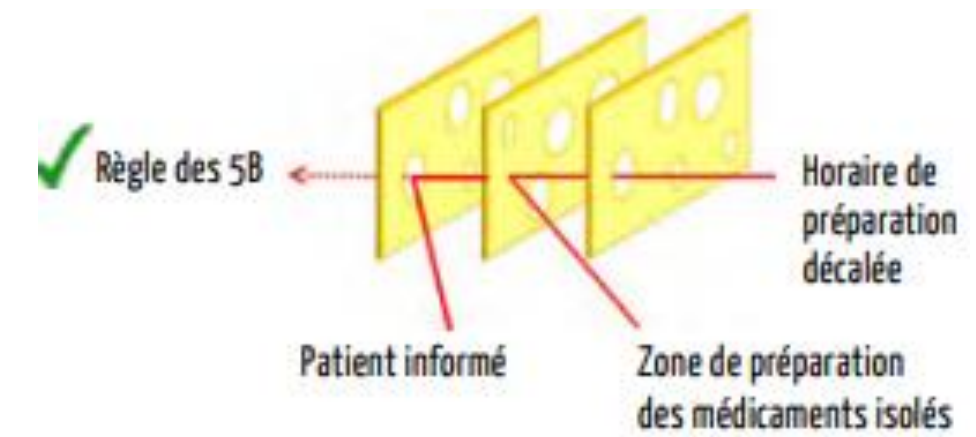
Exemple de plan d'actions



EHPAD de Forges – Les – Eaux

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

Exemple de plan d'actions



EHPAD La Haye Montsenelle

Notre plan d'actions
Gilet jaune ?

Service de Pharmacie
30 rue du Buisson
78180 Montesson
Tél : 01 30 71 40 10
Fax : 01 30 71 40 11
Mail : pharmacie@ehpad-la-haye-montsenelle.fr



Ne pas déranger
vérification
des semainiers



Merci de votre compréhension

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



EHPAD La Haye Montsenelle
30 rue du Buisson
78180 Montesson
Tél : 01 30 71 40 10
Fax : 01 30 71 40 11
Mail : pharmacie@ehpad-la-haye-montsenelle.fr

omedit
Normandie

**L'INTERRUPTION DE TACHE, ELLE EXISTE !
MOBILISONS-NOUS ENSEMBLE !**

Barrière de récupération
Sécurité du patient
Barrière d'atténuation
Perturbation de la concentration

Barrières Pratiques d'Administration

Normandie omedit HAS

Outils disponibles

Interruption de tâches

LANCEMENT GROUPE "INTERRUPTION DE TÂCHES"

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

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

Pour information, le **lancement du nouvel accompagnement** a eu lieu le **jeudi 29 septembre** : [diaporama de la séance](#)

Addendum

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

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

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

Janvier 2016

Objectifs du document

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



Outils disponibles

[Video de sensibilisation interruption tâche \(Baclesse\)](#)

[Affiche IT Chariot CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil](#)

Page dédiée sur le site internet OMÉDIT Normandie [Interruption de tâches Haute Autorité de Santé - Interruptions de tâche lors de l'administration de médicaments](#)

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

Maîtrise des Interruptions de Tâches : Bilan d'Une Année de Travail d'Équipe sur le Circuit du Médicament

(Étapes de vérification des doses, administration-aide à la prise)



Exemple poster sur l'interruption de tâches

FOCUS SUR LE STOCKAGE DES MEDICAMENTS



Points faibles identifiés

⚠ Gestion du stock tampon → Un stock tampon n'existe pas

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

Questions sur le stockage

- Comment sont stockés les médicaments ?

Stockage

Objectifs : S'assurer que l'ensemble des dotations sont maîtrisées : armoire ou local à pharmacie à accès contrôlé (digicode, clé, ...) propre, non humide, dont la température est compatible avec la conservation des médicaments (température ambiante entre 15 et 25°C, à l'abri de la lumière), médicaments thermosensibles (entre 2 et 8 °C).

1. **Traitements de chaque résident** : regroupés individuellement, de manière nominative (nom, prénom, DDN +/- photo) (ex. chariot avec casier individuel). Attention, le numéro de chambre = source d'erreur.
2. **Dotation pour besoins urgents**
3. **Chariot/Trousse d'urgence** : scellé, contrôle mensuel et après chaque utilisation
4. **Stupéfiants** : coffre fort avec accès limité aux IDE/médecins/équipe pharmaceutique + traçabilité des entrées et sorties, à l'unité pour chaque patient
5. **Produits thermosensibles** : armoire réfrigérée professionnelle, contrôle au moins quotidien et tracé, procédure en cas d'excursion de température

Stockage

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

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

1



2



- Guide OMéDIT Normandie – Exemple de dotation pour besoins urgents
- [Urgence en EHPAD - Dotations en produits de sante - OMéDIT CVdL](#)
- [Guide produits thermosensibles](#) - OMéDIT/ARS Normandie
- [Grille Respect de la chaîne du froid des médicaments thermosensibles pour EHPAD](#) – OMéDIT Normandie
- Quick audit « Stockage » – OMéDIT Normandie

Stockage des stupéfiants

Stockage stupéfiants 1/2

- Remis **en main propre** à l'**IDE** de l'EHPAD dans un contenant fermé
- Précision faite des unités dans le contenant
- **Contrôle qualitatif et quantitatif** par IDE est réalisé et **tracé**
- Tout contenant endommagé, ouvert ou toute non-conformité observée à l'issu du contrôle qualitatif et quantitatif du contenu de la livraison devra être signalé dès réception par l'EHPAD et tracé (sur une fiche navette ou autre fiche de non-conformités à conserver à l'EHPAD et à transmettre au pharmacien).
- **Stockage immédiat** dans un **coffre fort** à **accès limité aux IDE/ médecins / équipe pharmaceutique** (pharmacien et préparateur) de l'ESSMS

Stockage stupéfiants 2/2

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

Stockage de l'oxygène

Stockage oxygène

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



Dotation pour besoins urgents

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

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

Exemple de dotation pour besoins urgents



Exemple de dotation pour besoins urgents

ALLERGOLOGIE

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

ANTALGIE

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

ANTIDOTE

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

CARDIO-VASCULAIRE

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

CARDIO-VASCULAIRE (suite)

Nicardipine 20mg, cpr	30 comprimés
Acide acetylsalicylique 75mg, sachet	30 sachets
Polystyrene de sodium 15g/dose, poudre	1 flacon

ENDOCRINOLOGIE

Glucagon 1mg/mL, injectable	1 flacon
Glucose 30% 10mL, injectable	10 ampoules
Insuline d'action rapide, injectable	1 stylo

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Vogalène Lyoc 7,5mg, cpr	16 comprimés
Vogalène 5 mg, suppositoire	10 suppositoires
Métoclopramide 10mg/2mL, injectable <i>A utiliser uniquement dans le cadre des soins palliatifs</i>	12 ampoules
Racecadotril 100mg, gélule	20 gélules
Phloroglucinol 80mg, cpr	20 comprimés
Omeprazole 20mg, gélule	7 gélules
Normacol lavement	2 flacons 130 mL
Diosmectite 3G, sachet	24 sachets
Macrogol 10G, sachet	20 sachets
Alginate/bicarbonate de sodium, sachet	24 sachets

HÉMOSTASE

Acide tranexamique 1g/10mL, sol buvable	10 ampoules
---	-------------

Chariot d'urgence (trousse, sac à dos)

Chariot d'urgence (trousse, sac à dos)

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

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

Exemple de chariot de médicaments d'urgence



Exemple de chariot de médicaments d'urgence

ALLERGOLOGIE

- Polaramine
- Bétaméthasone, injectable
- Methylprednisolone, injectable

GASTROLOGIE

- Métoclopramide, injectable
- Phloroglucinol, injectable

NEURO-PSYCHIATRIE

- Tiapride
- Clonazepam, injectable

Fiche 10

48

Exemple de chariot de médicaments d'urgence

PNEUMOLOGIE

- Salbutamol, aérosol-doseur
- Terbutaline, injectable

ENDOCRINOLOGIE

- Glucose 30 % hypertonique

HEMATOLOGIE

- Vitamine K1

CARDIOLOGIE

- Aspégic 500mg, injectable
- Adrénaline, injectable
- Atropine, injectable
- Furosémide, injectable
- Nicardipine
- Trinitrine, solution sublinguale

PERFUSION

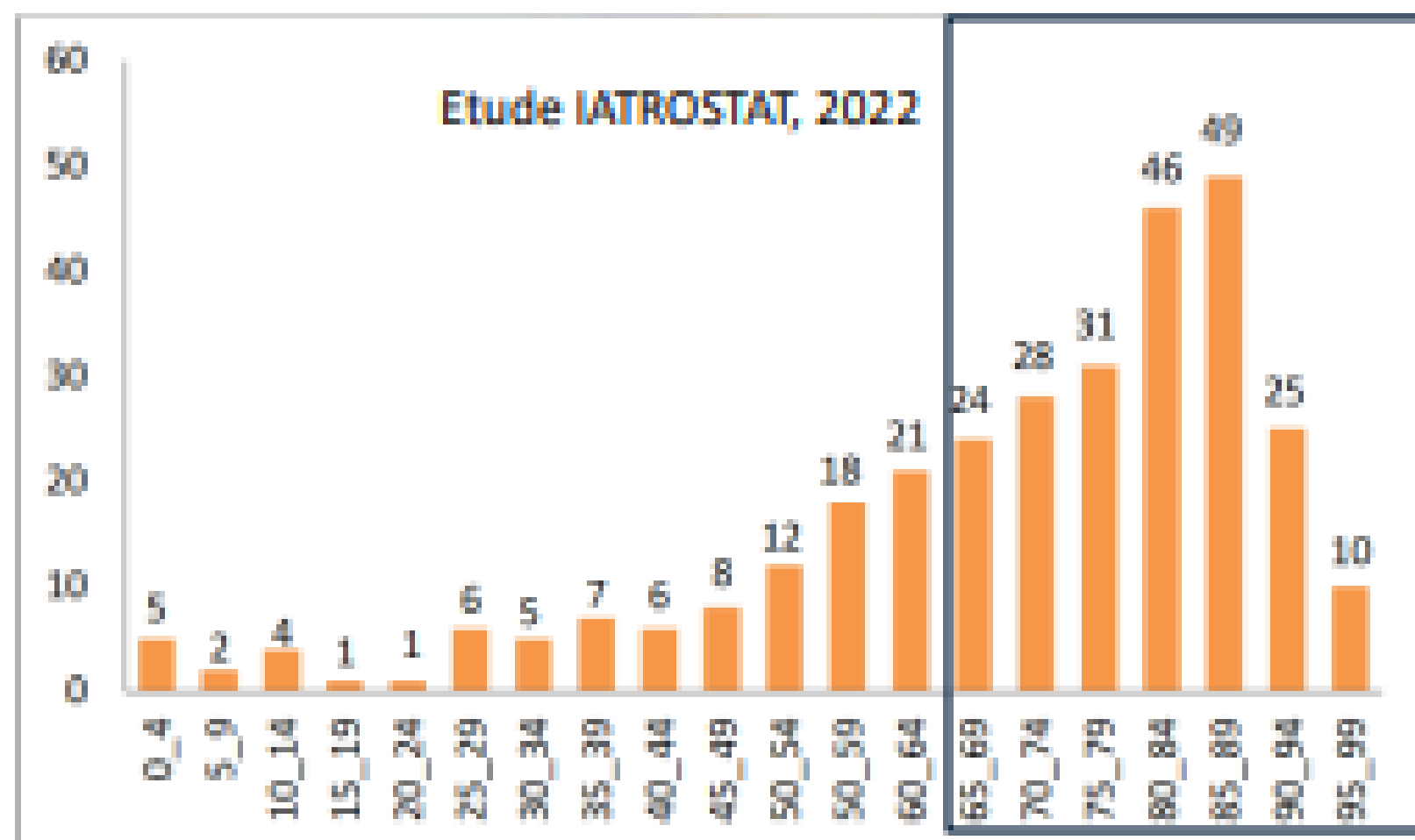
- Chlorure de sodium 0.9%, injectable
- Chlorure de sodium 10%-10mL, injectable
- Glucose 5%, injectable
- Chlorure de potassium 10%-10mL, injectable

AUTRES

- Lovenox 4000 UI/0.4mL, injectable
- Scopolamine, injectable

FOCUS SUR LE SUIVI ET LA REEVALUATION

Polymédication



Iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation chez

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

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

Importance de prévenir la iatrogénie médicamenteuse

Sujets âgés :

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

Polymédication = facteur de risque supplémentaire car :

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



NB : Il est estimé que les chutes touchent chaque année plus d'1/3 patients >65 ans et ½ patients >80 ans [1]

Il est estimé que les chutes sont à l'origine de 130 000 hospitalisations et sont responsables de plus de 10 000 décès chaque année [2]

(1) Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. Maturitas. 1 mai 2013;75(1):51-61.

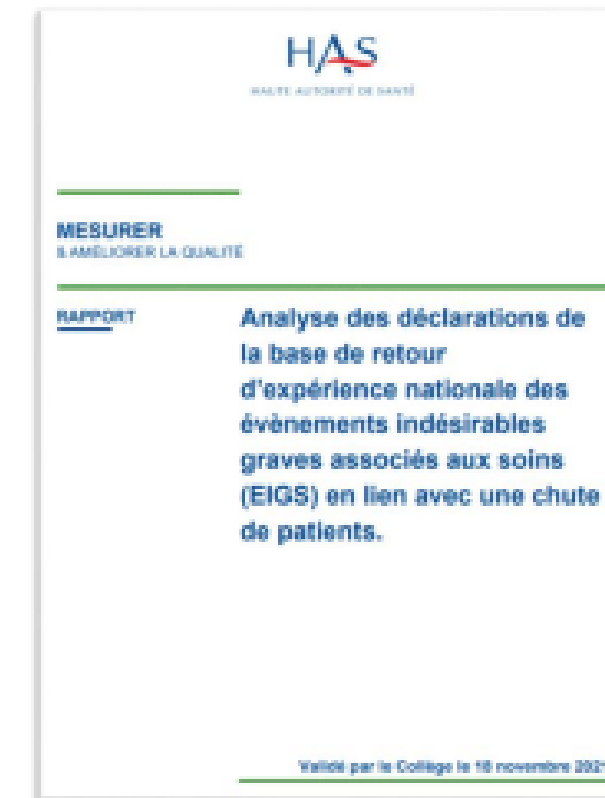
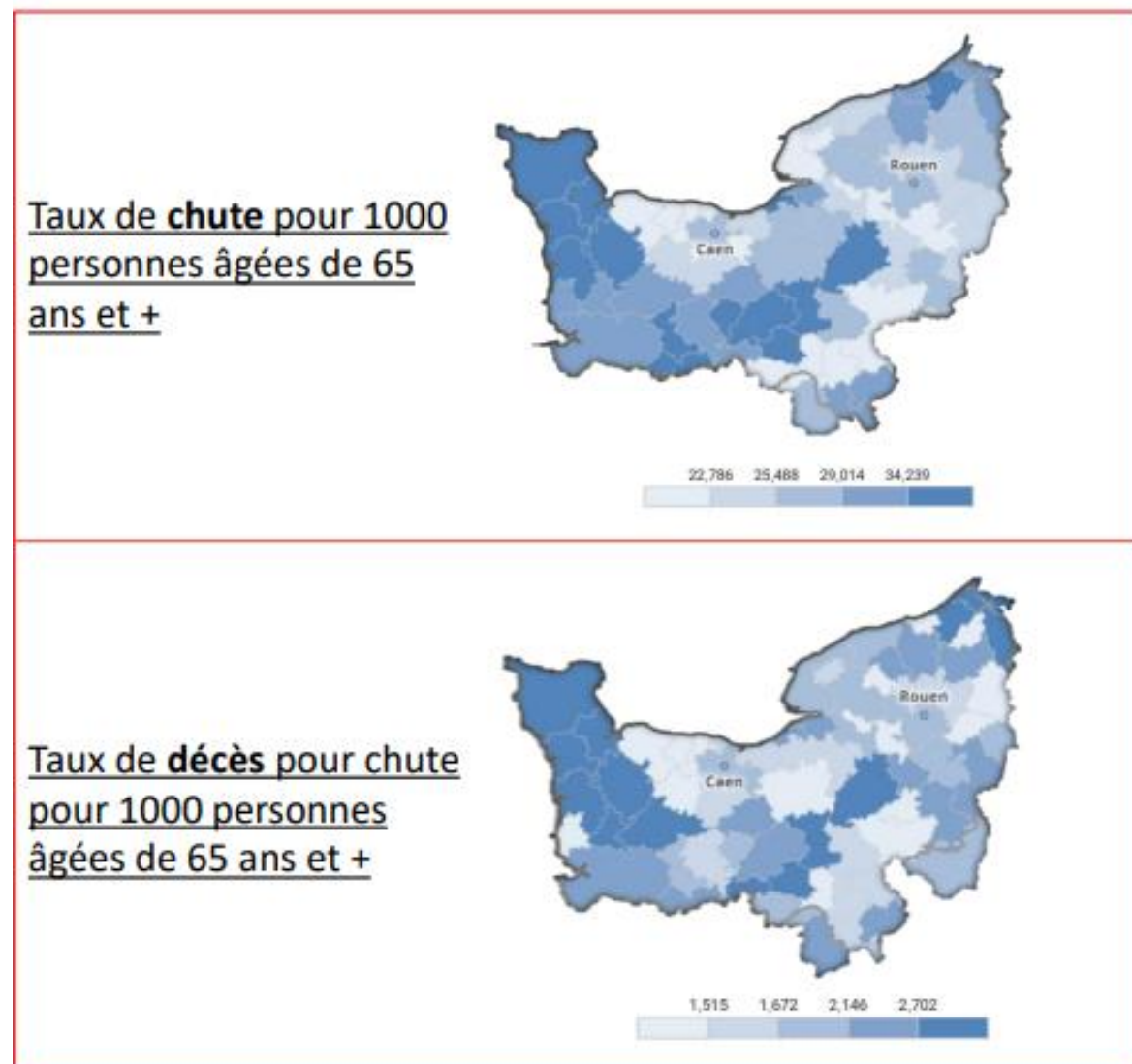
(2) Assurance maladie site internet consulté le 13/01/2023 : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/chutes-troubles-marche>

Lien entre chutes et médicaments

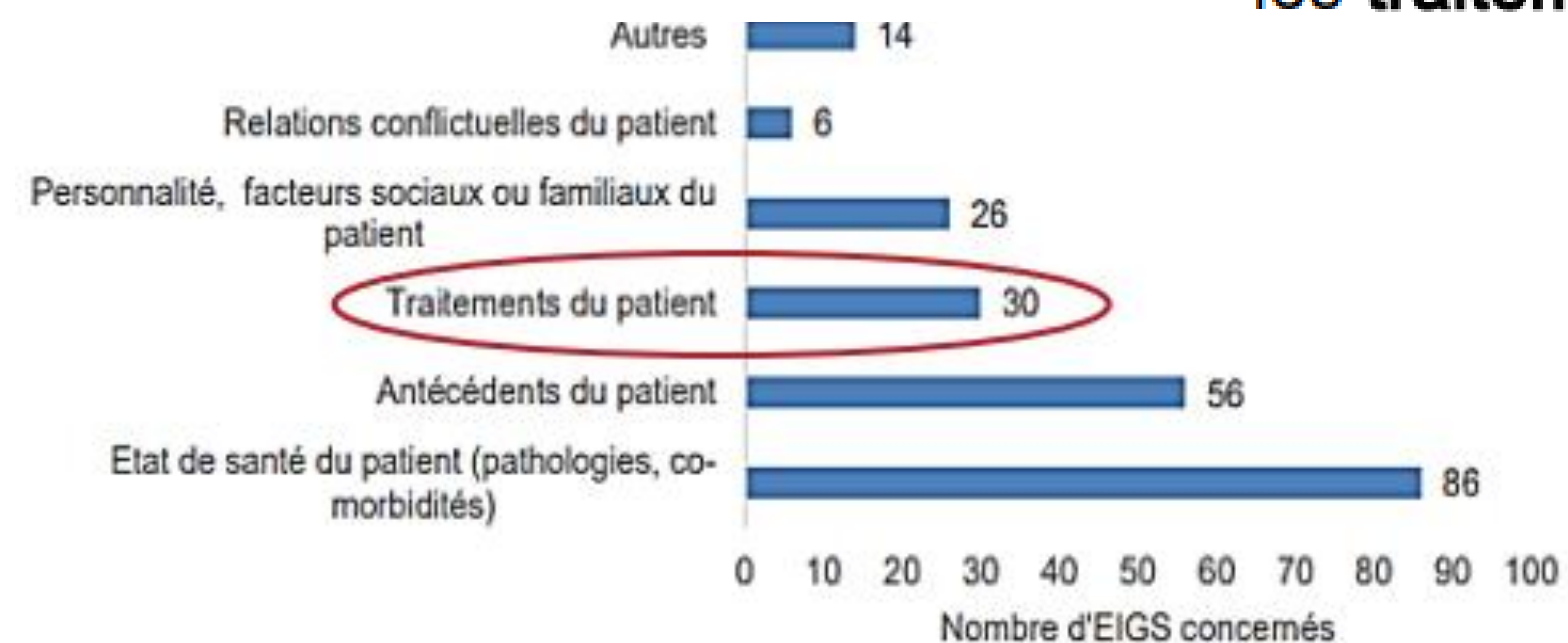
En France, chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 130 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès.

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

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



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



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

Médicaments à risque

Médicaments du système nerveux central

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



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

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



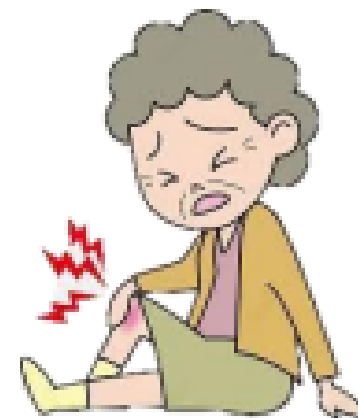
effet sédatif central
hypotension
orthostatique
bradycardie,
syncope

Antidiabétiques



Possibles
hypoglycémies

Antalgiques (opiacés et apparentés)



Sédation,
confusion,
hypoglycémie

Points faibles

-  **Deprescription des benzodiazépines/ IPP non justifié non programmée**
-  **Pas de suivi ni de travail de fond sur les neuroleptiques, BZD, les campagnes de vaccination**

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

- **Formations présentielle** : « **Enjeux, concepts, outils et méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie** »
 - Minimum 2 à Caen et 2 à Rouen/an
 - Liste d'attente pour les prochaines formations : [Liste d'attente formation "Enjeux, concepts, outils et méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie chez le sujet âgé" | Framaforms.org](https://framaforms.org/liste-dattente-formation-enjeux-concepts-outils-et-methodologie-doptimisation-de-la-pharmacotherapie-chez-le-sujet-age-2023-01-08)



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Enjeux, concepts, outils et méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie

Le vendredi 8 décembre 2023, à Rouen

Formation

Formateurs :
- Dr Karine KADRI (Géiatre CHU de Rouen EHPAD-USLD Boucaut)
- Dr Catherine CHENAILLER (Pharmacien clinicien gériatrie et médecine alguë et responsable de la structure interne de pharmacie clinique, du secteurs soins pharmaceutiques)
- Dr Albane CHEREL (Pharmacien OMéDIT Normandie)

CHU ROUEN NORMANDIE omedit BRETAGNE OMéDIT NORMANDIE next >

PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Programme de formation
Optimisation de la Pharmacothérapie de la Personne Âgée

Modules 1 et 2
Enjeux, concepts, outils et méthode d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée
Formation présentielle le 8 décembre 2023 (CHU Rouen))

Objectifs

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

Conférenciers

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

Public
Cette formation s'adresse aux médecins et pharmaciens prenant en charge des personnes âgées
Maximum de 12 participants

Matériel didactique mis à disposition sur la plateforme eLearnes
Une fois votre inscription complétée, vous aurez accès aux documents associés à la formation (compter 2-3 jours de délai une fois votre inscription compéte) :

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

Dates
Formation présentielle, le 8 décembre 2023, à Rouen

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



PRÉVENTION DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

Optimisation de la
Pharmacothérapie
de la **Personne Âgée**



16 modules de formation

Modules introductifs

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

Pathologies et classes thérapeutiques

- | | |
|------------------------------------|--|
| 3. Hypertension artérielle | 11. Antipsychotiques (<i>en cours</i>) |
| 4. IPP | 12. Insuffisance cardiaque (<i>en cours</i>) |
| 5. Statines | 13. Fibrillation atriale |
| 6. Anticoagulants | 14. Benzodiazépines |
| 7. Douleur | 15. Diabète de type 2 |
| 8. Oncogériatrie | 16. Anticholinergiques |
| 9. Ostéoporose | |
| 10. Dépression (<i>en cours</i>) | |

Replays déjà disponibles

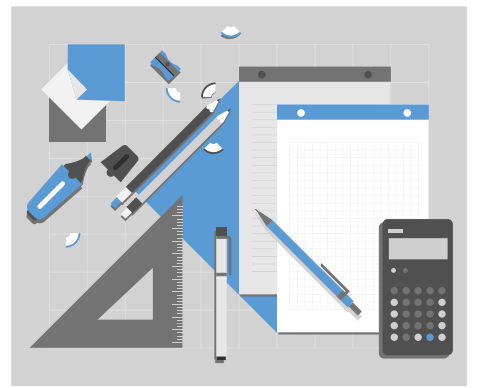
- [Boîte à outils « anticoagulants »](#)
- [Boîte à outils « douleur »](#)
- [Oncogériatrie](#)
- [HTA](#)
- [IPP](#)
- [Outils et méthodologie d'optimisation](#)

Une collaboration



next >

Travailler sur les prescriptions



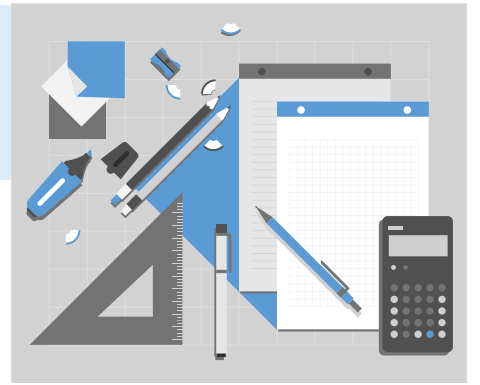
➤ Objectifs

1. Cibler des situations à risque de iatrogénie médicamenteuse

Exemples : par pathologie (maladie d'Alzheimer, HTA...) ; par classe médicamenteuse (anticoagulants, psychotropes, antihypertenseurs...)

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

3. Mettre en œuvre un suivi d'indicateurs



1. En ciblant des situations à risque de iatrogénie médicamenteuse



Outils disponibles

- Boîte à outils « personne âgée : optimisation médicamenteuse » – OMéDIT : [Formations interprofessionnelles \(omedit-normandie.fr\)](https://omedit-normandie.fr/Formations-interprofessionnelles)

Formations

Fiches à destination des patients

Ressources pédagogiques

Formations interprofessionnelles

Nos outils

Actualisation du 25/10/22

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

Le programme de formation

Un programme composé à terme de 14 thématiques de formation

Généralités

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

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

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

- Formations présentielle interprofessionnelles :**
(« Enjeux, concepts, outils et méthodologie d'optimisation de la pharmacothérapie de la personne âgée »)
- Webinaires :**
 - IPP** (replay de la session du 28/11/22 disponible)
 - Optimisation de la **PECM de l'HTA** (replay de la session du 08/03/23 disponible)
 - Optimisation de la **PECM par AVK** (replay de la session du 31 mai 2023)

Formations distancielles :

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

Replay est accessible à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=08pMXhNcUoU>

Le support de présentation disponible à l'adresse suivante : [Le Diabète du Sujet Agé](#)

- Webinaire « **sur les allongements de QT** » le **vendredi 7 novembre à 13h30** - animé par le **Pr Joachim Alexandre**.
Si vous souhaitez y participer, il vous suffit de vous inscrire : <https://forms.office.com/e/Qa95P647s1?origin=IprLink>

- Webinaire « **Antipsychotiques et personnes âgées : maladies psychiatriques vieillissantes** avec un webinaire le **5 décembre à 13h**

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

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ars

Agence Régionale de Santé Normandie

omedit

Normandie

LISTE PRÉFÉRENTIELLE DE MÉDICAMENTS ADAPTÉS AU SUJET ÂGÉ

[MISE À JOUR 09.2025]

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTON (IPP)	Modalités de préparation (écrasement comprimé / ouverture gélule)	Amertume	Modalités d'administration si médicament écrasé, ouvert ou défilé/modalités d'administration si forme galénique non per os
OMÉPRAZOLE gel gastrores, 10 et 20 mg (MOPRAL, ZOLTUM et génériques)		Pas de données	 Mélanger le contenu de la gélule avec un aliment acide.
OMÉPRAZOLE cp. gastrores, 20 mg (MOPRALPRO)		Pas de données	 Diluer le comprimé dans un aliment acide.
PANTOPRAZOLE cp. gastrores, 20 et 40 mg (EUPANTOL, INIPOMP et génériques)		Pas de données	

Liste préférentielle en EHPAD
[OMéDIT : EHPAD \(omedit-normandie.fr\)](https://omedit-normandie.fr)

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

RESEARCH PAPER

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

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

Received: 10 January 2023 / Accepted: 31 March 2023
© The Author(s) 2023, corrected publication 2023

Liste STOPP/START:
EHPAD (omedit-normandie.fr)
<https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/essms-ehpad/ehpad,2179,2395.html>

72

❖ Kit de sensibilisation à la **réévaluation médicamenteuse** :

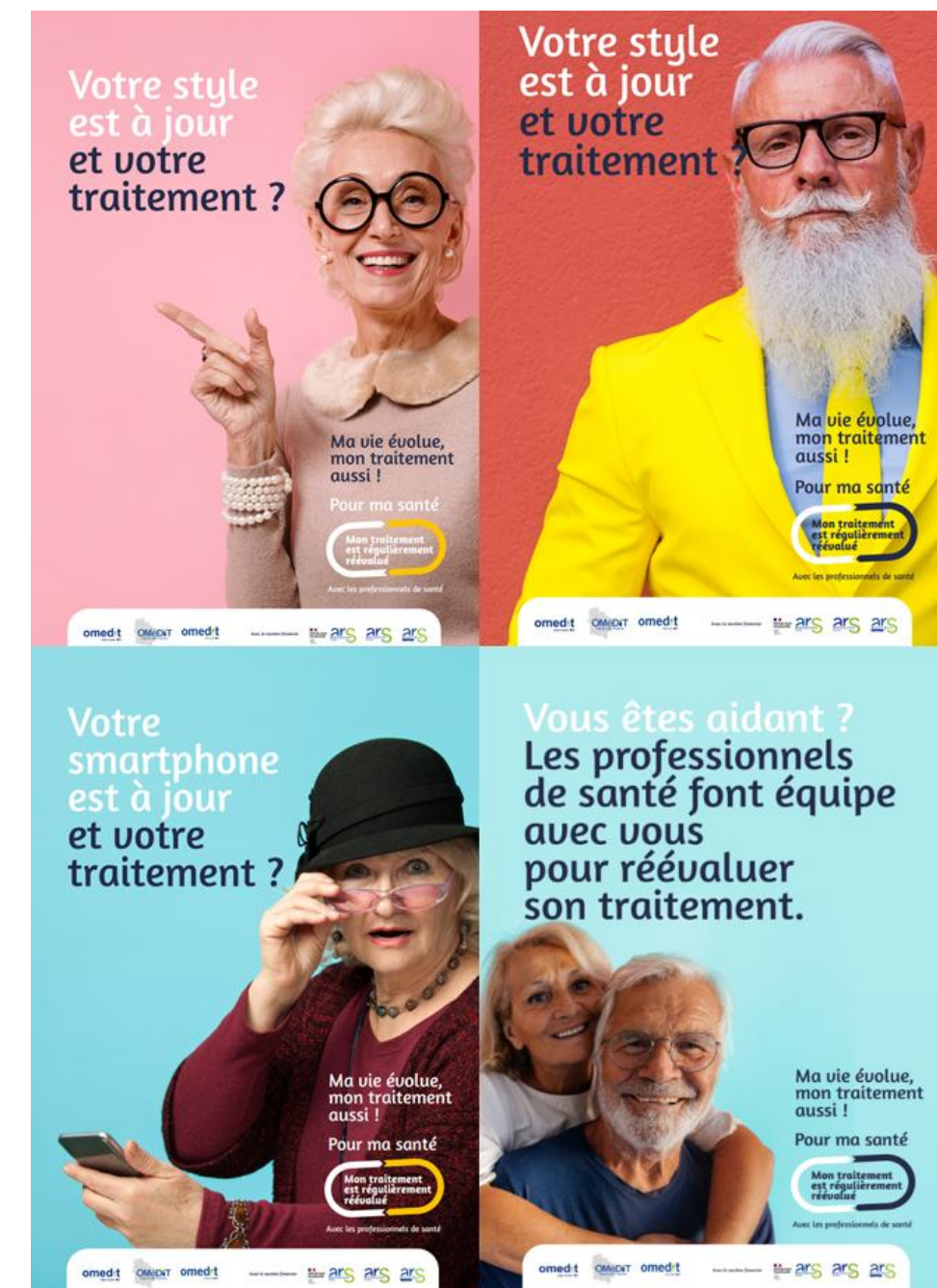
- Sensibilisation des résidents/aidants/professionnels de santé
- Mini-vidéos et flyers
- Pour mener vos propres actions de communication (lors des CVS, etc.)



Vidéos à destination du grand public



Vidéos à destination des professionnels de santé



FOCUS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



Points faibles identifiés

 **Stratégie de prise en charge non médicamenteuse de la douleur insuffisante**

 **Evaluations douleur**

Douleur

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

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

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

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

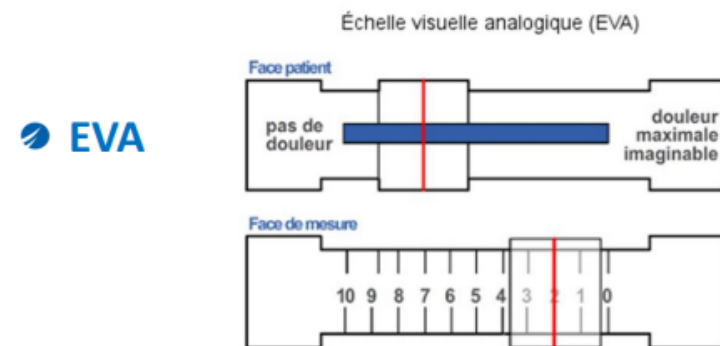
Différents types de douleur :

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

Evaluation de la douleur

Autoévaluation

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



● EN : échelle numérique (0 à 10)

● EVS:

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

Hétéroévaluation

Douleur en situation aiguë = Algoplus®

Douleur en situation chronique

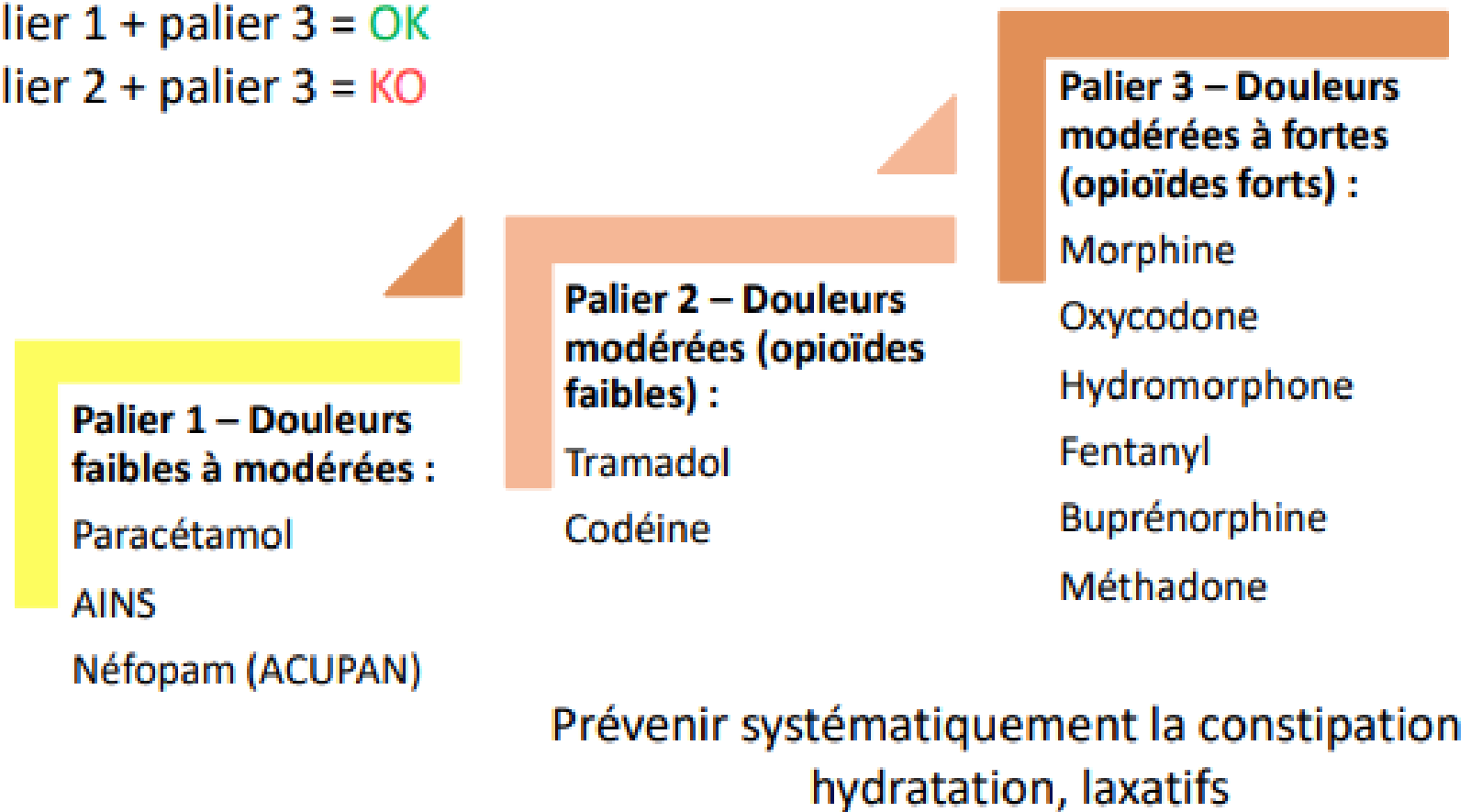
- Doloplus®
- Echelle comportementale de la Personne Âgée ECPA
- PACSLAC-F: Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (version Française)

Echelle ALGoplus										Identification du patient									
Evaluation de la douleur										Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale									
Date de l'évaluation de la douleur										NOM : Prénom :									
Heure										Service :									
1 • Visage										1 • Plaintes somatiques									
2 • Regard										2 • Positions antalgiques au repos									
3 • Plaintes										3 • Protection de zones douloureuses									
4 • Corps										SCORE TOTAL DE L'ECHELLE :									
5 • Comportements										E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante									
										Identifiant patient									

I. Observation avant les soins		II. Observation pendant les soins	
1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE		5. Anticipation ANXIEUSE aux soins	
2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)		6. Réactions pendant la MOBILISATION	
3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)		7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES	

Focus sur les antalgiques

Palier 1 + Palier 2 = OK
Palier 1 + palier 3 = OK
Palier 2 + palier 3 = KO



Privilégier autant que possible la voie orale

Respecter la règle : « **start low et go slow** »

Néfopam (ACUPAN) : non recommandé (effets anticholinergiques)

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

→ **PCA de morphine via HAD (procédures +++)**

→ **Fentanyl transdermique (DUROGESIC) :**

Alternative pour les résidents ne pouvant avaler. Mais prudence

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

Points de vigilance

Effets indésirables des opioïdes pour lesquels il faut être particulièrement vigilant

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

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

Education Thérapeutique du résident / entourage

Traitement douleur neuropathique

Traitement local :

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

Traitement systémique :

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

Antidépresseur tricyclique à éviter autant que possible

Gestion des stupéfiants la nuit

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

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

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

Traitements non médicamenteux

Privilégier approche non médicamenteuse spécifique auprès de la population âgée

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

Outils

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

PCA en EHPAD

PCA en EHPAD

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

PCA en EHPAD

Mise en place d'une HAD:

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

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

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

ET

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

ET

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

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

[Fiche PCA en EHPAD](#)

Accompagnement méthodologique

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

09/10/2025

Prochain webinaire 3 le 16/10/2025



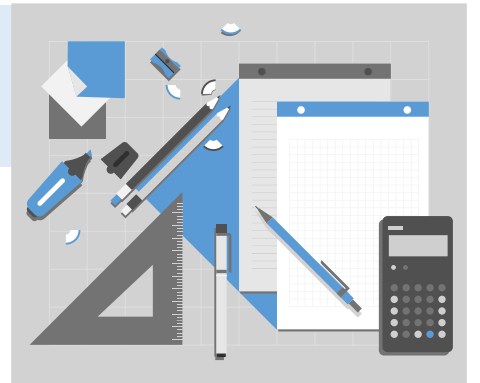
FOCUS SUR LES EIGS

[Time Management Hacks](#) optimisation

[Présentation PowerPoint](#) s'inspirer de ce webinaire sur la declaration eigs

Points faibles

 • RETEX/EI



Cas particulier des événements indésirables graves :

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

Outils disponibles

QQOQCCP sur les EIGS – Minute Qual'Va

Les circuit des EIGS – Minute Qual'Va

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

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

Procédure de traitement des EIGS – ARS Normandie

Quiz EIGS ou pas ?



❖ Une poursuite des formations sur les erreurs médicamenteuses :

- **Gestion des erreurs médicamenteuses a posteriori :**
 - Prochaine formation le
 - Liste d'attente pour les prochaines formations : [Liste d'attente formation "Gestion des risques d'erreurs médicamenteuses" \(à destination du public ESSMS\) | Framaforms.org](#)
- **Webinaire 30 minutes « Apprendre pour prévenir »**
 - Comment animer une séance autour d'une fiche RETEX ?

❖ Des fiches RETEX sur les erreurs médicamenteuses publiées régulièrement:



Pour participer au GT sur les erreurs médicamenteuses en ESSMS : ars-normandie-omedit@ars.sante.fr



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

Gardez la dynamique !