

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD



Majid Talla
Manager
majid.talla@anap.fr

Anne Berthelot
Anne Solène Monfort
Anne Caroline Le Louette
(Ex-internes en pharmacie)

Préface

Toutes les études sur le vieillissement s'accordent sur le fait qu'au-delà de 65 ans le nombre et l'importance des maladies augmentent. L'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) en 2008, a mis en évidence que la morbidité déclarée étaient de 6 maladies en moyenne pour les personnes de 65 et plus. Ce taux est beaucoup plus élevé encore pour les résidents en EHPAD. Dans un tel contexte, il est bien évident que les personnes âgées consomment plus de médicaments que les autres. Selon les travaux réalisés par O. St Jean (2011)¹, le nombre moyen de médicaments consommés par les personnes âgées entre 70 et 80 ans est de 8 et de presque 10 pour les personnes entre 90 et 100 ans. Pour autant, on sait désormais que la consommation des médicaments n'est pas sans risque surtout pour les personnes les plus fragiles. Ils sont même responsables d'un grand nombre d'hospitalisations qui pourraient être évitées. En EHPAD, les risques liés à la prise du médicament sont d'autant plus nombreux que le circuit de la pharmacie au résident est long et implique une multitude d'acteurs (médecin traitant, médecins spécialistes, médecin coordonnateur, pharmacien, infirmiers, aides-soignants, etc.).

C'est pourquoi l'ANESM a élaboré des fiches-repères pour accompagner les professionnels dans une réflexion globale pour limiter ces risques². L'outil **Inter Diag Médicaments en EHPAD** proposé par l'ANAP permet de dresser un diagnostic de sécurisation à chacune des étapes du circuit. Enfin, la Fiche-repère de l'ANESM « Prise en charge médicamenteuse en EHPAD³ » oriente les établissements sur les principaux axes de prévention, insiste sur certains points de vigilance et sur la nécessité d'associer le résident à son traitement. Enfin, qu'ils s'agissent des travaux de l'ANAP ou de l'ANESM, des outils pratiques sont référencés à chaque étape pour que chacun puisse s'inspirer d'expériences qui ont fait leur preuve. L'ensemble de ces productions doit permettre aux EHPAD de limiter les risques de la prise en charge médicamenteuse.

Didier CHARLANNE

Directeur de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (**ANESM**)

1 SAINT-JEAN O. et al. SFGG 2013 (données EGB 2011)

2 ANESM-HAS, Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads, Points Clés, juillet 2015

3 ANESM, « La prise en charge médicamenteuse », Fiche-repère, à paraître, février 2017

Sommaire

Préface	3
1. Introduction	5
• Contexte	6
• Caractéristiques de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD	8
2. Outil INTER DIAG Médicaments en EHPAD V2.0	11
• Architecture générale.....	11
• Restitution des résultats	13
3. Elaboration du plan d'actions	16
4. Actions et bonnes pratiques régionales	24
Remerciements	25
Glossaire.....	26
Annexe 1 Evaluation de l'outil INTER DIAG MEDICAMENTS EHPAD V.1.....	27
• Présentation et Analyse des résultats :.....	29
• Principaux enseignements	35
Annexe 2 Actions et bonnes pratiques régionales.....	36
• « Never events » en EHPAD	37
• Gestion du risque médicamenteux en EHPAD : Sensibilisation par l'analyse de scénario	39
• La revue de prescription des psychotropes chez la personne âgée.....	40
• Mise en place d'actions de lutte contre la iatrogénie, dont la télémédecine, en faveur des personnes âgées.....	41
• Mise en place d'une convention tripartite pour prévenir la iatrogenie chez le sujet âgé.....	44
• Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : Etat des lieux en région Alsace	46
• Guide du bon usage du médicament en gériatrie et liste de dotation pour besoins urgents en EHPAD sans PUI.....	48
• Et dans d'autres pays... Exemples de la suisse, de la Belgique et du canada.....	50

1. Introduction

L'ANAP a développé en 2013, un outil d'auto-évaluation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD : outil Diagnostic de la Prise en charge médicamenteuse (PECM) en EHPAD (INTER DIAG Médicaments en EHPAD). Ce développement a été réalisé en partenariat avec l'ARS et l'OMEDIT Aquitaine. Depuis, d'autres dispositifs sont venus renforcer la sécurisation de la PECM des résidents en EHPAD ou plus généralement de la personne âgée; notamment :

- Le rapport Verger⁴ sur la politique du médicament en EHPAD remis à la ministre en charge de la santé en décembre 2013 : formulation de 27 propositions sur l'amélioration de l'usage du médicament ;
- Le dispositif d'accompagnement des EHPAD mené par les CPAM dans le cadre de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée ;
- La circulaire N° DSS/MCGR/CNAMTS/2014/44 du 7 février 2014 relative à la mise en œuvre des priorités de gestion du risque (GDR) en 2014 ;
- Le plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées. Ce plan d'action s'intègre par ailleurs dans le volet relatif au bon usage des médicaments de la stratégie nationale de santé. Il comprend 4 axes stratégiques dont l'axe 4 concerne l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents en institution.

Afin de tenir compte de ces nouveaux dispositifs et des résultats de l'évaluation de la première version V.1 de l'outil (**Annexe 1**), l'ANAP a élaboré une nouvelle version V2.0 de l'outil Inter Diag Médicaments en EHPAD qui est assortie du présent guide.

Ce guide présente :

- L'architecture générale de la version V2.0 et son mode opératoire ;
- A l'issue de l'auto-évaluation, une aide à la structuration et à la mise en place d'un plan d'action à l'issue de l'auto-évaluation pour améliorer les points critiques identifiés ;
- En annexe, une synthèse des actions et bonnes pratiques régionales menées dans le domaine de la prise en charge médicamenteuse EHPAD (OMEDIT, ARS, Structures régionales d'appui à la qualité et à la sécurité des soins : SRA).

Il est destiné à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuses des résidents en EHPAD qu'ils soient dotés d'une PUI ou desservis par les officines : directeurs des

⁴ La politique du médicament en EHPAD, Rapport Philippe Verger, décembre 2013

EHPAD, médecins coordonnateurs, médecins traitants, cadres, IDE coordonnatrices, IDE, Aide soignants, AMP, Pharmaciens de PUI ou Officines, préparateurs de PUI ou Officines, services qualité ou gestionnaires de risques s'ils existent...

Les agences et les structures régionales impliquées dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en institution (ARS, OMEDIT, Structures régionales d'appui à la qualité et à la sécurité des soins (SRA)) pourraient également en bénéficier.

Contexte

La iatrogénie médicamenteuse est fréquente et grave chez le sujet âgé. Elle représente un coût humain et économique très élevé. Elle serait responsable de plus de **10% des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20% chez les octogénaires**⁵. 30 à 60 % des effets indésirables des médicaments seraient prévisibles et évitables⁶. Plusieurs études relatives à la **sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** mettent en évidence d'importantes défaillances sur les différentes étapes de ce macro-processus (prescription, dispensation, stockage, préparation et distribution-administration des médicaments). L'organisation du processus, la coordination et la communication entre les acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse des résidents représentent les facteurs principaux à l'origine du risque d'iatrogénie.

Dans ce contexte, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse apparaît comme un enjeu important de qualité des soins dans les EHPAD.

Il s'agit d'un processus complexe, car :

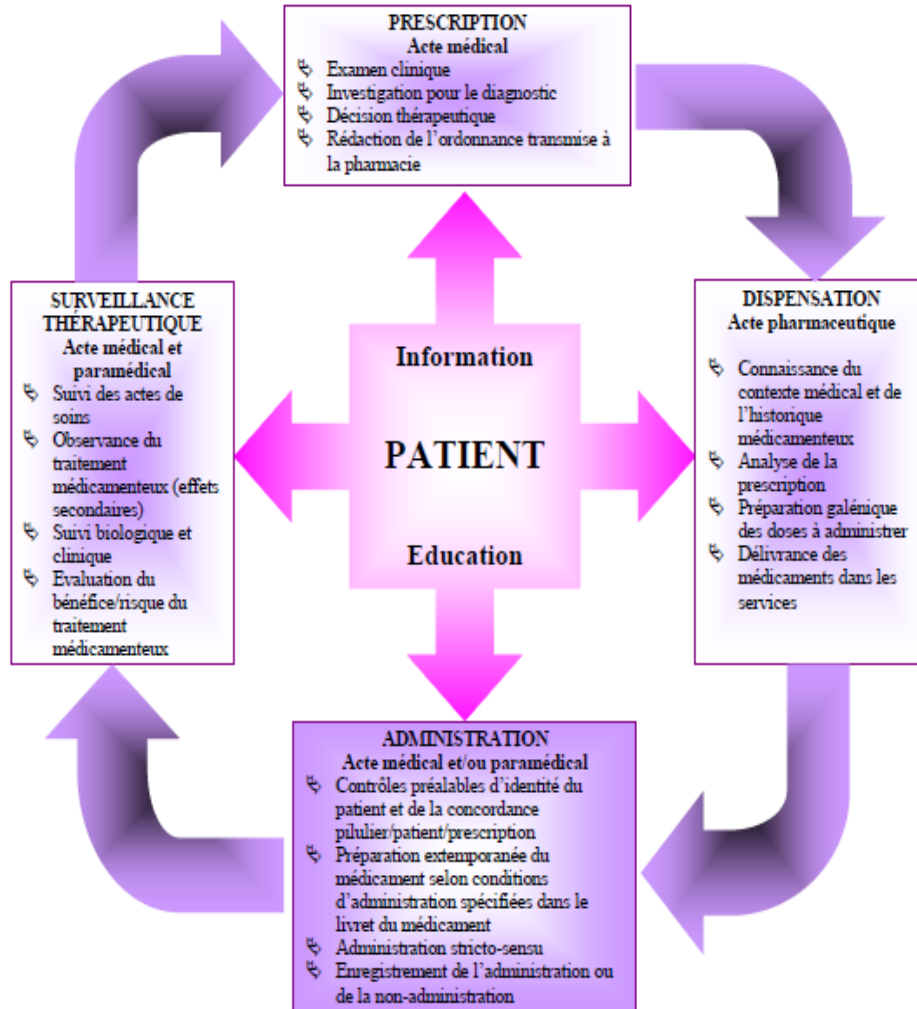
- d'une part, les résidents présentent des degrés de dépendance de plus en plus importants, des pathologies chroniques souvent multiples et une polymédication ;
- d'autre part, la PECM fait intervenir une multitude de professionnels salariés de la structure ou libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, ...), ce qui accentue les défauts de communication et/ou de coordination et les risques d'erreurs médicamenteuses. Les défaillances sur les différentes étapes de ce macro-processus⁷

⁵ Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé - Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS, Professeur Sylvie Legrain 2005

⁶ Prévenir la iatrogénèse chez le sujet âgé – Mise au point ANSM (ANSM), juin 2005

⁷ Cartographie et gestion des risques de l'administration des médicaments per os en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Nathalie BOURDIN, Thèse Soutenue le 17 novembre 2011, Ecole Centrale de Paris

(dispensation, stockage, préparation et distribution-administration des médicaments) sont des facteurs de risque non négligeables d'iatrogénie médicamenteuse.



Macroprocessus de la prise en charge médicamenteuse du résident en EHPAD⁸

Par conséquent, la prise en charge médicamenteuse doit relever d'une démarche pluri-professionnelle permettant de fédérer l'ensemble des professionnels. Elle passe notamment par une auto-évaluation sur la base d'un diagnostic partagé permettant d'objectiver les points forts et les points faibles en matière de sécurisation. Cette auto-évaluation doit conduire à la définition puis la mise en œuvre et le suivi d'un plan d'amélioration permettant la maîtrise du processus avec comme finalité : administrer le bon médicament, au bon résident, à la bonne dose, selon la bonne voie d'administration et au bon moment.

⁸ Cartographie et gestion des risques de l'administration des médicaments per os en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Nathalie BOURDIN, Thèse Soutenue le 17 novembre 2011, Ecole Centrale de Paris

Caractéristiques de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD

- Un EHPAD est avant tout un lieu de vie pour le résident qui conserve la liberté de choisir son médecin traitant et son pharmacien pour assurer sa prise en charge thérapeutique.
- Pour chaque résident, l'EHPAD doit mettre en place un projet personnalisé comportant notamment un projet de soins et un projet de vie. Le projet de soins vise à prévenir et traiter les affections des résidents. Le projet de vie définit les objectifs et les moyens de l'établissement en termes de qualité de l'hébergement et de vie sociale.
- Les résidents hébergés en EHPAD cumulent en moyenne sept affections diagnostiquées⁹ (85 % des résidents présentent une affection neuropsychiatrique, les maladies cardiovasculaires touchent les trois quarts des personnes âgées vivant en établissement). Ainsi, les professionnels sont de plus en plus confrontés à la complexité et l'intrication des pathologies des résidents.
- Les résidents consomment en moyenne 8 médicaments différents par jour¹⁰.
- Les résidents et leurs proches :
En EHPAD, l'aptitude à gérer ses médicaments et le désir de s'en charger, apparaissent sous des formes différentes, allant de l'autonomie réelle à l'incapacité totale, de la volonté de garder la maîtrise de son traitement à son désintérêt. L'organisation générale doit permettre et faciliter la prise en considération de ces singularités sans pour autant ignorer les contraintes réglementaires, la sécurité et l'intérêt du résident. Il faut aussi prendre en compte les proches du résident qui parfois fournissent des médicaments au résident. Tous ces cas de figure sont générateurs de risques que l'établissement doit prendre en compte pour concilier les impératifs de maintien de l'autonomie et de sécurité des soins.
- Les professionnels de santé :
Les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des résidents se différencient selon leur statut, salariés de l'établissement ou libéraux, mais aussi selon leur qualification et liens hiérarchiques : directeur, médecin,

⁹ DREES Etudes et Résultats, Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, juin 2006

¹⁰ La politique du médicament en EHPAD, Rapport Philippe Verger, décembre 2013

pharmacien, préparateur en pharmacie, aide de pharmacie, infirmier (IDE), aide soignants (AS), aide médico-psychologiques (AMP). Les résidents ont le choix, en EHPAD, de leur médecin traitant. Les médecins traitants sont rarement attachés à l'établissement et ont souvent des difficultés à s'insérer dans une logique d'adhésion à l'organisation du processus de la prise en charge médicamenteuse mise en place dans l'établissement. Pour harmoniser les pratiques de soins, la présence d'un médecin coordonnateur gériatre est devenue la règle¹¹. Il coordonne et met en place la permanence des soins.

- Administration des médicaments :

Le Code de Santé Publique (CSP) confie la responsabilité de l'aide à la prise du médicament aux IDE dans le cadre de leur rôle propre (Art R4311-5-4), l'administration des médicaments relevant des actes qu'elles sont habilitées à pratiquer (Art R4311-7-6). Mais dans un établissement médico-social tel qu'un EHPAD, l'Article R4311-4 du même code leur permet, sous leur responsabilité, d'assurer ces tâches avec la collaboration des aides-soignants (AS) et d'aides médico-psychologique (AMP) qu'elles encadrent. Par ailleurs, l'article L313-26 du CASF stipule :

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

- Dispensation des médicaments :

EHPAD principalement de statut public, souvent de plus grande taille, ont une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ou participent à un groupement de coopération sanitaire avec une structure d'hospitalisation voisine, dotée d'une PUI. Mais ce n'est

¹¹ Décrets : 26/04/1999, 27 /05/2005, 16/08/2005 et 02/09/2011

pas le cas de la majorité des EHPAD, de petite taille pour lesquels les dépenses liées au fonctionnement d'une PUI seraient difficiles à supporter. Les établissements approvisionnés par une ou plusieurs PUI assurent la prise en charge de 15 à 20 % des résidents en EHPAD¹².

Pour les EHPAD sans PUI, l'approvisionnement est assuré par une ou plusieurs officines de ville. Le principe du pharmacien référent a été introduit par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008).

¹² Rapport LANCY de juillet 2009 : Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins en EHPAD

2. Outil INTER DIAG Médicaments en EHPAD V2.0

L'Outil Inter Diag « Prise en charge médicamenteuse » en EHPAD V2.0, se présente en **deux modules** selon l'organisation du circuit pharmaceutique des structures:

- **L'Outil Inter Diag Médicaments en EHPAD avec PUI**
- **L'Outil Inter Diag Médicaments en EHPAD sans PUI**

L'outil couvre les principaux aspects de la prise en charge médicamenteuse des résidents, dont l'objectif est de susciter le dialogue pluri-professionnel sur l'organisation de ce processus.

Architecture générale

L'architecture générale de l'outil dans ses deux modules comprend 4 onglets :

1. L'Onglet « Risque structurel de l'établissement » :

- La prise en charge médicamenteuse est un processus faisant intervenir plusieurs acteurs internes et externes à la structure. Son pilotage institutionnel est fondamental pour garantir l'adhésion des acteurs, il doit donc être défini, écrit, validé et partagé pour garantir la coordination des professionnels impliqués et pour disposer d'un socle organisationnel unifié en terme de procédures, de protocoles, de bonnes pratiques. La formalisation de l'organisation de ce processus est importante d'une part pour sortir d'une culture « orale » et d'autre part pour harmoniser les pratiques entre les acteurs. Au-delà des professionnels « stables » de l'EHPAD, cette formalisation est également importante pour les acteurs externes, les nouveaux arrivants ou le personnel remplaçant... ;
- L'articulation de cette politique avec les instances de l'établissement : la Commission de Coordination Gériatrique (CCG), le conseil de la vie sociale (CVS) sont des relais d'information, d'échange et de communication ;
- La formalisation des liens avec l'Officine ou la PUI : la désignation d'une infirmière IDE référente, peut être un moyen de pallier les problèmes de communication et de garantir l'interface EHPAD/Pharmacie en disposant d'un même interlocuteur autant que de besoin ;
- La gestion des ressources humaines : turn-over du personnel soignant, recours à l'intérim, etc. Bien que justifiée, une rotation importante du personnel soignant constitue un facteur de risque en soi qui doit être maîtrisé. Il s'agit d'attirer l'attention de l'EHPAD sur la nécessité de renforcer la formation des nouveaux arrivants, de

mettre en place un dispositif de transmissions des informations entre les acteurs impliqués dans la prise en charge du résident.

2. Les onglets relatifs aux trois thématiques de la prise en charge médicamenteuse :

- **L'onglet « Contexte et politique de sécurisation dans l'établissement » :**
Pilotage, organisation, information/formation, synergie avec la pharmacie (PUI ou Officine).
- **L'onglet « Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse » :**
De la prescription à l'administration du médicament en passant par les interfaces EHPAD-Hôpital, EHPAD-domicile lors de transfert du résident, EHPAD-officine de ville, ...
- **L'onglet « Sécurisation du stockage des médicaments » :**
Organisation du stockage des médicaments, qualité de la gestion du stockage.

Ces trois thématiques sont déclinées en 7 axes de sécurisation de la PEC médicamenteuse :

- **Prévention :**
- **Pilotage**
- **Entrée et transfert du résident**
- **Prescription et dispensation**
- **Préparation et administration**
- **Organisation du stockage**
- **Gestion du stockage**

Les 7 axes de sécurisation comprennent des sous-thèmes. Les items du questionnaire sont regroupés en **21 sous-thèmes**.

Les items du questionnaire correspondent à des barrières de sécurité permettant d'agir sur les facteurs latents (organisation des tâches, formation, information, communication, coordination des acteurs et des structures de prise en charge du résident, failles organisationnelles,...) pouvant être à l'origine de dysfonctionnements ou d'erreurs médicamenteuses. L'addition des différentes barrières de sécurité est de nature à renforcer **le niveau de maîtrise des risques** de l'organisation de la prise en charge médicamenteuse.

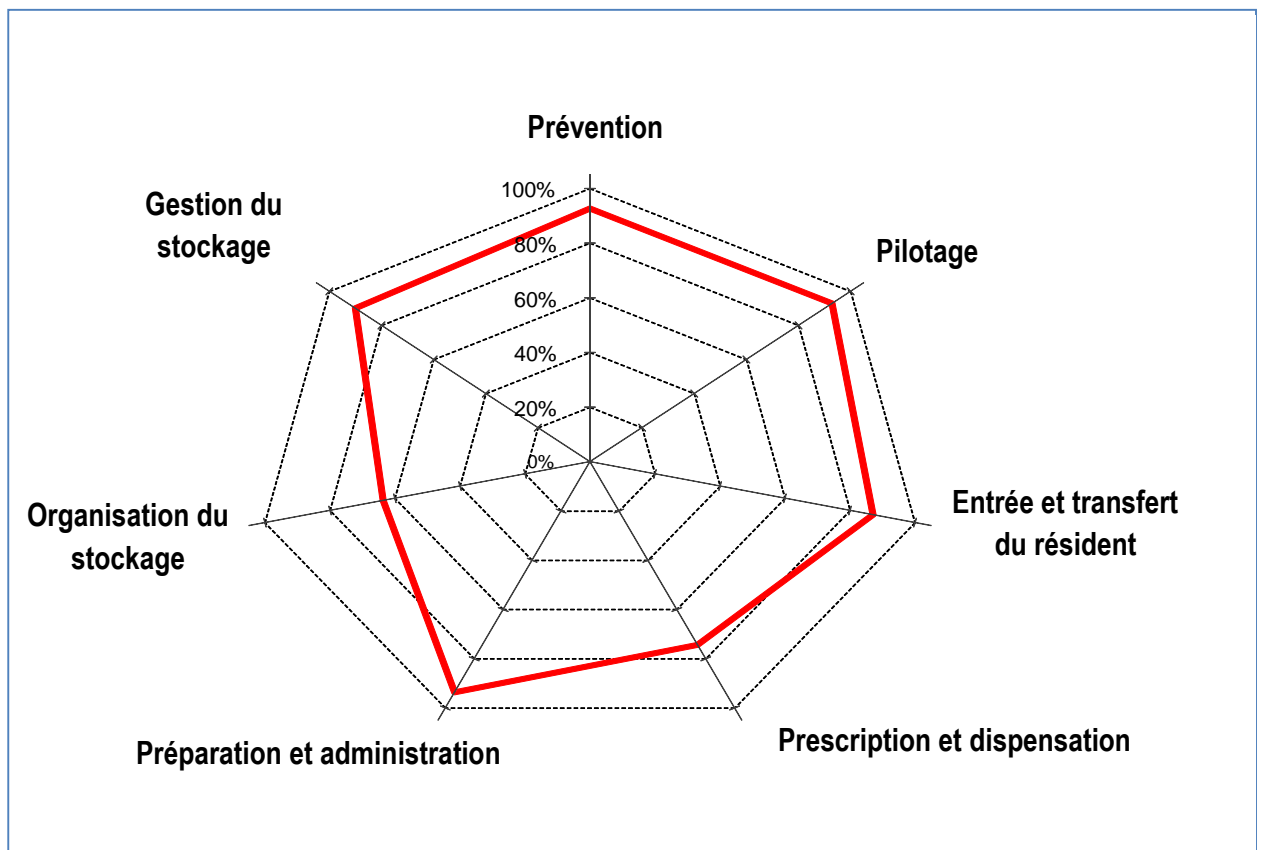
Pour chaque item de l'outil, l'équipe choisit sa réponse dans le menu déroulant :

- Oui totalement
- Oui partiellement (pour certains items)
- Non
- NA : Non Applicable (les réponses "NA" doivent donc être strictement limitées et justifiées pour éviter tout biais dans l'interprétation des résultats de l'auto-évaluation par surestimation des scores de maîtrise des risques).

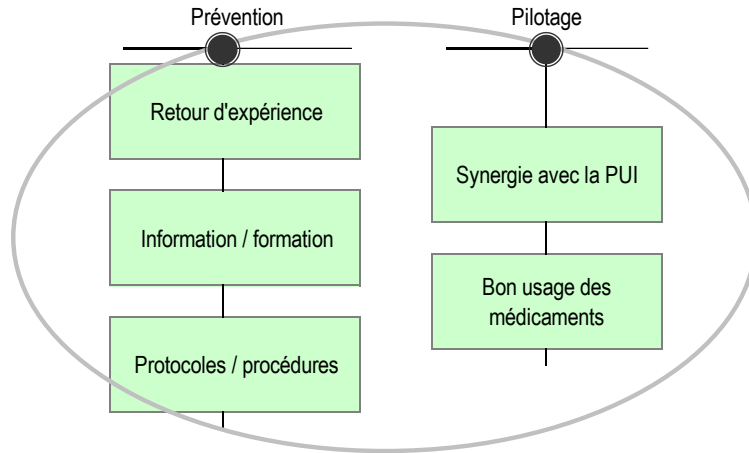
Une colonne « accessibilité » est intégrée dans l'outil afin d'apprécier le niveau de faisabilité de la mise en place des actions d'amélioration pour les items avec une réponse partielle (oui partiellement) ou négative (Non). Quatre types de réponses sont proposés : Très difficile, Difficile, Moyenne, Facile.

Restitution des résultats

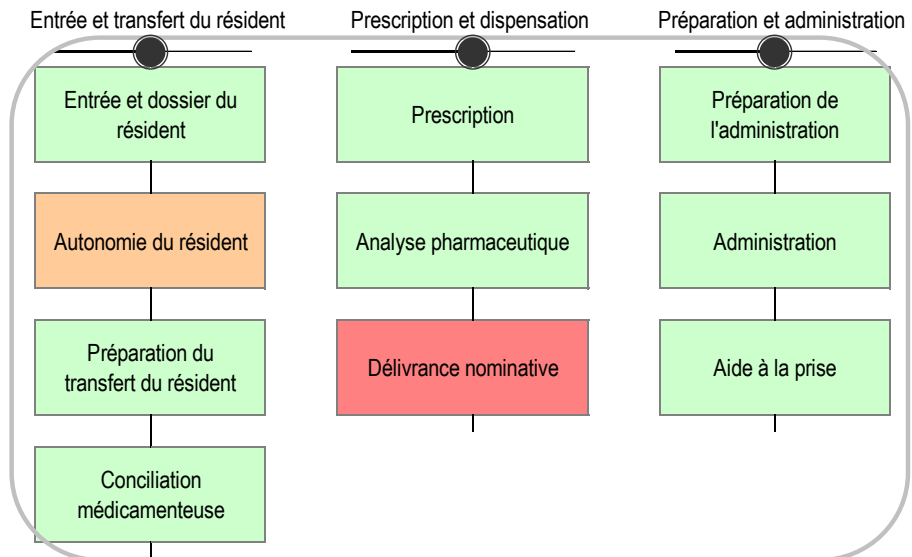
Deux synthèses des résultats sous forme de graphes (radar des axes) et de cartographies en code-couleur sont restituées automatiquement par l'outil à l'issue de l'auto-évaluation.



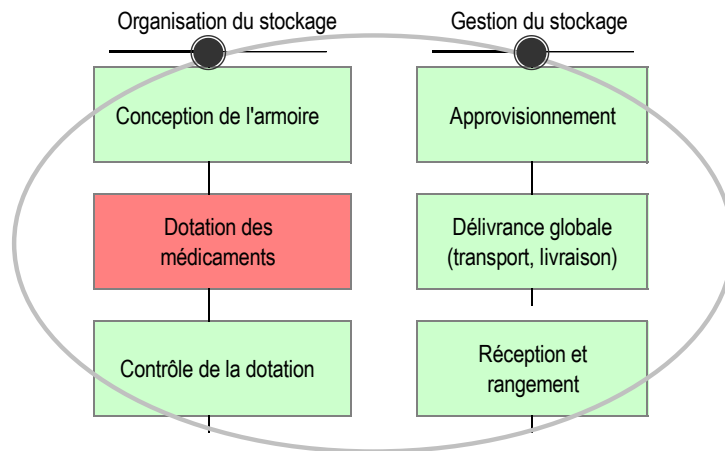
Politique de sécurisation de l'EHPAD



Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse



Sécurisation du stockage des médicaments



La cartographie et les scores de maîtrise des risques permettent d'objectiver les points forts et les points critiques de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ainsi, la démarche d'auto-évaluation permet de définir des priorités des actions à mettre en œuvre et d'identifier les leviers d'amélioration potentiels.

3. Elaboration du plan d'actions

Après avoir identifié les points forts et les points critiques de son processus grâce à la cartographie et les scores de maîtrise des risques obtenus, l'EHPAD procède à l'élaboration de son plan d'actions. Ce dernier requiert la participation de tous les acteurs impliqués dans la démarche d'auto-évaluation. Fruit d'une concertation pluri-professionnelle, les actions d'amélioration sont retenues et priorisées en fonction de leur importance en termes de maîtrise des risques et de leur niveau d'accessibilité par l'EHPAD.

A l'issue de l'auto-évaluation, l'outil Inter Diag Médicaments en EHPAD permet de générer automatiquement et instantanément un **modèle de plan d'actions**. Il permet de sélectionner les items dont le score de maîtrise des risques est faible ou moyen et nécessitant des actions d'amélioration. La structuration du plan d'action permet de faciliter la hiérarchisation et la priorisation des actions à mettre en place en croisant le niveau de maîtrise des risques et le niveau d'accessibilité de l'action retenue.

Le plan d'action comporte *a minima* les éléments suivants :

- la description de l'action : sa nature, ses modalités de mise en œuvre, les moyens nécessaires
- le pilote de l'action
- l'échéance de réalisation
- l'indicateur retenu pour le suivi de la mise en œuvre
- l'état d'avancement de l'action

Afin d'apporter une aide à l'élaboration de leurs plans d'action, les équipes peuvent trouver ci-après des références relatives à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD :

- des retours d'expérience (**REX**) recueillis lors de l'évaluation de la première version de l'outil grâce à la collaboration des EHPAD répondants ;
- des travaux régionaux menés par les OMEDIT, les ARS, les Structures d'appui régionales (SRA)... ;
- les référentiels ou recommandations nationales (HAS, ANSM, sociétés savantes,...).

Les solutions organisationnelles proposées par les retours d'expérience sont rapportées à titre d'exemple. Il appartient aux équipes d'adapter les solutions ou les bonnes pratiques proposées au contexte local et aux propres contraintes de chaque structure.

Les retours d'expériences et/ou les références régionales/nationales sont synthétisés dans le tableau ci-après.

Les documents recensés sont regroupés par axe et/ou item pour faciliter la recherche pour l'utilisateur lors de la construction du plan d'action. Le tableau est ainsi structuré :

- Thématique
- Axe ou Item concerné
- Intitulé du document : solution organisationnelle (Retour d'expérience, REX) ou référence régionale ou nationale
- Statut de la source : retour d'expérience (REX, document PDF), référence régionale ou nationale (lien internet)

Ces documents sont répertoriés dans le « **Thésaurus Médicament en EHPAD** » qui est annexé aux outils Inter Diag (téléchargement en ligne sur le site de l'ANAP). Ce thésaurus est composé de deux onglets :

- Aide au plan d'actions (REX/Références régionales et/ou nationales)
- Bonnes pratiques (BP) régionales

Thématique	Axe/Item	Intitulé	Statut de la source : 1 : REX 2 : Référence régionale 3 : Référence nationale
Politique Qualité de la sécurisation PEC médicamenteuse	A.01	<p>Qualité de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD - ARS/OMEDIT Basse Normandie - Avril 2013</p> <p><i>Ce guide régional élaboré par l'OMEDIT Basse Normandie est structuré autour de trois chapitres principaux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Organisation de la prise en charge médicamenteuse et sécurisation du circuit du médicament</i> - <i>Médicaments à surveillance particulière</i> - <i>Recommandations de prise en charge et protocoles</i> 	2
	A.01	<p>Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse - Centre Gériatrique de Pontacq Nay Jurançon - Juin 2014 (EHPAD avec PUI)</p> <p><i>Ce manuel décrit les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein de l'établissement. Il s'applique à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient et concerne toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans cette prise en charge.</i></p>	1
	A.01	<p>Circuit du médicament des EHPAD du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) : EHPAD sans PUI</p>	1
Liste préférentielle	A.10	<p>Guide méthodologique de création d'une liste préférentielle de médicament - OMEDIT Pays de la Loire - Juin 2014</p>	2
	A.10	<p>Liste préférentielle de médicaments adaptés en EHPAD - OMEDIT Basse et Haute Normandie - Juin 2014</p>	2
	A.10	<p>Elaborer votre liste préférentielle adaptée à la personne âgée en EHPAD - OMEDIT Champagne Ardenne - Août 2013</p>	2

	A 10	Liste préférentielle de médicaments adaptés à la personne âgée (LPM-PA) – OMEDIT ALSACE Juillet 2012	2
	A.10	Liste préférentielle de médicaments en EHPAD – ARS Bourgogne – Mai 2013	2
Procédure/Protocole	C01	Circuit du médicament des EHPAD du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP)	1
	C.06	Conduite à tenir en cas d'urgence - EHPAD Korian - Juin 2012	1
Confusions médicaments	C.09	Dénomination des médicaments et risque de confusion - ANSM - Avril 2011 <i>L'ANSM a établi une liste des différentes confusions de noms de médicaments (confusions entre dénominations de spécialités pharmaceutiques ou dénominations communes) rapportées au Guichet Erreurs Médicamenteuses depuis sa création.</i>	3
	E.02	Fiche signalétique évènement indésirable - Hôpital Léon Bérard - Avril 2013	1
Analyse des Evènements Indésirables	E.04	Charte d'incitation à la déclaration - CH Roubaix - Juin 2012 <i>Un exemple de charte d'incitation à la déclaration d'évènements indésirables/erreurs médicamenteuses pour favoriser la mise en œuvre de mesures de prévention afin de limiter les évènements indésirables et éviter qu'ils se reproduisent</i>	1
	E.04	Charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables – OMEDIT Aquitaine	1
	E.05/E.06	Les 11 questions après un Evènement Indésirable Grave - PRAGE - Mai 2011 <i>Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a développé la Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables (PRAGE) pour mettre à dispositions des établissements sanitaires et médico-sociaux des outils permettant l'analyse approfondie des causes des évènements indésirables et la construction d'un plan d'action</i>	2
	E.05/E.06	Préparer une réunion sur l'analyse approfondie des causes - PRAGE Mai 2011	2

	E.05/E.06	Guide de rédaction d'un plan d'action suite à l'analyse des causes - PRAGE - Mais 2011	1
Bon usage des médicaments	F.04	Bon usage des insulines - ORMEDIMS Poitou Charente - Mai 2009	2
	F.04	Bon usage des médicaments Anti-Vitamine K - ANSM - Juillet 2012	3
	F.04	Guide surveillance des classes de médicaments à risque chez la personne âgée - OMEDIT Basse Normandie. <i>Ce guide élaboré par l'OMEDIT Basse Normandie comprend des recommandations de surveillance visant les principales classes thérapeutiques utilisées dans le traitement des pathologies majeures des sujets âgés et pour lesquelles le risque iatrogénique est augmenté.</i>	2
Relations avec l'officine	G	La place du pharmacien référent en EHPAD : Retours d'expériences - URPS Pharmaciens Lorrains - Octobre 2013. <i>Ce guide a pour objectif de montrer la plus-value en termes économique, sociétal et social de l'intervention d'un pharmacien référent au sein des EHPAD dépourvus de PUI. Il recense donc l'ensemble des missions que le pharmacien d'officine nommé pharmacien référent pourrait remplir...</i>	2
	G.01	Convention de coopération EHPAD-Officine	3
Transfert du résident	J.01	Fiche de liaison consultation externe - REPER'AGE - Octobre 2010. <i>Une fiche de liaison devant accompagner le résident dans le cadre des consultations externes, document établi dans le cadre des travaux de groupe du réseau de santé gériatrique REPER'Age</i>	1
	J.01	Dossier de liaison EHPAD-Hôpital - REPER'AGE - Octobre 2010	1
	J.03	Procédure de transfert d'un patient en cas d'urgence - EHPAD Korian - Juin 2012	1
Conciliation médicamenteuse	K	Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, HAS, Décembre 2016 : Guide et outils	3

Bonnes pratiques de prescription	L	Prescription médicamenteuse chez la personne âgée - ARS/OMEDIT Centre - Juin 2014	2
	L	Comment améliorer la qualité et la sécurité de la prescription de médicaments chez la personne âgée - HAS - Septembre 2014	3
	L.15	Encourager les médecins traitants à prescrire dans le logiciel informatique - EHPAD Les Opalines - Avril 2015	1
	L.17	<p>Analyse et réévaluation des prescriptions médicamenteuses des résidents en EHPAD - DOMUSVI - Août 2014.</p> <p><i>Mise en place d'une commission pour l'analyse et la réévaluation des prescriptions médicamenteuse dans un EHPAD : démarche collaborative impliquant les acteurs autour de la prise en charge médicamenteuse du résident : médecins traitants prescripteurs, pharmaciens dispensateurs libéraux et IDE</i></p>	1
	L.22	<p>EPP et prise en charge des troubles du sommeil en EHPAD - EHPAD Ste Elisabeth – Septembre 2009</p> <p><i>Un exemple de coopération entre le médecin coordonnateur de l'EHPAD et un psychiatre d'un établissement de santé pour maîtriser la prescription des hypnotiques et psychotropes chez les résidents de l'établissement.</i></p>	1
Préparation des piluliers	O	Protocole préparation des piluliers - OMEDIT Haute Normandie – Mai 2011	2
	O.02	Réorganisation du temps de travail des IDE avec création d'un poste dédié à la préparation des piluliers des résidents - EHPAD L'Estèle - Avril 2015	1
	O.08	Mise en place des photos des résidents sur les Blisters box - EHPAD Korian Les Bords de l'Isle - Avril 2015	1

	O.17	<p>Liste nationale des médicaments per os concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules (OMEDIT Haute Normandie - SFPC, Novembre 2015).</p> <p><i>L'OMÉDIT Haute Normandie en collaboration avec la Société Française de Pharmacie Clinique (Groupe Gériatrie) propose une liste nationale des médicaments en comprimés à ne pas écraser ou gélules à ne pas ouvrir sur la base des données des RCP et documents transmis par les laboratoires.</i></p>	3
Administration	P	<p>Expérimentation du port du gilet par les IDE lors de la distribution des médicaments aux résidents – EHPAD Cousin de Mericourt – Avril 2015.</p> <p><i>L'EHPAD Cousin de Méricourt à Cachan a expérimenté l'intérêt du port d'un gilet « Tâche interrompue égale risque d'erreur accru » pour prévenir les interruptions de tâches qui sont une des causes d'erreurs d'administration des médicaments aux résidents</i></p>	1
	P.15	<p>Mise en place d'un système électronique pour valider en temps réel l'administration des médicaments -EHPAD L'Estèle - Avril 2015.</p> <p><i>Afin de faciliter la traçabilité de l'administration des médicaments par les IDE, EHPAD L'Estèle à Hagetmau s'est doté d'un dispositif permettant d'enregistrer en temps réel cette dernière étape critique du circuit du médicament. Il s'agit de lecteurs de code barre autonome portable, appelés « Zapettes », et directement en lien avec le logiciel de soins et de prescription.</i></p>	1
	P	Administration des morphiniques la nuit par les AS ou AMP - DOMUSVI - Novembre 2014	1
	P	Fiches de recommandations sur les pratiques d'administration chez la personne âgée de médicaments – OMEDIT Pays de la Loire, Mai 2016	2
Aide à la prise	Q.01	MEDICAMENTS : Aide à la prise et vérification de la prise - EHPAD Henry Dunant La croix Rouge - Janvier 2015.	1

		<i>L' EHPAD HENRY DUNANT de la Croix Rouge a élaboré une procédure relative à l'aide à la prise et à la vérification de la prise. Un système de code-couleurs permet de distinguer le degré d'autonomie du résident et le niveau d'aide approprié</i>	
	Q.01	MEDICAMENTS : Aide à la prise et vérification de la prise. Annexe gommettes - EHPAD Henry Dunant La croix Rouge - Janvier 2015.	1
Dotation d'urgence	S.01	Liste des médicaments pour soins urgents dans les EHPAD sans PUI - OMEDIT Bretagne - Octobre 2014	2

4. Actions et bonnes pratiques régionales

Après une phase de recensement des travaux menés au niveau des régions en matière de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en institution, les bonnes pratiques identifiées ont été documentées et synthétisées en collaboration avec les référents régionaux concernés, notamment : les coordonnateurs des OMEDIT, les Structures Régionales d'Appui (ex. RéQUA Franche-Comté) et les référents ARS dans le cadre des projets PAERPA¹³.

Les bonnes pratiques recensées portent sur différents aspects de la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée :

- Nevers Events en EHPAD
- Gestion du risque médicamenteux en EHPAD : sensibilisation par l'analyse de scénario
- La revue de prescription des psychotropes chez la personne âgée
- Mise en place d'actions de lutte contre la iatrogénie : psychogériatrie et l'équipe mobile extrahospitalière, la télémédecine et la iatrogénie médicamenteuse
- Mise en place d'une convention tripartite pour prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé.
- Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : Etat des lieux régional
- Un guide du bon usage du médicament en gériatrie : "S'engager pour la prévention de la iatrogénie en EHPAD"
- Elaboration de la liste de dotation pour besoins urgents en EHPAD sans PUI.

Les fiches de synthèse des actions menées au niveau régional sont présentées en **Annexe 2**.

¹³ PAERPA : Le programme national PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) a été mis en place par le Ministère de la santé pour optimiser le parcours de santé des personnes âgées de plus de 75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et / ou social. Il est piloté par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) en collaboration avec le Secrétariat général des Ministères chargés des Affaires sociales (SGMAS). Il vise à éviter des ruptures de prise en charge, souvent nombreuses et lourdes de conséquences pour la population âgée, notamment en ce qui concerne les passages inopportuns aux urgences, les chutes, la iatrogénie, la dénutrition et la dépression des personnes âgées.

Remerciements

L'ANAP adresse ses plus vifs remerciements :

- à tous les EHPAD ayant participé à l'évaluation de la première version de l'outil Inter Diag V1.0 et qui a permis d'aboutir à cette nouvelle version V2.0 ;
- à tous les professionnels de santé des structures médico-sociales pour le partage de leurs propres initiatives; comme aide précieuse à d'autres EHPAD pour la mise en œuvre de leurs plans d'action ;
- aux OMEDIT, ARS et Structures d'Appui Régionales (SRA) pour leur contribution au déploiement de cette démarche et pour le partage de leurs actions régionales pour cette thématique; comme sources d'inspiration pour d'autres régions.

Glossaire

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCG : Commission de Coordination Gériatrique

CVS : Conseil de la vie sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

OMEDIT : Observatoire du MÉdicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

REX : Retour d'EXpérience

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SRA : Structures Régionales d'Appui à la qualité et à la sécurité des soins

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Annexe 1

Evaluation de l'outil INTER DIAG MÉDICAMENTS EHPAD V.1

Après un an et demi de déploiement dans les EHPAD, l'ANAP a mené au premier trimestre 2015, sur une durée de 10 semaines, une étude d'évaluation de la première version de l'outil auprès des EHPAD utilisateurs. Cette étude d'évaluation poursuivait plusieurs objectifs :

- Evaluer l'utilisation opérationnelle de l'outil par les professionnels et leur satisfaction globale ;
- Appréhender l'impact de la démarche en terme d'animation de la politique de sécurisation de la PECM des résidents au sein des établissements ;
- Recenser les actions d'amélioration mises en place notamment sur les axes de sécurisation prioritaires identifiés par les EHPAD ;
- Recueillir les suggestions des professionnels de terrain pour faire évoluer l'outil ;
- Identifier des bonnes pratiques organisationnelles issues des retours d'expériences des établissements pour les valoriser et les faire partager afin de faciliter la mise en œuvre du plan d'action dans les EHPAD.

Pour ce faire, un questionnaire a été construit autour de trois grands axes : la première partie permettant de recueillir des informations générales concernant l'établissement, la seconde consacrée à une vingtaine de questions relatives à l'utilisation de l'outil et la dernière se focalisant plus particulièrement sur l'identification et le recensement des bonnes pratiques organisationnelles développées par les établissements. L'étude était ainsi composé d'une trentaine de questions auxquelles la personne pouvait répondre en une vingtaine de minutes. La diffusion du questionnaire s'est faite en ligne à l'aide du logiciel Lime Survey®. La cible privilégiée de ce questionnaire était les professionnels ayant conduit et/ou coordonné le déploiement de l'outil Diagnostic au sein de leur établissement.

L'étude a été diffusée selon trois canaux différents :

- Une sollicitation directe des établissements via les adresses mail dont disposait l'ANAP ;
- Une sollicitation indirecte des établissements via les ARS, OMEDIT, Fédérations et Associations professionnelles qui se sont fait le relais de l'étude auprès des EHPAD de leurs régions ou de leurs EHPAD adhérents ;
- Une communication sur le site internet de l'agence.

L'étude a été menée sur une période de deux mois (20 janvier - 27 mars 2015).

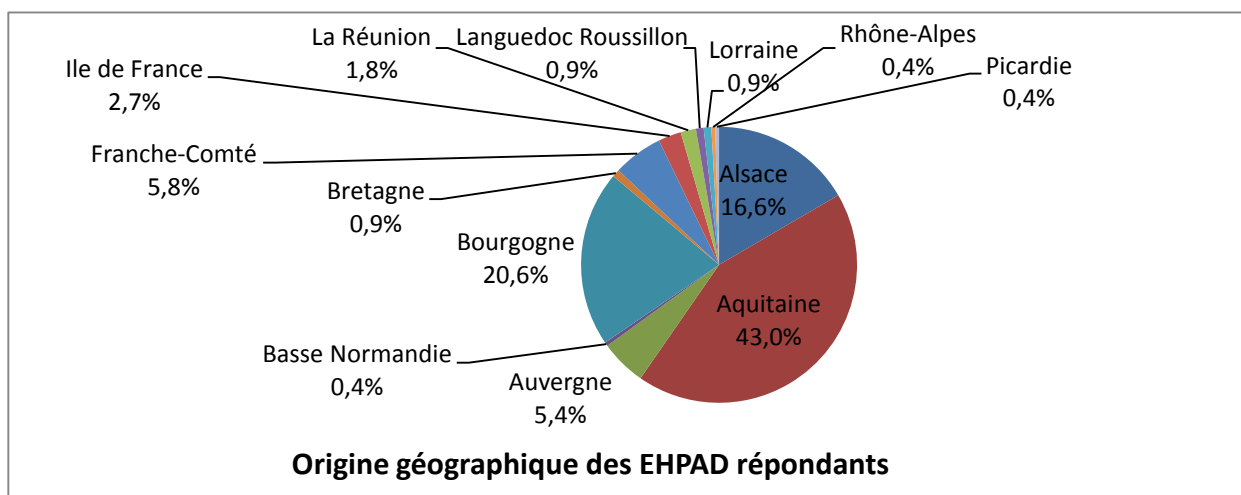
Les réponses partielles ont été conservées lors du traitement des données. Conformément aux engagements pris par l'ANAP en matière de confidentialité, les données ont été analysées de façon anonyme.

Présentation et Analyse des résultats :

Données générales des établissements

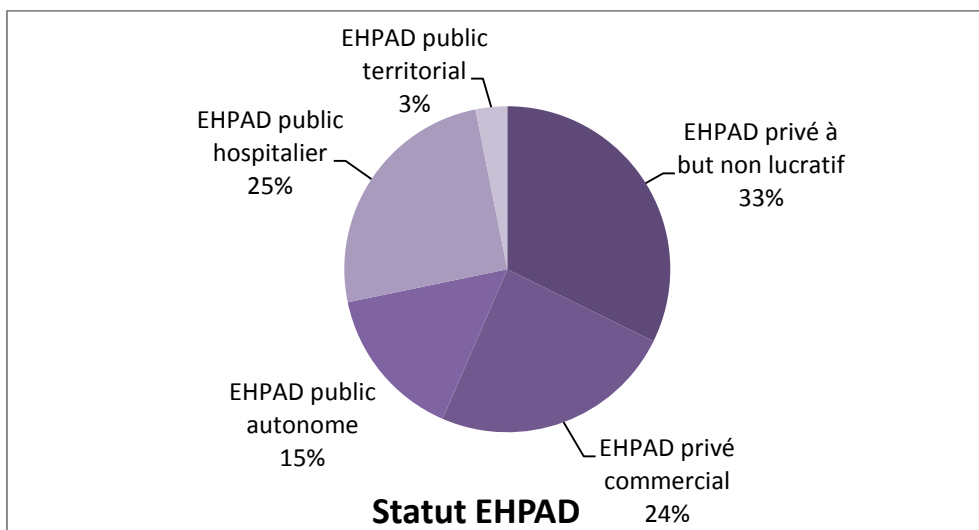
Au terme de l'enquête, 222 réponses exploitables ont été recueillies dont 115 complètes. L'absence de doublons a été vérifiée.

Les établissements répondants proviennent majoritairement de 3 régions : l'Aquitaine, la Bourgogne et l'Alsace, représentant à elles-seules plus de 80% des réponses collectées. Les ARS/OMEDIT de ces régions ont en effet largement participé au déploiement de l'outil d'auto-évaluation dans leurs établissements, ce qui explique probablement ces résultats. De plus, l'ex-ARS Aquitaine étant partenaire du développement de cet outil, elle a participé activement



à promouvoir son utilisation.

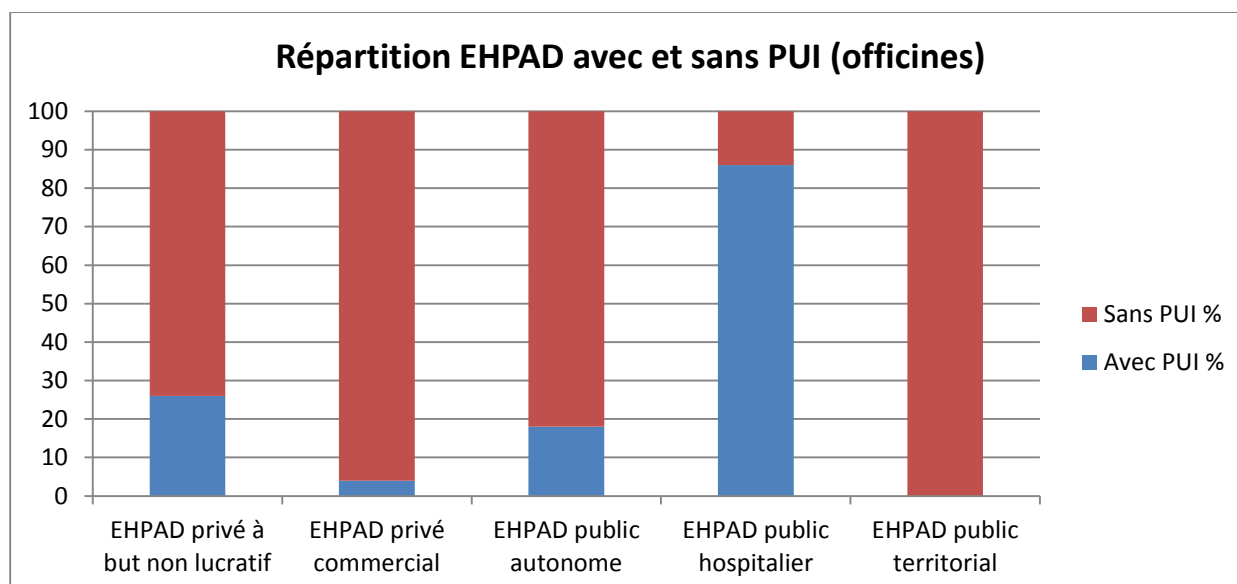
Quant aux statuts des établissements ayant participé à l'étude, ils se répartissent de la façon suivante :



Plus de la moitié des EHPAD ont un statut privé (57%). Parmi les 43% établissements publics répondants, la majorité sont hospitaliers (58%) puis autonome (35%) et enfin territoriaux (7%).

L'analyse ci-après sera principalement axée sur la comparaison entre les établissements avec PUI et ceux sans PUI afin de mettre en évidence les éléments distinctifs de ces deux types d'établissements pour personnes âgées et d'en expliquer les conséquences.

Trente-quatre pour cent (34%) des établissements ayant participé à l'étude sont des structures dépendant d'une PUI tandis que les 66% autres s'approvisionnent auprès d'1,5 officines en moyenne. La répartition PUI/officine par type d'établissement se dessine de la façon suivante :



Les EHPAD hospitaliers bénéficient majoritairement d'une Pharmacie à Usage Intérieur en raison de leur adossement à un établissement sanitaire.

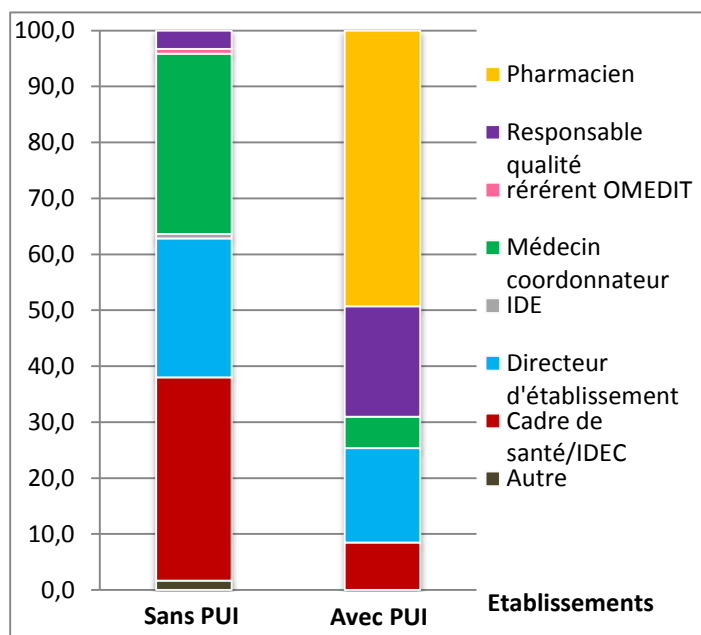
Concernant la capacité d'accueil, 53% des EHPAD avec PUI ont plus de 100 lits tandis que seuls 12,5% des EHPAD sans PUI peuvent accueillir plus de 100 résidents. Les petites structures sont donc majoritairement approvisionnées par les officines de ville, leur taille étant trop faible pour disposer à elle seule d'une PUI.

Déploiement de l'outil dans l'établissement

Parmi les 185 établissements ayant répondu à cet item, 125 déclarent avoir eu connaissance de l'outil via un seul réseau, 46 déclarent deux sources de diffusion et 14 en déclarent 3. Les ARS/OMEDIT représentent une voie de diffusion majeure puisque dans tous les cas de figure, ces structures institutionnelles ont été une véritable source d'information et de promotion de l'outil auprès des structures (respectivement 70%, 87% et 100% pour chaque catégorie, soit

une moyenne de 78,4%). Cela confirme la présence d'un réseau institutionnel structuré, réactif et enclin à sensibiliser les établissements pour personnes âgées au risque médicamenteux. Le site de l'ANAP est le deuxième moyen d'information pour 32% des déclarants (respectivement 18%, 52% et 93%). Le bouche à oreille entre collègues d'établissement a également été un vecteur de diffusion pour 8% des personnes répondantes (respectivement 1,6%, 20% et 29%).

Ces résultats sont cependant à nuancer par une interprétation plus globale. En effet, comme nous l'avons évoqué plus haut, la majorité des établissements répondants proviennent de régions où les structures institutionnelles (ARS, OMEDIT) ont fortement soutenu et encouragé l'utilisation d'INTER DIAG Médicaments en EHPAD, ce qui justifie probablement les chiffres annoncés concernant les modalités de diffusion de l'outil. Malgré tout, cela souligne la présence d'un secteur professionnel structuré.



La personne ayant initié la démarche d'auto-évaluation de la prise en charge médicamenteuse des résidents au sein de l'établissement est extrêmement différente en fonction de la présence ou de l'absence d'une PUI.

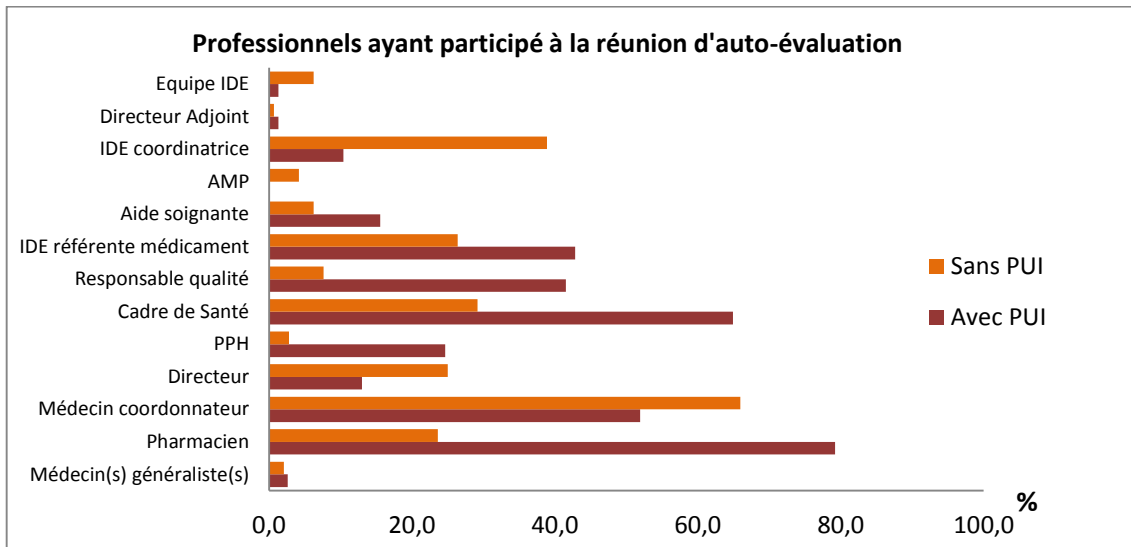
Pour les structures sans PUI, c'est le personnel paramédical d'encadrement (Cadre de Santé ou IDE coordinatrice ou référente) qui a le plus souvent impulsé la démarche d'auto-diagnostic (36%), viennent ensuite le corps médical avec le médecin coordonnateur (32%) puis la direction dans 25% des cas.

Pour les structures dépendantes d'une PUI, le pharmacien est le plus souvent le coordonnateur

de la démarche (49%), ainsi que le responsable qualité dans 20% des établissements, puis enfin le directeur d'établissement dans 17% des établissements.

L'outil a été utilisé majoritairement en réunion pluridisciplinaire dans les établissements avec PUI (90%) avec nombre moyen de participants de 3,7. Pour les EHPAD sans PUI en revanche, seuls les trois quarts d'entre eux ont réalisé l'autodiagnostic au cours d'une réunion pluridisciplinaire et en moyenne, les réunions rassemblaient 2,6 participants.

Globalement les professionnels présents se répartissent de la façon suivante :



D'une manière générale, les médecins traitants intervenants en EHPAD n'ont que très peu participé aux réunions alors que la prescription est la première étape clé du circuit du médicament. Le médecin coordonnateur, bien que largement plus mobilisé que les médecins généralistes (52% avec PUI et 66% sans PUI) n'était pas systématiquement présent lors de l'auto-évaluation. Les pharmaciens de PUI occupent eux une place centrale dans le pilotage et la coordination de la démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents (présents dans près de 8 réunions sur 10), contrairement aux pharmaciens d'officine, qui, sont probablement moins sensibilisés à cette gestion du risque médicamenteux et qui n'étant pas salariés de l'EHPAD sont certainement plus difficilement mobilisables. La présence du directeur est également relativement limitée lors de ces réunions bien qu'il endosse la responsabilité en cas d'incident dans le circuit du médicament.

Ergonomie d'utilisation de l'outil INTER DIAG EHPAD V.1

Plus de 95% des répondants ont considéré l'outil comme étant facile d'utilisation, 91% ont apprécié la facilité de compréhension des questions, 95% ont déclaré que la présentation des résultats était compréhensible et 93% ont trouvé que la durée nécessaire pour réaliser l'auto-évaluation était acceptable.

Atteinte des objectifs de la démarche d'auto-évaluation

L'identification des points critiques de la prise en charge médicamenteuse est un des principaux objectifs de cette démarche. Pour 99% des répondants, l'outil a bien (52%) voir très bien (47%) répondu à cet objectif. Pour 94% des établissements, l'outil les a aidés à cibler les axes prioritaires de sécurisation du circuit, pour 95% d'entre eux, les pistes d'amélioration de la PECM ont été plus faciles à identifier après la réalisation de l'auto-évaluation. L'outil a également contribué à structurer la démarche de sécurisation de la PECM pour 92% des établissements. Si près de 9 établissements sur 10 déclarent que cette démarche leur a permis

d'engager un dialogue avec l'ensemble des acteurs concernés par le circuit du médicament, 12% signalent encore des difficultés de communication entre les professionnels.

Scores moyens de maîtrise des risques des établissements répondants

SANS PUI (46 EHPAD)	Prévention	Pilotage	Entrée/Transfert du résident	Prescription	Préparation	Organisation du stock / armoire	Gestion du stock / armoire
Moyenne	57 %	61 %	81 %	64 %	72 %	69 %	79 %
Médiane	56 %	67 %	85 %	68 %	72 %	75 %	81 %
Min	12 %	0 %	20 %	20 %	20 %	0 %	20 %
Max	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

AVEC PUI (29 EHPAD)	Prévention	Pilotage	Entrée/Transfert du résident	Prescription	Préparation	Organisation du stock / armoire	Gestion du stock / armoire
Moyenne	64 %	65 %	82 %	74 %	76 %	74 %	80 %
Médiane	68 %	64 %	85 %	77 %	76 %	74 %	84 %
Min	11 %	0 %	53 %	40 %	50 %	22 %	50 %
Max	96 %	100 %	100 %	93 %	100 %	100 %	96 %

On constate une relative harmonie des moyennes entre les établissements avec ou sans PUI. Les axes « Prévention » et « Pilotage » recueillent quant à eux des scores moyens légèrement inférieurs aux autres axes de sécurisation.

Elaboration du plan d'action

Au terme de la réalisation de leur auto-évaluation, 67% des établissements avec PUI déclarent avoir élaboré un plan d'action d'amélioration des points critiques identifiés contre 50% des établissements s'approvisionnant en officine.

Les actions principalement menées concernent la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du résident (Entrée et Sortie du résident, Prescription et Dispensation) pour 46% des EHPAD avec PUI et 40% des EHPAD sans PUI. Viennent ensuite les actions d'amélioration de prévention et de pilotage de la politique du médicament au sein de l'établissement : 36% pour les EHPAD avec PUI et 40% pour les EHPAD avec officine. Enfin, environ 1 action sur 5 concernait le stockage et les équipements.

Globalement, environ un tiers des actions citées étaient totalement réalisées (30% EHPAD avec PUI vs 33% des EHPAD sans PUI). En revanche, 23% des actions identifiés par les EHPAD avec PUI étant encore à l'état de planification tandis que les EHPAD sans PUI n'en avaient plus que 8%. En moyenne, les établissements sans PUI ont menées deux fois moins d'actions que

les établissements avec PUI (73 vs 152) mais le niveau de réalisation de ces actions semble finalement plus avancé.

A fortiori, 68% des EHPAD avec PUI déclarent avoir rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de leur plan d'action contre seulement un tiers des EHPAD sans PUI.

Enfin, seuls 77% des établissements tous statuts confondus estiment que la démarche d'auto-évaluation a permis de mobiliser tous les acteurs dans la mise en œuvre du plan d'action. Parmi les difficultés soulevées par les établissements pour appliquer les actions identifiées, on retrouve principalement, par ordre décroissant de fréquence :

- le manque de moyens humains ;
- le manque de temps à consacrer à cette thématique ;
- la motivation et le niveau d'adhésion des acteurs et particulier de la part des médecins libéraux ;
- les obstacles liés à l'informatisation.

Valorisation de la démarche d'auto-évaluation

Les établissements déclarent avoir principalement valorisé l'utilisation de l'outil dans le cadre de l'évaluation interne, du suivi d'indicateurs relatifs à la sécurisation de la PECM et/ou de l'Evaluation des pratiques professionnelles.

40% des structures déclarent avoir présenté les résultats de l'auto-évaluation aux cours d'une réunion de la Commission de Coordination Gériatrique. Cette instance semble être la plus favorisée par les établissements pour discuter de la sécurisation de la PECM. 20% des EHPAD sans PUI ont également évoqué les résultats de la démarche d'auto-évaluation au cours d'une séance du conseil de la vie sociale.

Pertinence des prescriptions

La dernière partie de l'étude interrogeait les établissements sur la pertinence des prescriptions des benzodiazépines et des neuroleptiques de leurs résidents. Sur les 118 établissements répondant, 23% déclarent avoir mené des actions ciblées sur l'évaluation des prescriptions de benzodiazépines et 32% sur les prescriptions de neuroleptiques. Les établissements répondant positivement à ces deux questions devaient renseigner le taux de résidents dont la prescription comportait une de ces molécules. Le nombre de réponse est toutefois insuffisant pour pouvoir réaliser des statistiques pertinentes à partir des données chiffrées fournis par les établissements au regard du nombre d'EHPAD existants.

Principaux enseignements

D'une manière générale, près de 97% des EHPAD sont satisfaits de l'outil d'auto-évaluation de la PEC médicamenteuse des résidents (99% des EHPAD, 94% des EHPAD avec PUI). L'outil semble donc répondre à un vrai besoin des établissements qui souhaitent évaluer leurs pratiques et optimiser la sécurisation de leur PECM afin de réduire la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

Les retours des utilisateurs ont permis d'identifier un certain nombre de pistes d'amélioration de la version V.1 de l'outil. A ce titre,

- seize items ont été modifiés ;
- deux items supprimés ;
- vingt-huit items ont été ajoutés,
- la section « Prescription » a notamment été enrichie de questions relatives à la maîtrise des prescriptions de classes thérapeutiques « sensibles » benzodiazépines et neuroleptiques afin d'inciter les établissements au bon usage de ces médicaments en réévaluant leurs prescriptions.

Une aide au remplissage a également été ajoutée dans la nouvelle version de l'outil afin de fournir des renseignements complémentaires aux professionnels. Des définitions ou des précisions ont donc été associées à certains items.

In fine, une base documentaire a été constituée comme une aide à la mise en œuvre d'un plan d'action. Cette base documentaire a été constituée à partir des retours d'expériences de bonnes pratiques locales d'autres EHPAD, ainsi que des recommandations nationales (HAS, ANSM, SFPC,...) et/ou de références régionales (ARS, OMEDIT, SRA,...).

Annexe 2

Actions et bonnes pratiques régionales

« Never events » en EHPAD

Les sujets âgés sont particulièrement exposés au risque d'iatrogénie médicamenteuse, dont une part non négligeable d'erreurs médicamenteuses considérées comme évitables. En 2013, le groupe médico-social de l'OMEDIT a travaillé sur les événements indésirables que les acteurs intervenant en EHPAD cherchent à éviter absolument : les « **Never Events** ».

Pour chaque étape du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration, surveillance thérapeutique et stockage et transport), les membres ont pondéré de 1 à 3 les items selon leur priorité (en dehors de leur propre contexte).

Une réflexion a ensuite été organisée autour des **difficultés rencontrées sur le terrain** en lien avec l'item, les **actions envisagées** pour empêcher cet événement de se produire ainsi que des **indicateurs de suivi**.

Exemples :

➤ **L'étape prescription**

Item priorité n°1 : «absence de fiche médicale de liaison/dossier médical pour le résident en EHPAD»

Difficultés remontées : dossier du résident contenant essentiellement des données administratives et non médicales, difficulté d'obtenir l'investissement du médecin traitant dans la gestion du dossier médical du résident, données médicales pouvant dater de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Actions envisagées : créer une « fiche médicale de liaison » standardisée à renseigner par le médecin traitant dans les 7 jours précédents l'arrivée du résident. Cette fiche médicale de liaison permettra d'actualiser les données médicales, les thérapeutiques, le statut vaccinal du résident. Elle est basée dans la forme sur la classification Pathos utilisée en EHPAD. Cette fiche a été expérimentée par 3 EHPAD.

Indicateur retenu : nombre de fiches renseignées dans les 3 EHPAD de l'expérimentation, questionnaire de satisfaction des médecins coordonnateurs des EHPAD concernés et des médecins généralistes qui ont participé.

➤ **L'étape administration**

Item priorité n°1 : « pas de contrôle par l'IDE de la préparation des doses à administrer »,

Difficultés remontées : rôle propre de l'IDE, concordance entre le pilulier préparé et la prescription, sensibilisation des soignants au bon usage des médicaments et à la gestion du risque médicamenteux.

Actions envisagées : élaboration d'un module de formation sur le bon usage des médicaments et à la gestion du risque médicamenteux via l'analyse de scénario et dispensé par un professionnel intervenant dans l'EHPAD missionné par le directeur (pharmacien et/ou le médecin coordonnateur et / ou Infirmière coordonnatrice).

Indicateur retenu : nombre de personnes ressources identifiées dans chaque EHPAD, nombre de personne ressources formées à l'aide du module de formation, nombre de formation tenues dans les EHPAD, nombre de personnels formés dans les établissements.

Mesure de l'impact : audits proposés à réaliser en EHPAD avant et après la formation

La liste de ces « Never Events » a également servi pour rédiger les scénarios pour la formation à la gestion du risque médicamenteux en EHPAD.

Pour en savoir plus...

❑ ***Fiche médicale de liaison***

OMEDIT Franche-Comté, Groupe Médico-social, Avril 2014.

Gestion du risque médicamenteux en EHPAD : Sensibilisation par l'analyse de scénario

Depuis début 2014, le groupe Médico-social de l'OMEDIT Franche Comté s'est engagé dans une démarche de sensibilisation sur le risque médicamenteux. C'est dans ce contexte que l'OMEDIT en collaboration avec le REQUA®, a mis en place des sessions de **formation à destination des professionnels du secteur, sur la thématique de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD.**

L'objectif principal est de **sensibiliser les professionnels participants à la « culture positive de l'erreur »**, de les impliquer dans une démarche de gestion des risques, de faciliter la communication entre les différents acteurs et enfin d'avoir une bonne réactivité en cas de survenue d'une erreur, d'un problème ou d'un dysfonctionnement au sein de leur structure.

Ces formations sont réalisées en petit groupe et sont basées sur **l'analyse de scénario**. Cette méthode consiste à analyser une erreur médicamenteuse survenue dans un établissement et à discuter sur ce cas afin d'identifier les circonstances de survenue, les conséquences, les enseignements tirés ainsi que les barrières nécessaires à mettre en œuvre pour qu'un tel incident ne se reproduise pas.

Ces personnes formées au risque médicamenteux et à la méthodologie de l'analyse deviennent ainsi des « **personnes ressources** » pour leur établissement et pourront, à leur tour, sensibiliser leurs collègues à ce sujet et déployer cette démarche de réflexion au sein de leur structure.

Pour en savoir plus...

- ❑ **Gestion du Risque Médicamenteux en E.H.P.A.D. Sensibilisation par l'Analyse de Scénario - Méthodologie et exemples,**

Guide réalisé par OMEDIT- RéQua®, Janvier 2015

- ❑ **Fiche Mission: « PERSONNE RESSOURCE POUR SENSIBILISATION AU RISQUE MEDICAMENTEUX EN EHPAD »**

Document OMEDIT et ex-ARS Franche Comté, 01/07/2014

La revue de prescription des psychotropes chez la personne âgée

Dès 2007, la HAS a mis en place un programme relatif à l'amélioration de la prescription et de l'usage des psychotropes chez la personne âgée. Sensibilisé par cette thématique, le RéQua© Franche Comté a déployé sur son territoire **outil pédagogique d'amélioration de la qualité des prescriptions de psychotropes chez la personne âgée.**

Inspiré de l'outil Start and Stop, l'outil du RéQua© permet à des **binômes « médecin-pharmacien »** d'analyser facilement les prescriptions de psychotropes des patients hospitalisés et résidents en EHPAD et de proposer les modifications de traitement nécessaires (suppression, adaptation ou introduction d'un psychotrope, si besoin)

La revue de prescription développe les échanges entre prescripteur et pharmaciens et permet de poser les questions de l'indication, de l'adaptation et de l'efficacité démontrée, et ainsi de **diminuer le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé.**

Pour en savoir plus...

❑ **La revue de prescription chez la personne âgée**
Poster, RéQua Franche Comté et CH Paul Nappes

Personnes contactées :

RéQUA

Marine Ducarme
Juliette Duchêne
Valentin Daucourt

OMEDIT Franche Comté

Julie Berthou

Mise en place d'actions de lutte contre la iatrogénie, dont la télémédecine, en faveur des personnes âgées

Depuis 2011, un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « filière gériatrique » regroupant 8 structures sanitaires publiques, privées et ESPIC a été créé, il intègre aussi les partenaires médico-sociaux et les Centres Locaux d'Information et de Coordination en tant que membres associés et des libéraux depuis 2014. Le GCS s'est particulièrement engagé dans une démarche d'**optimisation de la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée particulièrement fragile**.

Dans ce contexte, un projet de **télémédecine** en lien avec les EHPAD a été développé autour de **trois thématiques** : la **psychogériatrie**, les **parcours de soins** et la **iatrogénie médicamenteuse**. En appui de ce projet, une **équipe mobile de gériatrie extrahospitalière et inter-EHPAD (EMGIE)** a également été créée pour les résidents des EHPAD ne pouvant pas se déplacer.

➤ **La psychogériatrie et l'équipe mobile extrahospitalière**

Au sein des EHPAD, l'équipe mobile gériatrique inter-EHPAD (EMGIE) permet au résident, pour lequel un déplacement serait délétère ou refusé, de bénéficier de **l'expertise gériatrique et mémoire**. Elle a pour objectif de :

- Dresser un bilan et orienter vers la prise en charge existante la plus adaptée en évitant des déplacements superflus,
- Permettre le maintien ou une meilleure intégration en institution,
- Prévenir, entendre et soulager l'épuisement des aidants professionnels et des proches,
- Éviter l'hospitalisation dès que cela est possible.

L'EMGIE se compose d'un temps de **médecin gériatre** et d'un temps de **psychiatre formé à la gériatrie, d'une IDE et d'un temps de psychologue**, qui interviennent respectivement selon les besoins. L'intervention fait suite à une **demande du médecin traitant** ou du **médecin coordonnateur**. L'EMGIE rencontre d'abord l'équipe soignante, puis le patient dans son cadre

de vie habituel (EHPAD). A la suite de la consultation ou de l'expertise, l'**EMGIE émet des propositions de « prise en charge »** (réajustement thérapeutique, consultation psychiatrique, consultation mémoire, hospitalisation...) en **concertation pluridisciplinaire** avec le médecin traitant, les intervenants de l'institution et les proches autant que possible.

Cette équipe développe également des **formations auprès des soignants** ainsi qu'un programme de **réduction des psychotropes de la HAS « AMI-Alzheimer »** (Alerte-Maîtrise-latrogénie Alzheimer).

L'ARS a mis en place au total 8 équipes de psycho-gériatrie pour les EHPAD dans la région qui ont les mêmes fonctions que celle du Valenciennois/Quercitain.

Pour en savoir plus ...

❑ *Projet d'expérimentation de consultations d'évaluation de psycho-gériatrie en EHPAD.*

Roche J, Playe M, CHRU Lille, Wiart H, Labre C, CH Boulogne/mer, Fabianek A, Rio C, CH Denain, Durand JP, Verhoest D, EPSM des Flandres Bailleul, Idiri H, Sys E, CHI Wasquehal, Deschildre, Cachia M, CH Béthune, Douez, Hadjadj CH Hautmont, Defebvre MM, ex-ARS Nord-Pas-de-Calais, Septembre 2012

❑ *Premiers résultats régionaux de l'utilisation de l'outil d'activité des équipes de psychogériatrie.*

Defebvre MM, ex-ARS Nord-Pas-de-Calais, 2014

➤ **La télémédecine dans le parcours de soins**

Les EHPAD peuvent avoir recours à la télémédecine pour **orienter le parcours de soins** principalement dans deux situations :

- Toute **modification de l'état de santé** d'un résident en EHPAD, faisant envisager une **hospitalisation sans caractère d'urgence** : l'équipe de télémédecine pourra **valider, orienter et préparer l'hospitalisation** dans le service adéquat, en complément des interventions physiques de l'équipe mobile. Elle peut aussi réorienter vers des alternatives comme des hospitalisations de jour.
- Les **situations complexes** concernant des patients résident en EHPAD, actuellement hospitalisés : l'équipe de télémédecine pourra **accompagner la sortie du patient** et programmer une téléconsultation à distance de son retour en EHPAD.

➤ **La télémédecine et la iatrogénie médicamenteuse**

Les EHPAD sont des structures où le risque d'iatrogénie médicamenteuse est élevé, du fait même de la nature des occupants - âgés, souvent polypathologiques et polymédicamentés –

mais également du fait de la spécificité de la prise en charge médicamenteuse (alias circuit du médicament) liée à ces structures. Dans une étude réalisée en 2012 par le CHRU de Lille avec l'ARS, **un patient sur quatre vivants en EHPAD sans PUI était exposé à au moins une ordonnance ayant un effet anticholinergique.**

La **télé expertise** par un **binôme gériatre-pharmacien** a pour but de **limiter le recours aux hospitalisations pour motifs iatrogènes**. L'EHPAD peut faire une demande au centre hospitalier auquel le binôme est rattaché.

Une salle dédiée au sein de l'EHPAD permet de réaliser l'entretien de télé expertise en deux temps : **d'abord avec le personnel de l'EHPAD, puis avec la personne âgée** (après avoir obtenu son consentement oral et écrit). A la suite de la télé expertise, **le binôme proposera au médecin traitant des adaptations thérapeutiques** orientées principalement sur les **médicaments psychotropes et les bénéfices/risques des médicaments chez la personne âgée.**

Pour en savoir plus ...

- ❑ ***Potentially inappropriate medications (PIMs) and anticholinergic levels in the elderly : A population based study in a French region.***

Beuscart JB, Dupont C, Defebvre MM, Puisieux F, Archive of gerontology and geriatrics 2014

- ❑ ***Projet pilote de télémédecine en faveur des personnes âgées dans le Valenciennois-Quercitain.***

Dambre D, Hequet F, Leurs P, Lemaire A, CH de Valenciennes, Novembre 2012

Personne contactée :

Dr. Marguerite Marie DEFEBVRE

Médecin de santé publique

ARS Hauts-de-France

Direction de la stratégie, des études et de l'évaluation

Mise en place d'une convention tripartite pour prévenir la iatrogenie chez le sujet âgé

A l'image des contrats de bon usage (CBU) dans les établissements de santé, l'objectif est d'intégrer un chapitre sur la **sécurisation du circuit du médicament** et la **prévention de l'erreur médicamenteuse** dans les **conventions tripartites** des EHPAD.

➤ **L'informatisation**

L'objectif est de développer et **structurer la circulation d'informations dans un espace sécurisé** entre les différents professionnels de santé intervenant en EHPAD (médecin traitant, pharmacien d'officine, kinésithérapeute, biologiste, infirmiers...). La promotion du « **Dossier Médical Partagé** » et d'un « **Plan Personnalisé de Soins** » nécessite d'uniformiser ou au moins d'interfacer l'ensemble des logiciels utilisés par les différents professionnels de santé. Le déploiement d'une **messagerie sécurisée** permettra également aux différents professionnels de santé de communiquer autour du patient.

Le médecin généraliste réalisera sa prescription informatisée qui sera ensuite transmise au pharmacien d'officine via la messagerie sécurisée. Celui-ci réalisera l'analyse pharmaceutique de la prescription concrétisée par l'émission d'un **avis pharmaceutique consigné dans le DMP** et communiqué au prescripteur via la messagerie sécurisée. Un **plan d'administration** sera également communiqué à l'équipe de soins et intégré au DMP. Les infirmières devront ensuite renseigner l'administration des médicaments dans le DMP.

➤ **Convention Pharmacien dispensateur – EHPAD sans PUI**

Cette convention encadrera les **modalités de fourniture des médicaments et dispositifs médicaux** mais également l'**analyse de la prescription** (et l'**émission de l'avis pharmaceutique** dans le DMP) et l'**émission du plan de prise** pour les infirmières.

La convention implique également le pharmacien dans des **programmes d'éducation thérapeutique** pour les résidents autonomes, l'**élaboration d'un livret thérapeutique** en lien avec le médecin coordonnateur ainsi que la **rédaction de protocoles thérapeutiques** encadrant notamment la **prévention des effets indésirables**.

➤ **Convention Médecin prescripteur – EHPAD**

Cette convention vise à impliquer le médecin traitant dans la **commission de coordination gériatrique** qui permet de **réévaluer**, à l’initiative du médecin traitant ou sur proposition du médecin coordinateur, **les PPS** selon l’état physiopathologique des patients (cognitif, psychiatrique, psychomoteur et somatique) et de les actualiser.

a convention inclura également la participation au travail collectif d’**harmonisation des pratiques** et du **livret thérapeutique** en EHPAD. La convention impliquera la participation effective du médecin à la mise à jour du dossier patient informatisé hébergé ou mieux du DMP ainsi que la prescription soit depuis son cabinet soit lors de ses visites dans l’établissement, dès que le système informatique de l’EHPAD le permet.

➤ **Elaboration d’un livret thérapeutique en EHPAD (avec ou sans PUI)**

Les médecins prescripteurs et pharmaciens devront se réunir pour élaborer un **consensus sur une liste de médicaments et dispositifs médicaux à utiliser préférentiellement** choisis pour leur rapport Bénéfices/Risques et leur coût (ex : génériques). Le livret thérapeutique intégrera notamment :

- Des **protocoles thérapeutiques** (anticoagulants, insuline, douleur...) y compris la surveillance clinique et biologique des effets indésirables ;
- Une liste des **spécialités orales sèches « broyables ou sécables »** ;
- Une liste des **médicaments injectables par voie sous cutanée**.

Ce travail sera complété par des **études pharmaco-épidémiologiques** périodiques permettant d’évaluer le bon usage des médicaments en contexte.

➤ **Le « cercle qualité » des pratiques professionnelles**

Les professionnels d’un même **territoire de santé** seront incités financièrement à se rencontrer périodiquement pour un **échange**, un **consensus** et une **harmonisation des pratiques** avec pour objectif d’**améliorer la prise en charge du patient en EHPAD** (évaluation gérontologique, coordination des soins, éducation thérapeutique...).

Pour en savoir plus...

- ❑ **Fiches Actions « Convention tripartite », « Informatisation », « Convention Pharmacien-EHPAD », « Convention Médecin traitant-EHPAD », « Livret Thérapeutique », « Etudes pharmaco-épidémiologiques » et « Cercle Qualité »**
Guy Esposito, Aurélie Lacroix Isabelle PLAS + Valérie CECINA COPPEE, Cécile Binet, Marina Chambre, Françoise Lascaux, ARS Limousin, 2014.

Personne contactée :

Guy ESPOSITO, ARS Aquitaine-Limousin-Poitou Charentes

Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : Etat des lieux en région Alsace

L'OMEDIT Alsace a réalisé une étude multicentrique des risques liés à la prise en charge médicamenteuse des résidents sur un échantillon d'EHPAD de la région. Cette étude visait, d'une part, à réaliser une cartographie des risques liés à la prise médicamenteuse dans un panel représentatif d'établissements alsaciens conventionnés avec des pharmacies d'officine, d'autre part, à proposer des actions d'amélioration à partir des points de vulnérabilité identifiés.

Les pourcentages régionaux de maîtrise des risques par axe se sont échelonnés de 63% à 85%. L'axe relatif à l'approvisionnement des médicaments était le mieux contrôlé, celui relatif à la prévention le moins maîtrisé. Considérant les items, 30 points de vulnérabilité ont été identifiés, parmi lesquels : le défaut de signalement et d'analyse des événements indésirables médicamenteux, un déficit d'implication des médecins traitants dans les approches collaboratives, la transcription par les infirmières de prescriptions orales ou manuscrites dans les logiciels métiers. . . L'analyse de ces items a conduit à établir une liste de 13 propositions d'actions d'amélioration.

Par ailleurs, l'OMEDIT Alsace a élaboré une liste régionale de médicaments adaptés chez la personne âgée. Cette liste préférentielle est à adapter en fonction des besoins de chaque EHPAD.

Pour en savoir plus ...

- ❑ **Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : état des lieux en région Alsace – France**
Mapping of risks related to medication care in nursing homes: An overview in Alsace, France
K. Weber, M. Beck, M.C. Rybarczyk-Vigouret, B. Michel
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 63 (2015) 163–172

- ❑ **Liste Préférentielle de Médicaments adaptés à la Personne Agée en EHPAD – OMEDIT Alsace :**

http://ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/Internet/qualite_performance/gestion_risque_maitrise_depenses/ehpad/OMEDIT_LPM_EHPAD.2014pdf

Article :

Medication in nursing homes in Alsace: a preferential list of drugs obtained by consensus. SpringerPlus 2014, 3:413.

Sophia Hannou, Amélie Rousseau, Marie-Christine Rybarczyk-Vigouret and Bruno Michel

Personnes contactées :

Marie-Christine Rybarczyk-Vigouret, coordonnatrice de l'OMEDIT Alsace

Morgane Beck

Bruno Michel

Guide du bon usage du médicament en gériatrie et liste de dotation pour besoins urgents en EHPAD sans PUI

L'OMEDIT et l'ARS ont élaboré **deux outils** dans le cadre d'un groupe de travail de professionnels de santé avec les EHPAD de la région :

- **Un guide du bon usage du médicament en gériatrie : "S'engager pour la prévention de la iatrogénie en EHPAD" :**

Ce guide se présente **en 3 parties** :

* **Les médicaments inappropriés chez le sujet âgé :**

Les médicaments inappropriés, à éviter si possible chez le sujet âgé et les alternatives thérapeutiques envisageables.

* **Une proposition de liste préférentielle :**

Une liste préférentielle des médicaments dont le rapport bénéfice/risque a été évalué et jugé acceptable. Elle a pour objectif de limiter le nombre de médicaments à manipuler et donc mieux les connaître afin de sécuriser le circuit, d'utiliser des formes galéniques adaptées si possible et d'aider les médecins généralistes dans l'élaboration de leur prescription, la thérapeutique gériatrique n'étant pas traitée prioritairement dans la formation médicale initiale et continue.

* **Une partie Bon Usage des Antibiotiques :**

Reprenant les règles de Bon Usage des antibiotiques en EHPAD, cette partie a été élaborée avec le réseau ANTIBIOLOR sur la base de l'ANTIOBIOVILLE édition 2015

Ce guide est disponible en téléchargement sur le site de l'OMEDIT et de l'ARS :

https://omedit.sante-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/136/740/849/863/1515.pdf

➤ **Une liste de dotation pour besoins urgents en EHPAD sans PUI :**

Les EHPAD de Lorraine ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur étaient en demande de définir une dotation de médicaments pour besoins urgents relevant de l'article R5126-113 du Code de la Santé Publique. Sous l'égide de l'ARS et de l'OMEDIT Lorraine, un groupe de travail associant des médecins, pharmaciens, cadres de santé a permis d'élaborer une liste de médicaments dont les EHPAD devraient disposer pour faire face aux besoins urgents, principalement pour initier rapidement un traitement.

Cette liste est disponible en téléchargement sur le site de l'OMEDIT et de l'ARS :

<https://omedit.sante-lorraine.fr/portail/dossiers-thematiques/personnes-agees-ehpad/dotation-en-medicaments-pour-soins-urgents-en-ehpad-sans-pui-de-lorraine,712.html>

Personne contactée :

Virginie CHOPARD

Pharmacien hospitalier coordonnateur

OMEDIT Lorraine



Et dans d'autres pays...

Exemples de la suisse, de la Belgique et du canada

Le bon usage du médicament chez la personne âgée en institution est aussi un sujet d'actualité chez nos voisins européens et outre-Atlantique.

L'état de Fribourg en Suisse a développé une assistance pharmaceutique pour améliorer la gestion, l'utilisation et la prescription des médicaments des résidents en maison de retraite. Ce projet, qui s'inscrit dans une démarche de réduction des coûts, a permis de rationaliser l'usage des médicaments, mais également de limiter les hospitalisations et de réduire significativement la mortalité. Cette équipe a également travaillé sur la prise en charge des syndromes de confusion et les états démentiels des personnes âgées.

L'ISMP Canada (Institute for Safe Medication Practice) a également travaillé sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse en soins de longue durée en élaborant un programme d'auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans ces unités. Le rapport de ce programme est consultable en ligne.

Belgique :

Une étude d'évaluation de l'impact d'une **formation du personnel soignant au « processus du médicament » (PM) par l'outil Inter Diag Médicaments EHPAD sans PUI®** sur la sécurité du « processus du médicament » (de la préparation à l'administration du médicament) au sein d'une **maison de repos et de soins du Brabant wallon en Belgique :**

Cette étude vise l'évaluation :

- de la mise en place d'une formation du personnel soignant et infirmier sur les connaissances (théoriques, législatives et pratiques) en matière de sécurité du PM.
- des effets de l'utilisation de l'outil Inter Diag Médicaments EHPAD sans PUI, sur l'identification des points forts et faibles du PM ainsi que du plan d'action à mettre en œuvre.

Pour en savoir plus ...

- ❑ **Assistance Pharmaceutique dans les établissements médico-sociaux EMS fribourgeois : suivi de l'impact**, Communication affichée « Rencontres Prescrire 2010 »
- ❑ **L'utilisation sécuritaire des médicaments en soins de longue durée**, Bulletin de l'ISMP-Canada, Décembre 2008
- ❑ **Evaluation de l'impact d'une formation du personnel soignant au « processus du médicament » par l'outil Inter Diag Médicaments EHPAD sans PUI®** (Pharmacie à Usage Interne) sur la sécurité du « processus du médicament » (de la préparation à l'administration du médicament) au sein d'une Maison de Repos et de Soins. Mémoire pour diplôme de cadre de santé, Mariam ENNAHOU, Charleroi, Belgique, 2015-2016.