

Le circuit du médicament

dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de Bourgogne



État des lieux des pratiques

Enquête préalable à la création d'un livret du médicament en Bourgogne

Mai 2013

LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT DANS LES EHPAD DE BOURGOGNE

Réalisation : ORS de Bourgogne

- Mathilde FREROT (Interne en santé publique, Université de Bourgogne)
- Adrien GUILLOTEAU (Interne en santé publique, Université de Bourgogne)
- Isabelle MILLOT (Médecin de santé publique, Directrice des études)
- Christine FIET (Assistante de direction)
- Benoit NAVILLON (Technicien informatique, assistant d'étude)

Comité de pilotage :

- Pour l'ARS : Hélène DUPONT (Pharmacien inspecteur de santé publique et Responsable de l'unité d'expertise pharmaceutique et biologique), Loïc PHILIPPE (Pharmacien inspecteur de santé publique), Anne-Sophie LANG (Interne en Pharmacie Hospitalière).
- Gérald BLOC (Conseil général de la Nièvre) - Mathieu BOULIN (UFR pharmacie) - Joseph BRAHAMI (Mutualité Française Bourguignonne, SSAM) - Dominique CHAPUIS (Conseil Régional de l'Ordre des Médecins) – Émilie DUCREUX (Conseil général de la Côte-d'Or) – Isabelle LEBLANC (Conseil général de Saône-et-Loire) - Christiane LEGENDRE (Représentante des usagers) - Patrick MANCKOUNDIA (UFR médecine) - Didier MENU (Gérontopôle) - Gérard PASDELOUP (Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens) - Frédéric PROUX (URPS-pharmaciens) - Carole ROGER (Conseil général de l'Yonne) - Philippe SERIOT (Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens) - Catherine SGRO (CRPV) - David TAUPENOT (URPS-médecins libéraux) - Béatrice TAVERNIER (Collèges départementaux de gériatrie)
- Représentants de l'Assurance maladie : Michaël BRAIDA - Bernard HUCHET (Pharmacien conseil) - Marie-Odile PROY (Pharmacien conseil)
- Représentants des médecins coordonnateurs : Éric MAZERON - Hubert NWAFO KAMGA
- Représentants des Fédérations hospitalières et médico-sociales : André GEORGE (médecin coordonnateur) - Isabelle JACOB (Pharmacien)
- Représentants des structures : Hervé DUMAINE (Pharmacien)- Kouider HAFID (Directeur d'EHPAD) - Sylvie NE (Responsable qualité et sécurité des soins en CH) - Marie-José TEISSEIRE (Médecin, directeur d'EHPAD) - Olivier TERRADE (Directeur HAD)

Remerciements

Aux **professionnels** interrogés.

Aux **établissements** ayant répondu à l'enquête.

SOMMAIRE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE	5
I. L'ENQUÊTE EN BOURGOGNE : MATÉRIEL ET MÉTHODES	6
A. Définitions	6
B. Protocole	6
C. Communication et perspectives	7
D. Calendrier	8
II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	9
A. Taux de réponses et caractéristiques des établissements	9
B. Opinion des établissements sur la sécurité du circuit du médicament	11
C. L'approvisionnement	12
D. La prescription	14
E. Le livret du médicament	16
F. La préparation des médicaments	21
G. L'administration des formes orales sèches	23
H. Concertation dans l'établissement	28
I. Modifications déclarées dans les établissements depuis 2007	29
J. Comparaison des pratiques entre 2007 et 2013	30
K. Difficultés soulevées par les participants	30
III. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	31
IV. CONCLUSION	33
ANNEXES	34
Annexe 1 : Démographie et offre d'hébergement en Bourgogne	34
Annexe 2 : Expérimentation nationale : « Réintégration des médicaments dans le forfait soin des EHPAD »	37
Annexe 3 : Liste des personnes consultées	39
Annexe 4 : Questionnaire	40
Annexe 5 : Lettre accompagnant le questionnaire	42
Annexe 6 : Textes législatifs	43
BIBLIOGRAPHIE	45

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des graphiques :

Graphique 1 : Nomination d'un médecin coordonnateur / d'un pharmacien référent.....	9
Graphique 2 : Nombre de médecins intervenant en EHPAD.....	10
Graphique 3 : Profession de la personne remplissant le questionnaire.....	10
Graphique 4 : Opinion sur la sécurité du circuit du médicament.....	11
Graphique 5 : Difficultés en relation avec le circuit du médicament dans l'année précédente.....	11
Graphique 6 : Approvisionnement des EHPAD.....	12
Graphique 7 : Signature d'une convention selon l'approvisionnement pour les établissements fournis par des pharmacies de ville.....	13
Graphique 8 : Rédaction des prescriptions par les médecins.....	14
Graphique 9 : Rédaction des prescriptions par les médecins en fonction de la présence d'un logiciel de prescription.....	14
Graphique 10 : Rédaction des ordonnances en cas de modifications.....	15
Graphique 11 : Présence d'une liste préférentielle de médicaments dans l'établissement.....	16
Graphique 12 : Présence d'une liste préférentielle de médicaments selon l'existence d'une PUI.....	16
Graphique 13 : Diffusion du livret.....	17
Graphique 14 : Respect du livret.....	17
Graphique 15 : Participation à la rédaction du livret.....	18
Graphique 15 : Critères de sélection des médicaments pour le livret.....	18
Graphique 17 : Situation des EHPAD sans livret.....	19
Graphique 18 : Freins à la réalisation du livret thérapeutique.....	20
Graphique 19 : Lieu de préparation des traitements.....	21
Graphique 20 : Lieu de préparation des traitements en fonction de la signature d'une convention.....	21
Graphique 21 : Personnes effectuant la préparation des traitements.....	22
Graphique 22 : Durée des traitements préparés.....	23
Graphique 23 : Fréquence de distribution des médicaments par les infirmiers et aides-soignants.....	23
Graphique 24 : Fréquence de validation de l'ouverture/écrasement des médicaments par un médecin/pharmacien.....	24
Graphique 25 : Présence d'un guide des médicaments écrasables/ouvrables.....	24
Graphique 26 : Technique d'écrasement.....	25
Graphique 27 : Fréquence de nettoyage en cas de système d'écrasement unique pour tous les patients.....	25
Graphique 28 : Procédure de vérification de l'identité avant administration.....	26
Graphique 29 : Précisions sur la procédure de vérification de l'identité.....	26
Graphique 30 : Vérification de la prescription avant administration.....	27
Graphique 31 : Support d'enregistrement de la prise.....	27
Graphique 32 : Participants aux réunions sur le circuit du médicament.....	28
Graphique 33 : Participation à l'enquête de 2007.....	29

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Population âgée de Bourgogne au 1 ^{er} janvier 2012.....	34
Tableau 2 : Population âgée par département au 1 ^{er} janvier 2012.....	34
Tableau 3 : Structures d'hébergement en Bourgogne et France métropolitaine au 1 ^{er} janvier 2012.....	35
Tableau 4 : Structures d'hébergement par département au 1 ^{er} janvier 2012.....	36
Tableau 5 : Prescriptions par patient et présence de la classe thérapeutique en fonction du type d'EHPAD.....	38

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

L'élaboration d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement chez la personne âgée a été inscrite dans la loi, comme mission attribuée au médecin coordonnateur d'EHPAD en décembre 2008 (article L313-12 du code de l'action sociale et des familles).

Devant les nombreuses difficultés pratiques rapportées par des médecins coordonnateurs pour l'élaboration d'une telle liste et en accord avec son Programme Pluriannuel Régional de Gestion des Risques (PRGDR), l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne a décidé de créer un livret régional du médicament à destination des EHPAD. Il a pour but l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament et une meilleure maîtrise des dépenses.

Afin de répertorier les livrets du médicament déjà existants en région et de rendre compte de leur utilisation, mais aussi pour constater les évolutions intervenues dans le circuit du médicament depuis la précédente enquête (2007), l'ARS Bourgogne a souhaité procéder à une nouvelle étude dans les 286 EHPAD de Bourgogne.

Cet état des lieux permettra d'élaborer un livret adapté aux besoins des résidents des établissements ainsi que d'établir un plan d'actions pour accompagner les professionnels vers une amélioration des pratiques tenant compte des faiblesses déclarées.

I. L'ENQUÊTE EN BOURGOGNE : MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Définitions

Un **EHPAD** (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est une structure accueillant les personnes âgées ayant perdu une partie plus ou moins importante de leur autonomie.

Il peut être géré par un organisme public, privé associatif ou privé lucratif. L'établissement hébergeant devient EHPAD après avoir signé une convention tripartite pluriannuelle (portant sur 5 ans) avec des représentants de l'État (Agence Régionale de Santé ou Préfet) et des représentants du département (Conseils Généraux). Cette convention définit les moyens financiers alloués, la qualité de la prise en charge et les critères d'évaluation de l'établissement.

Le rôle du **médecin coordonnateur** a été défini par la loi du 24 janvier 1997 et plusieurs fois complété depuis. Il a pour mission d'élaborer avec l'ensemble de l'équipe soignante le projet de soins des EHPAD, il a aussi pour rôle la surveillance du circuit du médicament et la bonne adaptation des prescriptions aux impératifs gériatriques. Pour ce faire il doit coordonner l'élaboration d'une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans son établissement.

Une **pharmacie à usage intérieur (PUI)** peut être créée dans tout établissement sanitaire ou médico-social dans lequel sont traités des malades. L'activité d'une PUI se limite à l'usage des malades des structures où elle a été constituée, elle est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement. La PUI assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et certifie leurs qualités. Elle mène ou participe à des actions susceptibles de concourir à l'information, à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins.

Le **pharmacien référent** est un pharmacien d'officine intervenant dans les EHPAD qui ne disposent pas d'une PUI ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération gérant une PUI. Il est désigné par convention entre l'EHPAD et le ou les pharmaciens titulaires d'officine fournissant en médicaments les personnes hébergées. Ses missions sont de concourir à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il élabore avec le médecin coordonnateur la liste des médicaments à utiliser préférentiellement.

B. Protocole

L'étude repose sur une enquête descriptive des pratiques professionnelles concernant le circuit du médicament allant de l'approvisionnement à l'administration dans les EHPAD de Bourgogne.

Objectif

L'objectif de l'enquête est de décrire l'évolution des pratiques professionnelles depuis 5 ans et de réaliser un état des lieux sur la présence et l'utilisation de listes préférentielles de médicaments en EHPAD.

Outil de collecte

Le questionnaire a été construit à partir de celui de la précédente enquête¹ (2007) par un partenariat entre l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il a été validé par un comité de

¹ ORS. Le circuit du médicament en institution pour personnes âgées : évaluation de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Bourgogne. Décembre 2007.

pilotage composé de représentants des acteurs institutionnels, des professionnels de santé, des structures, des fédérations et des usagers.

Après validation, il a été décliné en deux versions : un format papier et un formulaire électronique.

Ce questionnaire, présent en annexe, est composé de plusieurs parties correspondant aux différentes étapes du circuit du médicament (approvisionnement, prescription, préparation, administration). Il comporte des parties plus spécifiques sur le livret thérapeutique et sur l'enquête de 2007. Enfin des caractéristiques de l'établissement ont été demandées afin de pouvoir croiser différentes variables.

Critères d'inclusion

Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des 286 EHPAD de Bourgogne répertoriés par l'ARS en décembre 2012.

Organisation

Le mode d'interrogation devait concilier l'anonymat des réponses (auto-administration et volontariat) et un taux de participation optimale. Une lettre a été adressée aux directeurs d'EHPAD contenant une version papier du questionnaire et la lettre d'accompagnement de l'ARS (présente en annexe). Deux relances par courriel ont été effectuées à une semaine d'intervalle.

L'adresse internet du formulaire électronique a été indiquée sur le questionnaire ainsi que dans les courriels.

Il était proposé aux établissements disposant d'une liste de médicaments préférentiels, de l'adresser à l'ARS de manière séparée du questionnaire afin de conserver l'anonymat.

Exploitation statistique et méthodologie

La saisie et l'analyse ont été réalisées à l'aide du logiciel EPI Info version 7. Les fréquences observées ont été considérées comme de bonnes estimations des fréquences dans la population totale des établissements du fait du fort taux de participation.

Les comparaisons de proportions entre groupes (par exemple : établissements avec PUI et établissements sans PUI) ont été analysées par la méthode du khi deux, seules les différences significatives au risque de première espèce alpha 5% ont été rapportées.

Les non répondants ont toujours été inclus aux calculs des proportions sauf mention contraire.

C. Communication et perspectives

Ce second état des lieux du circuit du médicament permettra d'axer l'information aux établissements sur les recommandations les moins respectées. Les résultats sont en effet mis en perspective avec les recommandations actuelles dans ce domaine, avec un appui particulier sur un outil pédagogique réalisé par l'ARS Rhône-Alpes et diffusé en 2012¹.

La synthèse des résultats sera envoyée à chaque EHPAD de Bourgogne, afin qu'il puisse se situer par rapport aux pratiques régionales.

Parallèlement à cette enquête une liste préférentielle régionale de médicaments, en partie basée sur les livrets répertoriés, sera élaborée par un groupe d'experts locaux et diffusée par le biais des membres du comité de pilotage et avec le concours des médecins coordonnateurs.

¹ ARS Rhône-Alpes ; Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; Guide Repère pour votre pratique. Mars 2012 ; 37 pages

D. Calendrier

2^e semestre 2012

- Construction du protocole avec des initiateurs du projet à l'ARS
- Série d'entretiens ciblés auprès de personnes « ressources » pour mieux analyser le contexte et préparer les documents de l'enquête

19 décembre 2012

- Réunion du comité de pilotage
- Validation du questionnaire

10 janvier 2013

- Envoi des questionnaires et ouverture du formulaire internet

24 et 31 janvier 2013

- Relance par courriel successivement par l'ORS et par l'ARS

10 février 2013

- Clôture de l'enquête

Février-avril 2013

- Exploitation et analyse des résultats
- Rédaction du rapport et de la synthèse
- Élaboration du livret thérapeutique régional

Mai 2013

- Présentation des résultats au comité de pilotage

Fin du premier semestre 2013

- Diffusion et communication

II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

A. Taux de réponses et caractéristiques des établissements

Parmi les 286 EHPAD sollicités pour l'enquête, 219 ont répondu, soit plus de trois quarts d'entre eux (76,6 %). L'analyse qui suit porte sur l'ensemble des répondants.

Malgré l'importance de ce taux on observe une diminution par rapport à la précédente enquête (2007) où il avait atteint le taux exceptionnel de 94,9% (205 répondants sur 216 sollicités).

Capacité d'accueil

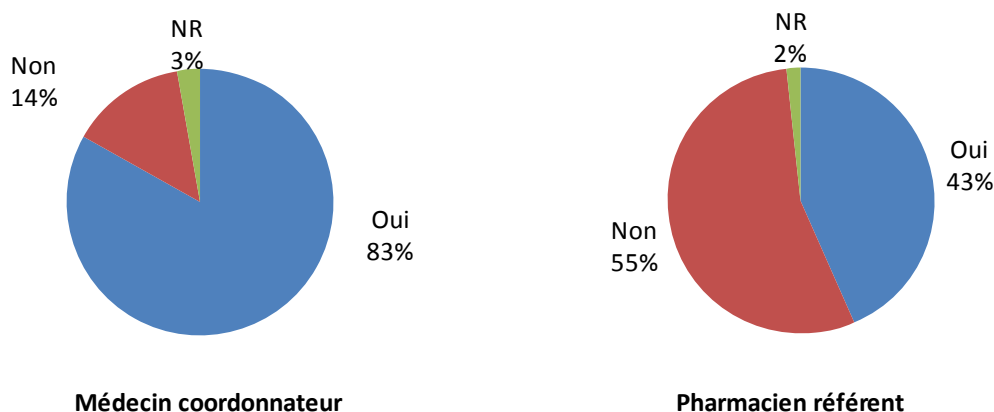
Parmi les répondants, 53% ont une capacité d'accueil égale ou supérieure à 75¹ et 47 % une capacité inférieure.

Personnel

➤ Médecin coordonnateur et pharmacien référent

Un médecin coordonnateur est nommé dans 83% des établissements. De nombreux EHPAD ont déclaré avoir connu des difficultés pour trouver un médecin disponible pour ce poste. La proportion d'établissements disposant d'un pharmacien référent² est plus faible (43%).

Graphique 1 : Nomination d'un médecin coordonnateur / d'un pharmacien référent



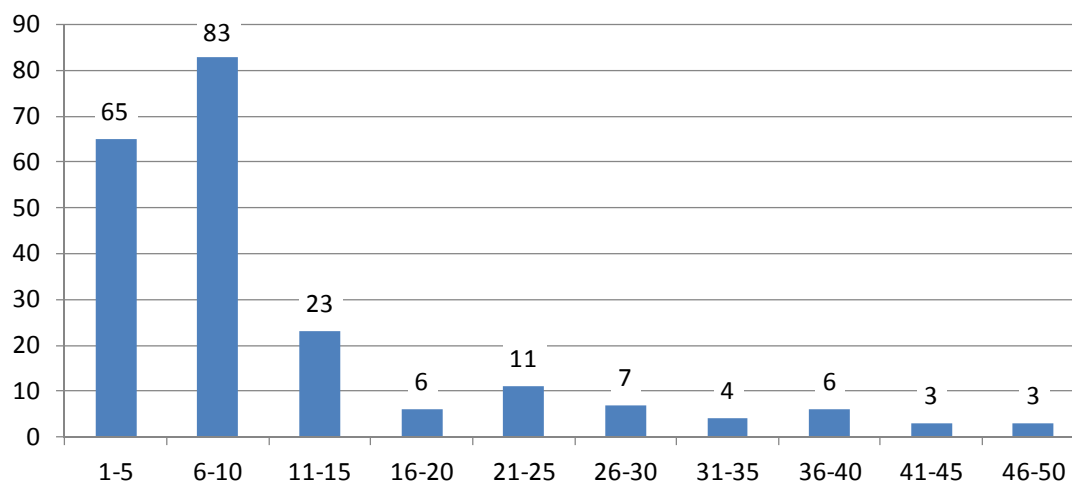
¹ Le seuil de 75 lits a été défini à partir de l'enquête de 2007. Il correspondait à la médiane de la capacité d'accueil.

² Les établissements approvisionnés par une PUI n'ont pas été inclus dans l'analyse. Rappel : Seuls ceux approvisionnés par une officine doivent désigner un pharmacien référent. (voir p. 6).

➤ **Nombre de médecins intervenant dans l'établissement :**

Le nombre de médecins intervenant dans les EHPAD bourguignons varie fortement d'une structure à l'autre : en moyenne il est de 11,3 avec pour extrêmes 1 et 50 ; la médiane est à 8.

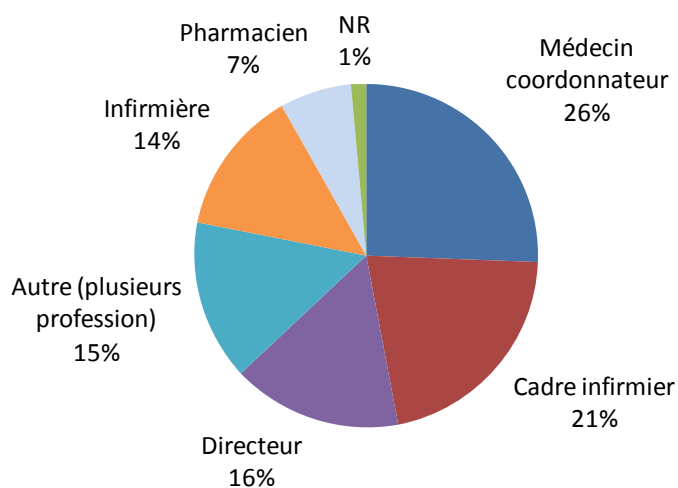
Graphique 2 : Nombre de médecins intervenant en EHPAD



Personne remplissant le questionnaire

Environ la moitié des questionnaires a été remplie par les médecins coordonnateurs et les cadres infirmiers (respectivement 26% et 21%) en accord avec leurs missions d'organisation et de surveillance du circuit du médicament.

Graphique 3 : Profession de la personne remplissant le questionnaire



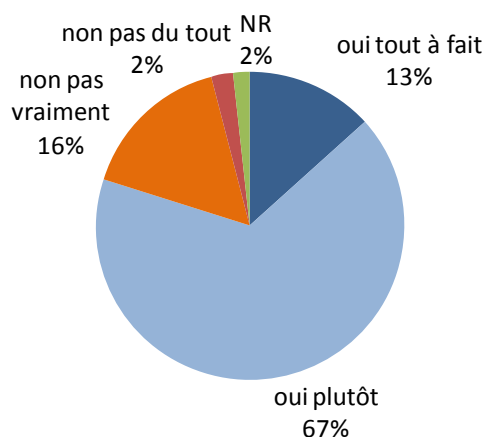
- Le **taux de participation**, très élevé pour une enquête anonyme déclarative, confirme le fort intérêt des acteurs pour le thème de la sécurité du circuit du médicament.
- Encore 1 établissement sur 6 ne dispose pas d'un **médecin coordonnateur** alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire dans les EHPAD. Ceci étant à mettre en lien avec les commentaires insistant sur le manque de candidats pour ces postes.
- Moins de la moitié des établissements a désigné un **pharmacien référent**. Ce faible taux peut être la conséquence d'une absence de convention-type nationale.

B. Opinion des établissements sur la sécurité du circuit du médicament

Les EHPAD bourguignons paraissent globalement confiants dans leur circuit du médicament, 80% d'entre eux l'estimant « tout à fait » ou « plutôt » sûr.

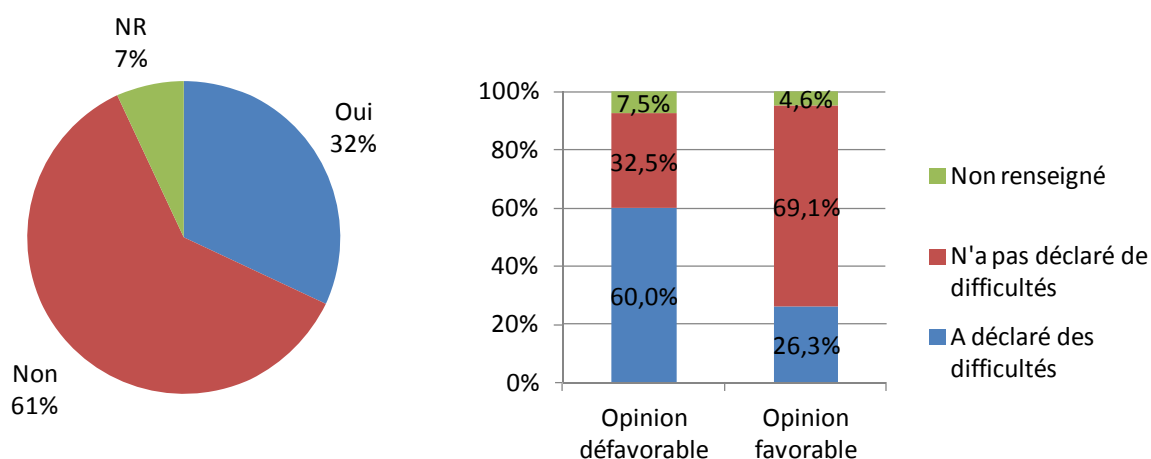
Les "petits" établissements (< 75 places) sont significativement plus nombreux (88%) à être confiants (assimilé aux réponses « oui, tout à fait » et « oui, plutôt ») dans leur circuit du médicament par rapport aux gros établissements qui sont 75% à avoir confiance.

Graphique 4 : Opinion sur la sécurité du circuit du médicament



Près d'un tiers des établissements (32%) rapportent des difficultés sur le circuit du médicament dans l'année 2012. Les établissements ayant répondu « non pas vraiment » ou « non pas du tout » à la question précédente étant logiquement, en proportion, plus nombreux à rapporter des difficultés, 60% d'entre eux, contre 26% pour ceux ayant répondu « oui plutôt » ou « oui tout à fait ».

Graphique 5 : Difficultés en relation avec le circuit du médicament dans l'année précédente



Parmi les 63 commentaires reçus concernant ces difficultés, il ressort que les erreurs dans l'administration des médicaments prédominent, souvent en lien avec des problèmes de ressources humaines.

Les difficultés liées à la préparation des médicaments et à la sécurisation des ordonnances (retranscriptions, modifications orales non rédigées...) reviennent fréquemment. De manière moins récurrente, sont mentionnés des problèmes liés à l'informatisation (défaillance et manque d'expérience des utilisateurs) et aux modifications du circuit (changement nécessitant une période d'adaptation).

- On constate une **opinion globalement favorable** des EHPAD sur la sécurité de leur circuit du médicament, particulièrement dans les établissements de petite taille. Le nombre restreint d'intervenants dans ces petites structures peut être à l'origine de cette perception.
- Pourtant un tiers des établissements a déclaré avoir eu **des difficultés** sur le circuit du médicament dans l'année qui a précédé l'enquête, notamment pour l'étape « administration des médicaments ».

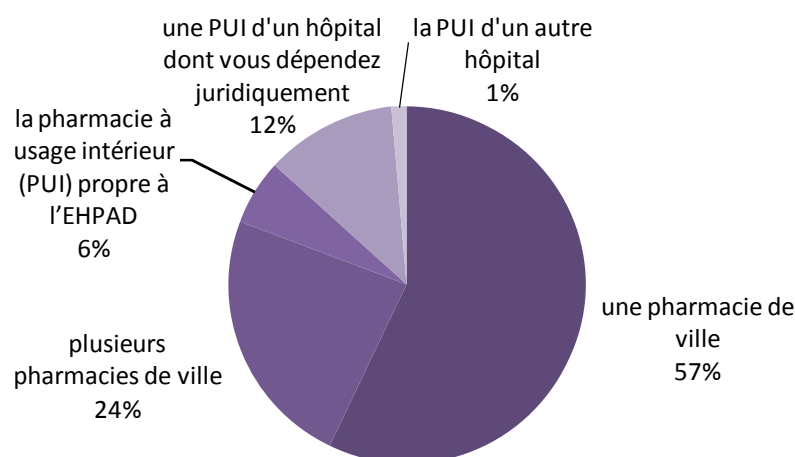
C. L'approvisionnement

Type d'approvisionnement

La grande majorité des EHPAD (81%), est approvisionnée par des pharmacies de ville, dont 57% par une seule pharmacie.

Parmi les 19% approvisionnés par des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), 12% sont fournis par leur hôpital de rattachement, 6 % par leur propre PUI et 1% par la PUI d'un autre hôpital.

Graphique 6 : Approvisionnement des EHPAD

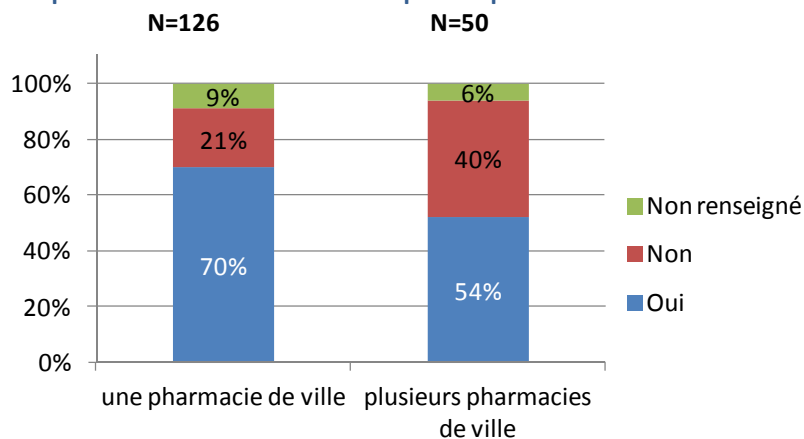


Seuls 5% des "petits" établissements (capacité < 75 places) sont approvisionnés par une PUI, contre 32% pour les établissements à plus forte capacité (≥ 75).

Signature d'une convention

Parmi les établissements fournis par des pharmacies de ville, les deux tiers (65%) ont signé une convention avec celles-ci. Cette proportion varie selon le nombre de pharmacies approvisionnant l'établissement : de 70% pour les EHPAD fournis par une seule pharmacie, à 54% pour ceux fournis par plusieurs pharmacies.

Graphique 7: Signature d'une convention selon l'approvisionnement pour les établissements fournis par des pharmacies de ville



- 19% des EHPAD sont approvisionnés par une **pharmacie à usage intérieur (PUI)**. Il s'agit principalement d'établissements à forte capacité d'accueil ou rattachés juridiquement à un centre hospitalier avec PUI.
- Deux tiers des établissements ont une **convention avec une ou plusieurs pharmacies**. Cette proportion devrait encore progresser avec la publication d'une convention-type nationale. Ce modèle devrait permettre également d'harmoniser les conventions signées entre les partenaires.

D. La prescription

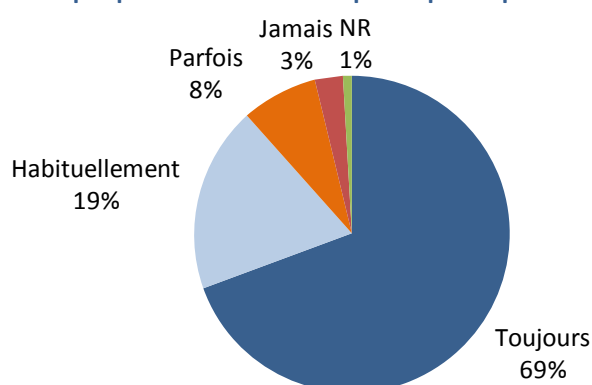
Logiciel de prescription¹

Une très grande majorité des EHPAD (80%), déclare disposer d'un logiciel de prescription. Les établissements approvisionnés par une PUI ont moins souvent un logiciel de prescription que les établissements fournis par une officine de ville (69,0% contre 83,4%).

Fréquence de rédaction ou de saisie des prescriptions par un médecin

Les médecins sont 69% à rédiger ou saisir « toujours », les prescriptions dans les EHPAD répondants. On n'observe pas de différence significative entre les établissements approvisionnés par une PUI et ceux n'en disposant pas.

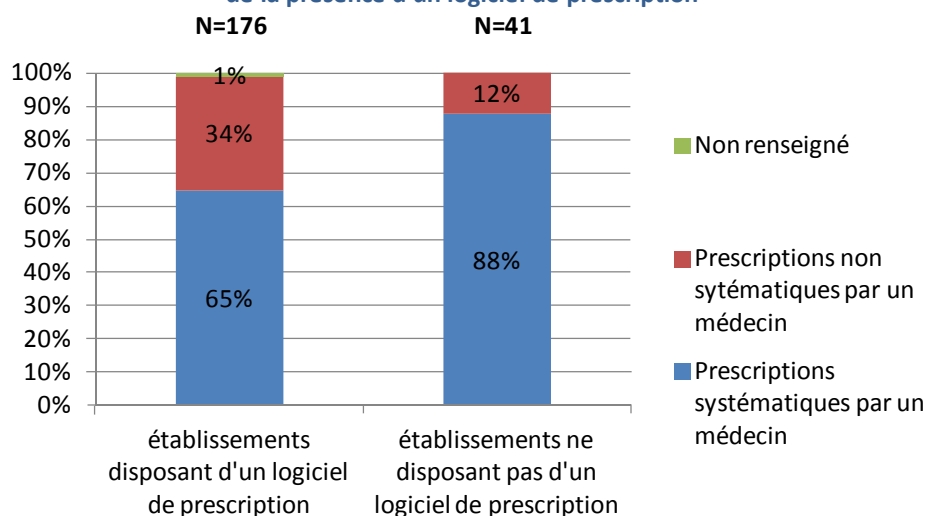
Graphique 8 : Rédaction des prescriptions par les médecins



Rappel de la question : "Les prescriptions, qu'elles soient rédigées ou saisies informatiquement, sont réalisées par les médecins?"

On constate une différence dans le caractère systématique de la rédaction de la prescription par le médecin en fonction de la présence ou non d'un logiciel de prescription. Le caractère systématique étant plus souvent observé dans les établissements ne disposant pas de logiciel de prescription (88% des établissements déclarent que les médecins rédigent ou saisissent « toujours » les prescriptions) que chez ceux en disposant (65%).

Graphique 9 : Rédaction des prescriptions par les médecins en fonction de la présence d'un logiciel de prescription



¹ Non répondants : 1% ; non inclus dans le croisement avec l'approvisionnement

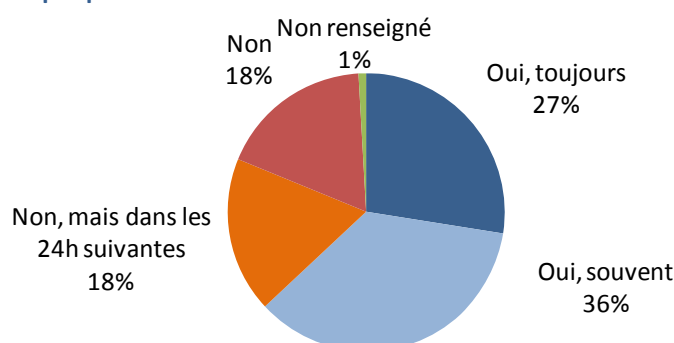
Retranscription des ordonnances¹

Dans la moitié des EHPAD, le personnel retranscrit les prescriptions. Environ 48% des établissements ayant un logiciel de prescription déclarent cette pratique, contre deux tiers (67%) pour ceux qui n'en ont pas.

Procédure en cas de modification de traitement

Dans 6 établissements sur 10 (63%) les médecins rédigent « toujours » ou « souvent » les prescriptions avant modifications de traitement (courriel et fax compris).

Graphique 10 : Rédaction des ordonnances en cas de modifications



Rappel de la question : "Les modifications de traitement font l'objet d'une nouvelle prescription médicale écrite préalable ?"

- Les EHPAD se sont très largement **informatisés**, ce qui concourt à la sécurisation de l'ensemble du circuit du médicament.
- Néanmoins, la **prescription systématique des traitements** n'est pas toujours respectée. D'ailleurs, l'étude a montré que le fait d'avoir un logiciel de prescription n'était pas le garant d'une forte fréquence de réalisation des prescriptions par les médecins. Globalement, près de 90% des médecins rédigent ou saisissent toujours ou habituellement les prescriptions ; cela devrait systématiquement être le cas. Cette proportion chute à 27% en cas de modification de traitements. Là encore, toute **modification dans la prise en charge thérapeutique** d'un résident doit être prescrite, y compris les arrêts de traitement. La modification apportée doit, par ailleurs, être prise en compte sans délai dans le traitement à administrer au résident.
- La **retranscription**, qui constitue un point faible majeur dans le circuit du médicament car source de nombreuses erreurs (autant dans la préparation que dans l'administration), reste très largement pratiquée, y compris dans les EHPAD disposant d'un logiciel de prescription. Cette persistance peut s'expliquer par l'absence ou la non utilisation de la partie « administration » du logiciel.

¹ Non répondants : 4% ; non inclus dans le croisement retranscription/logiciel de prescription. La faible différence entre la totalité des EHPAD et les EHPAD disposant d'un logiciel s'explique par la forte proportion d'EHPAD disposant d'un logiciel et par la non inclusion des non répondants.

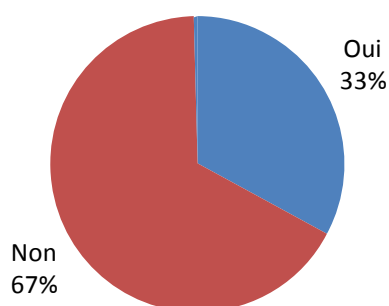
E. Le livret du médicament

Ci-dessous, l'expression livret thérapeutique est assimilable à celle de liste préférentielle de médicaments.

Présence d'un livret du médicament

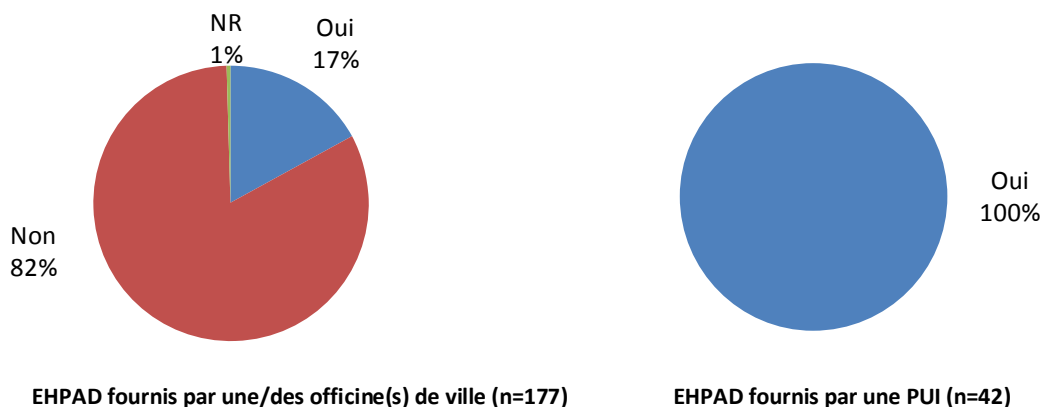
Sur la totalité des établissements, un tiers dispose d'un livret ou d'une liste préférentielle de médicaments. Cette proportion varie selon différentes catégories.

Graphique 11 : Présence d'une liste préférentielle de médicaments dans l'établissement



Seuls 18% des « petits » établissements déclarent disposer d'un livret alors qu'ils sont 47% pour les établissements à plus forte capacité d'accueil. La totalité des EHPAD fournis par une PUI disposent d'un livret thérapeutique (LT), en général celui de l'établissement hospitalier donc non spécifique à la problématique de la gériatrie. Ceux fournis par des officines de ville sont nettement moins nombreux à en posséder (17%).

Graphique 12 : Présence d'une liste préférentielle de médicaments selon l'existence d'une PUI



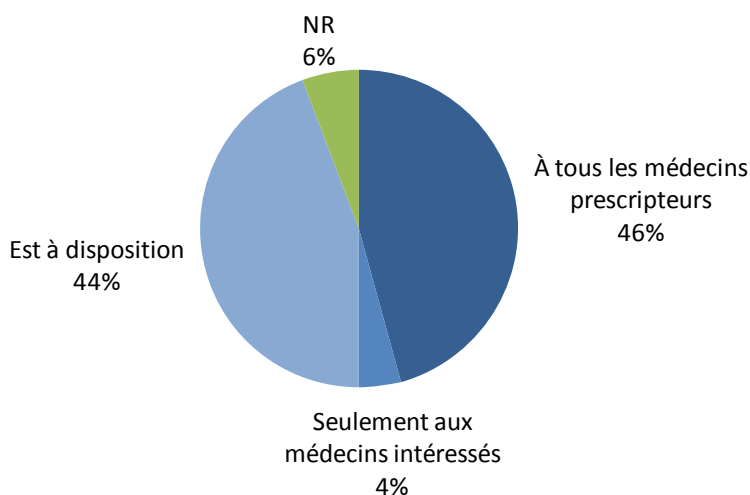
Suite à la demande d'envoi des livrets pour la création d'une liste préférentielle de médicaments, 8 livrets ont été reçus à l'ARS. Plusieurs n'ont pas pu être utilisés pour ce travail car il s'agissait de livrets hospitaliers non spécifiques à la gériatrie.

Les résultats ci-dessous portent sur les 72 établissements disposant d'un livret.

Diffusion du livret

Le livret a soit été diffusé à tous les médecins (46%), soit est simplement à disposition (44%).

Graphique 13 : Diffusion du livret



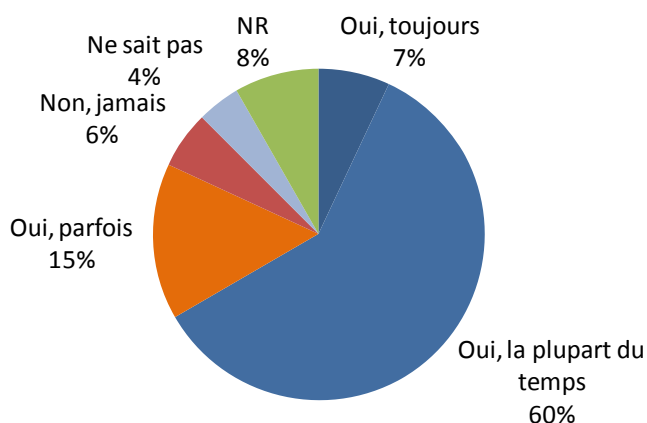
Intégration au logiciel de prescription

Dans un peu plus de la moitié des établissements ce livret est intégré au logiciel de prescription.

Respect du livret

Le livret du médicament est bien respecté par les deux tiers des établissements, seuls 6% déclarent qu'il n'est jamais respecté.

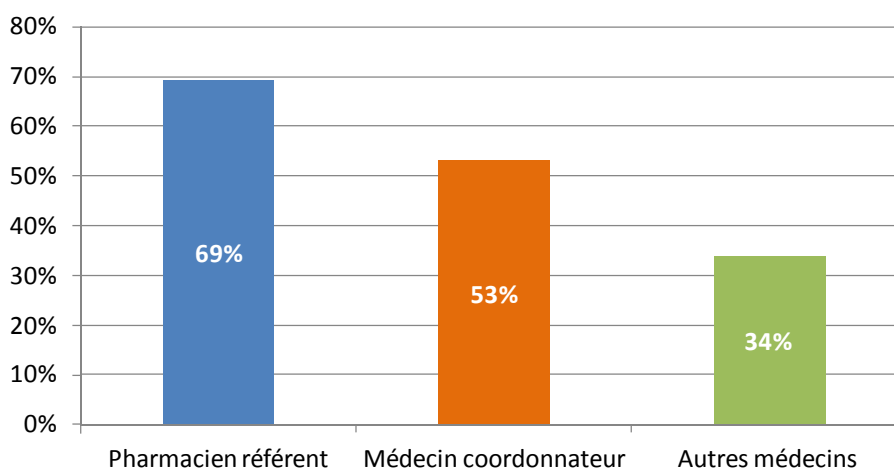
Graphique 14 : Respect du livret



Rédaction du livret

Les pharmaciens référents ou de PUI et les médecins coordonnateurs ont été les plus impliqués dans la rédaction. Ils ont participé à l'élaboration de respectivement 69% et 53% des livrets. Dans un tiers des cas, un ou des médecins traitants intervenant en EHPAD y ont participé.

Graphique 15 : Participation à la rédaction du livret¹



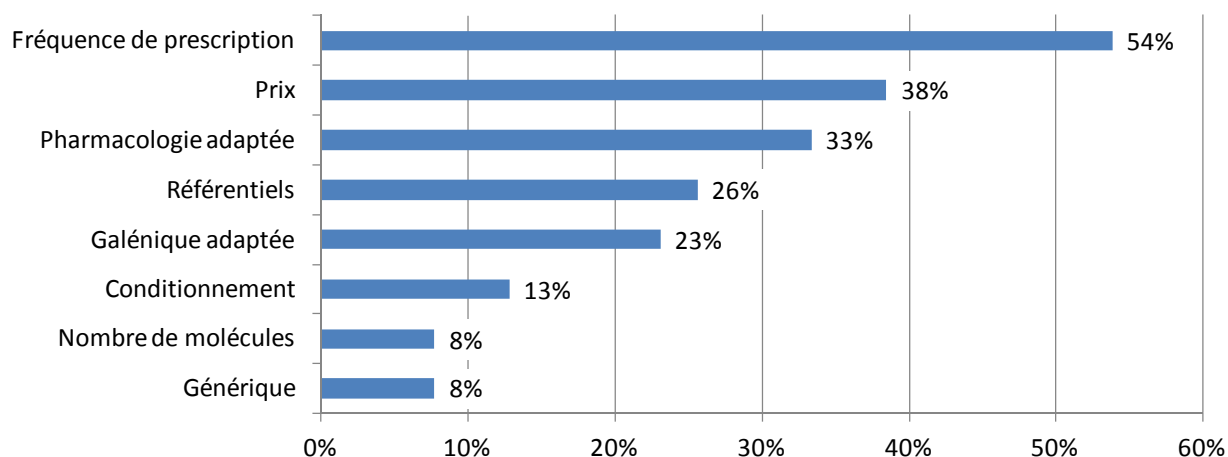
Les autres professionnels cités sont les infirmières (3 établissements), les directeurs (2) et les praticiens hospitaliers (2). Les Commissions du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMeDiMS) ont également participé à l'élaboration de 3 livrets.

Dans certains cas l'établissement bénéficie d'un livret spécifique d'un gestionnaire d'EHPAD (2), ou a été fourni avec le logiciel de prescription (2).

Critères de sélection des médicaments

De nombreux critères de sélection ont été retenus pour l'élaboration des livrets, l'analyse a porté sur les 39 réponses à la question ouverte figurant dans le questionnaire.

Graphique 16 : Critères de sélection des médicaments pour le livret



La fréquence de prescription du médicament est le critère le plus souvent cité (54%) : il correspond à la fois aux habitudes d'utilisation dans l'EHPAD et à la présence dans les groupements d'achats régionaux ou locaux.

Suivent le prix (38%), la pharmacologie adaptée à la personne âgée, assimilable à la balance bénéfice-risque (33%). La mention de référentiels qu'ils soient locaux (avis de gériatre) ou nationaux (référentiels HAS) et les formes galéniques adaptées à la personne âgée reviennent dans un quart des commentaires.

Cités moins fréquemment on retrouve : le conditionnement (13%), la possibilité de substitution en générique (8%), le nombre de molécules par classe (8%).

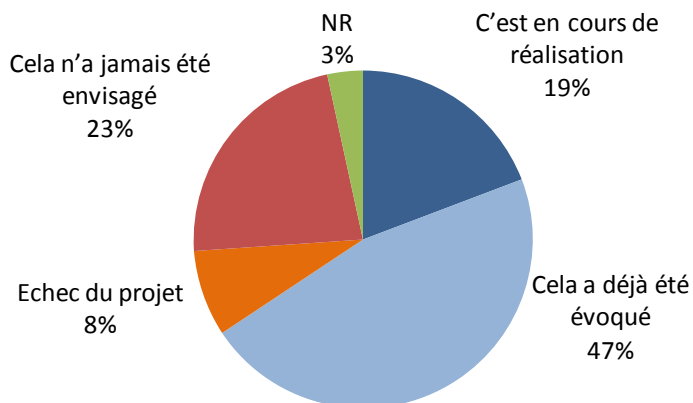
¹ Non répondants : 5,6%

En cas d'absence de livret

Parmi les 146 EHPAD ne disposant pas d'un livret, 28 y travaillent soit environ 20%. Si chaque projet aboutit, un peu moins de la moitié des EHPAD répondants disposera d'un livret du médicament (46%).

Dans 12 établissements le projet n'a pas abouti (8%), dans 68 établissements cela a déjà été évoqué (47%) et dans 33 cela n'a jamais été envisagé (23%).

Graphique 17 : Situation des EHPAD sans livret



Rappel de la question : "Vous disposez d'une liste de médicaments préférentielle/un livret du médicament. Si non,..."

Les précisions apportées sur les raisons de l'absence de réflexion sur le sujet font ressortir trois causes principales : le respect de la liberté de prescription des médecins intervenant dans l'établissement (9 établissements), l'absence de médecin coordonnateur (7) et l'inutilité du document (5).

Freins à la réalisation du livret

Sur les 219 EHPAD répondants à l'enquête, 93 (42%) ont apporté un commentaire sur les freins à l'élaboration d'un livret. Les médecins intervenant sont souvent évoqués, la liberté de prescription (« *Liberté des médecins traitants* ») revient le plus fréquemment (30% des commentaires), avec refus de participation à l'élaboration et d'utilisation de la liste. Mais aussi la difficulté de trouver un consensus sur les molécules à utiliser entre les médecins (11% des commentaires), souvent en rapport avec le nombre de médecins intervenant dans l'établissement (11% des commentaires).

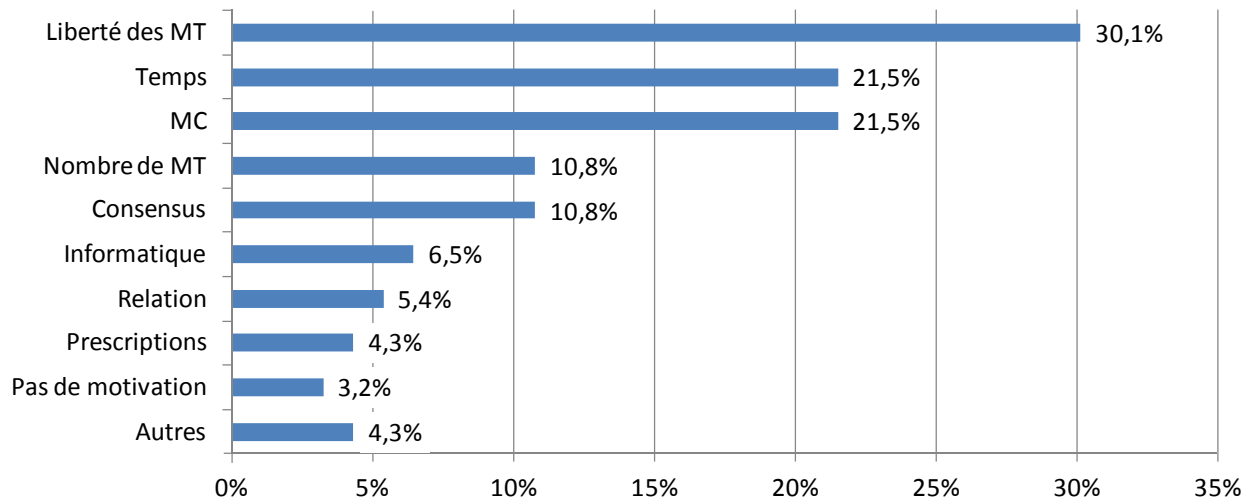
Les difficultés d'organisation sont également citées : manque de temps pour réaliser et mettre à jour le livret, travail assez chronophage (22% des commentaires), ou difficultés sur le poste de médecin coordonnateur (non pourvu, congé, mouvement) que la loi charge d'élaborer le livret (22% des commentaires).

Moins fréquemment rapportés, on trouve les difficultés de relation avec les officines de villes, celles liées à l'utilisation de l'informatique (inexpérience des utilisateurs), la difficulté à changer les prescriptions (habitudes des patients, ordonnances de centres hospitaliers), l'absence d'intérêt pour l'établissement et de bénéfices pour les patients.

Les autres freins évoqués portent sur le trop grand nombre de molécules autorisées au niveau national, le caractère récent de l'établissement ou, à l'inverse de précédemment, le trop faible nombre de médecins intervenant.

Graphique 18 : Freins à la réalisation du livret thérapeutique

(n=93 répondants à la question ouverte, plusieurs réponses possibles)



MC : médecins coordonnateurs

MT : médecins traitants

- **L'élaboration d'une liste de médicaments** à utiliser préférentiellement est inscrite dans la loi depuis 2008, comme **mission déléguée aux médecins coordonnateurs**.
- **Une faible proportion d'établissements** dispose actuellement d'un livret du médicament (un tiers d'entre eux).
- **Beaucoup de projets** sont cependant en cours de réflexion.
- Un des obstacles repose sur les difficultés de recrutement et d'exercice des médecins coordonnateurs.
- Les **modalités de diffusion** à l'ensemble des professionnels concernés ainsi que l'appropriation et le respect du livret par les médecins intervenant en EHPAD paraissent encore à travailler. Sur le plan réglementaire les contrats-types destinés aux médecins traitants demandent le respect du livret quand il existe (arrêté du 30 décembre 2010).

Cependant le frein le plus fréquemment mentionné à la création du livret est le refus de certains de participer à l'élaboration et au respect d'un tel outil.

- L'ARS Bourgogne a souhaité aider les établissements en créant une **liste de médicaments préférentielle régionale**. En parallèle de cette enquête, elle a été réalisée avec l'appui d'experts et d'acteurs locaux, sur la base de référentiels existants. Elle constitue un outil de référence, pour faciliter le travail de chaque établissement pour la création et l'utilisation d'un livret du médicament.

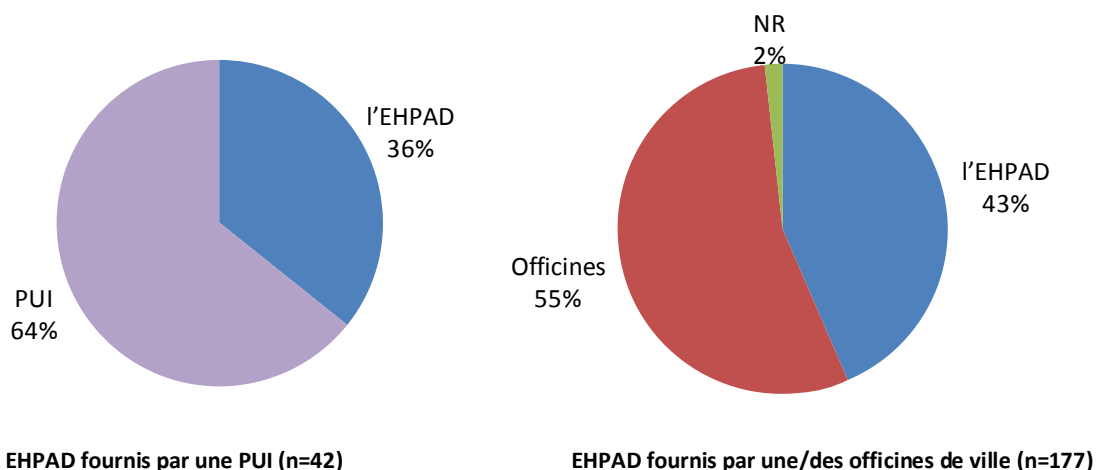
F. La préparation des médicaments

Lieu de préparation des traitements

Parmi les EHPAD fournis par une PUI, deux tiers laissent la préparation aux personnels de la PUI dans leurs locaux, un tiers la réalise en leur sein.

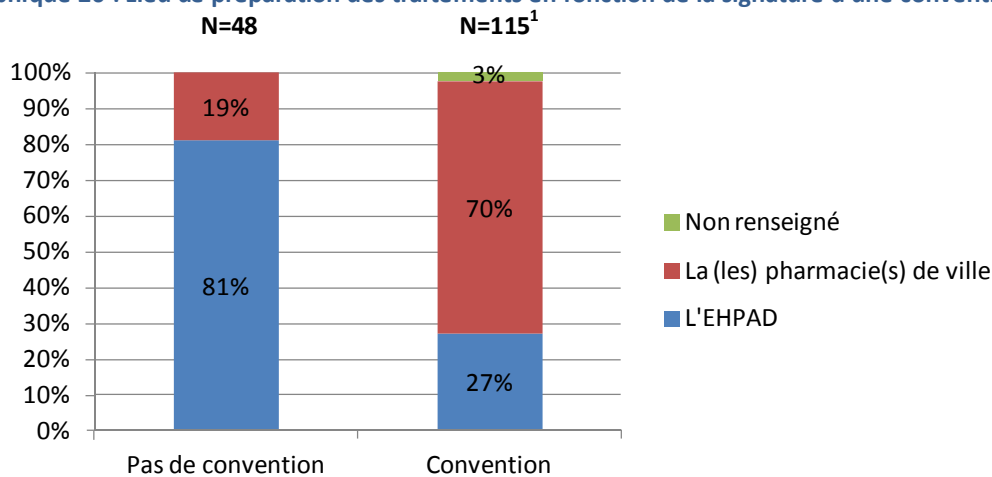
Pour les EHPAD approvisionnés par les pharmacies de ville, la préparation se fait principalement dans ces officines (55%).

Graphique 19 : Lieu de préparation des traitements



Le lieu de préparation des traitements est particulièrement dépendant de la signature d'une convention avec une pharmacie de ville : seuls 19% des établissements n'ayant pas de convention leur confient la préparation alors qu'ils sont 70% à le faire quand ils ont signé une convention.

Graphique 20 : Lieu de préparation des traitements en fonction de la signature d'une convention



¹ L'addition des deux effectifs n'atteint pas le nombre d'EHPAD fournis par une ou des pharmacies de ville (177) du fait des non-réponses à la question de la convention (14)

Préparation dans les EHPAD

Pour la partie qui suit, les résultats des 102 établissements effectuant la préparation en leur sein ont été analysés.

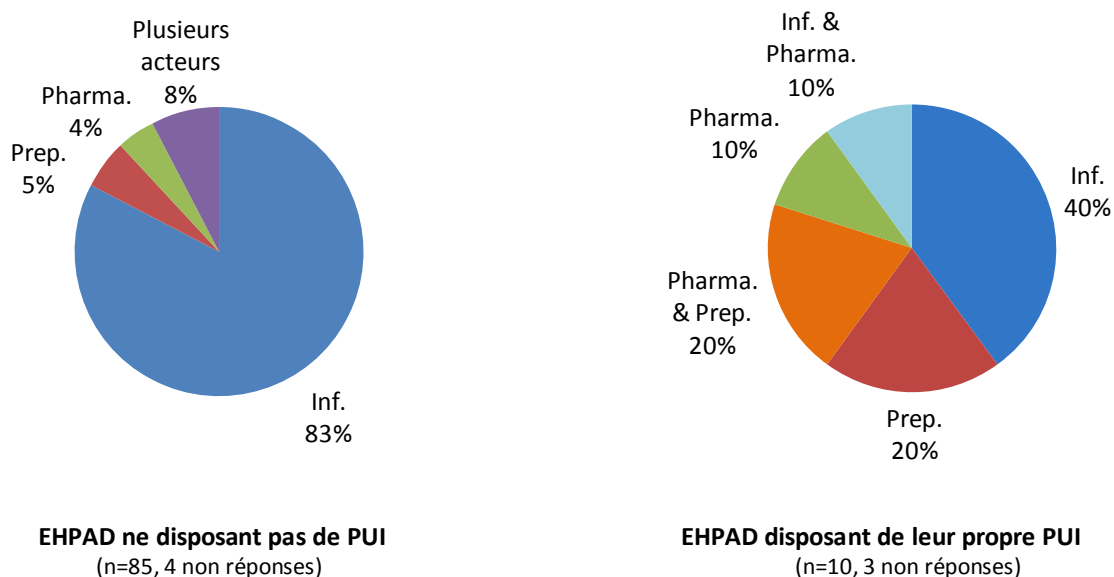
Personne(s) effectuant la préparation

Pour la grande majorité des établissements ne disposant pas de PUI, ce sont les infirmiers seuls qui préparent les traitements (83%), parfois avec l'appui d'un préparateur (3%) ou d'un pharmacien (1%), voire un résident dans certains cas (1%).

Les préparateurs et les pharmaciens sont parfois seuls chargés de la préparation dans respectivement 6% et 4% des cas.

Dans les établissements disposant de leur propre PUI, les pharmaciens et préparateurs sont plus souvent chargés de la préparation, les infirmiers le sont moins (40% seul, 10% avec un pharmacien).

Graphique 21 : Personnes effectuant la préparation des traitements



Légende : Inf. : Infirmier ; Pharma. : Pharmacien ; Prep. : préparateur

Reconditionnement

Sur les 94 établissements ayant répondu, 42 (soit 44%)¹ ont répondu reconditionner les médicaments reçus. Parmi ceux-ci, un seul déclare les reconditionner mécaniquement (2% des répondants), les autres le faisant manuellement (88%)².

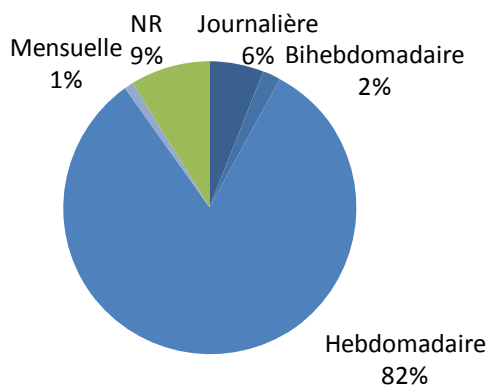
¹ Non réponses : 7%

² Non réponses : 9%

Période pour laquelle les traitements sont préparés

Pour les établissements préparant les traitements, 90% le font pour une durée maximum d'une semaine. Seul 1 établissement a déclaré les préparer pour une durée mensuelle.

Graphique 22 : Durée des traitements préparés



- D'un point de vue réglementaire, **les infirmières diplômées d'État sont actuellement habilitées à préparer les traitements au sein des EHPAD**. Les pharmaciens sont habilités à la préparation des doses administrées en amont de l'établissement. Les préparateurs seuls ne peuvent réaliser cette tâche que sous la responsabilité d'un pharmacien.
- 90% des établissements (99% en excluant les non répondants) préparent les traitements pour **une durée maximale d'une semaine**, en accord avec les recommandations de l'académie de pharmacie sur la stabilité des traitements lorsque ceux-ci sont déconditionnés. Les bonnes pratiques de dispensation traitant ce sujet sont en attente.

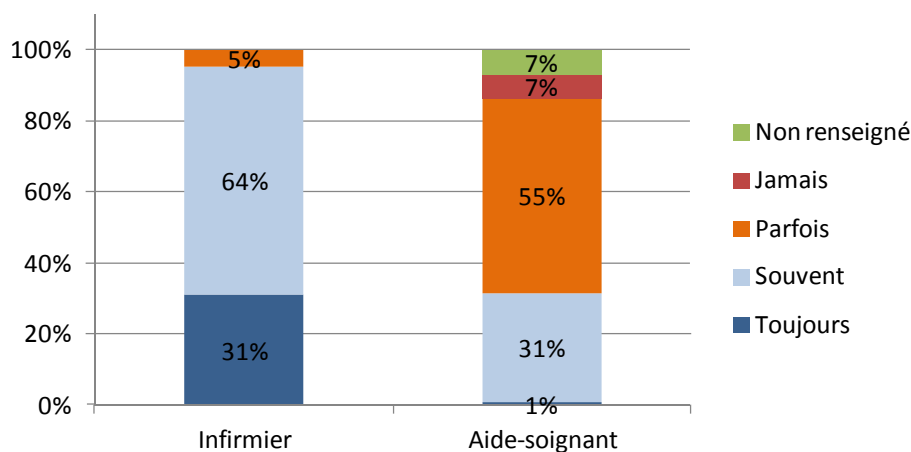
G. L'administration des formes orales sèches

Administration

Professionnels affectés à l'administration

Dans plus de 9 établissements sur 10, les traitements sont « toujours » ou « souvent » distribués par les infirmiers. Dans certains cas ce sont les aides-soignantes seules qui assurent la distribution, en particulier la nuit.

Graphique 23 : Fréquence de distribution des médicaments par les infirmiers et aides-soignants

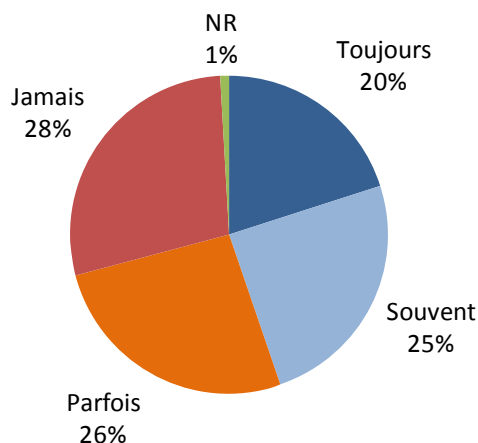


D'autres professionnels sont exceptionnellement mis à contribution : les agents de service hospitaliers, les auxiliaires de vie et les aides médico-psychologiques.

Validation de l'ouverture et de l'écrasement des médicaments

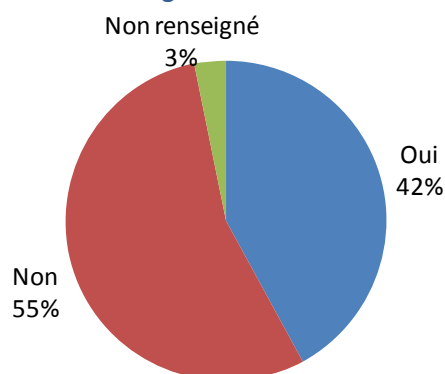
Chez 45% des répondants, l'ouverture ou l'écrasement des médicaments sont « toujours » ou « souvent » validés par un médecin ou un pharmacien, 28% déclarent qu'il n'y a jamais de validation.

Graphique 24 : Fréquence de validation de l'ouverture/écrasement des médicaments par un médecin/pharmacien



Dans un peu plus de 4 établissements sur 10, il existe un guide des médicaments écrasables/ouvrables.

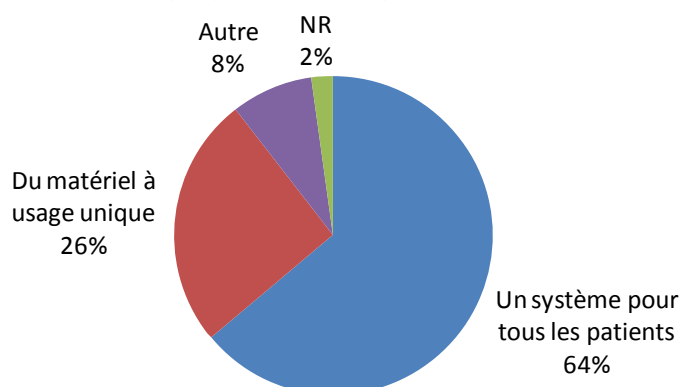
Graphique 25 : Présence d'un guide des médicaments écrasables/ouvrables



Technique d'écrasement

Dans un peu plus de 6 établissements sur 10, l'écrasement des médicaments se fait par un système commun à tous les patients, dans un quart par du matériel à usage unique.

Graphique 26 : Technique d'écrasement

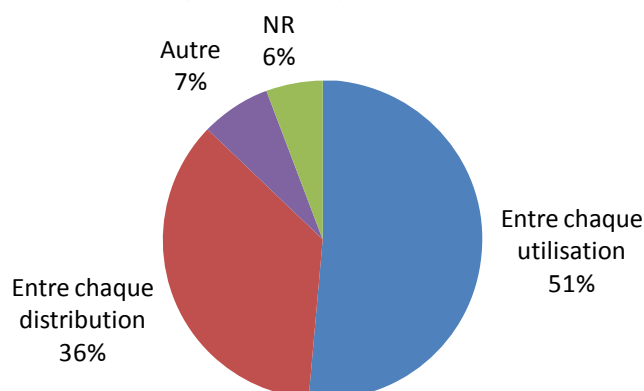


Autre : essentiellement établissements ayant un système pour chaque patient (utilisation de sachets individuels, pilon individuel)

Pour les établissements ayant un système d'écrasement des médicaments unique pour tous les patients, il est le plus souvent nettoyé entre chaque utilisation (51%).

La mention « autre » concerne des établissements moins assidus sur le nettoyage : parmi eux 3 (3%) ont déclaré nettoyer moins d'une fois par jour dont 2 (2%) jamais.

Graphique 27 : Fréquence de nettoyage en cas de système d'écrasement unique pour tous les patients



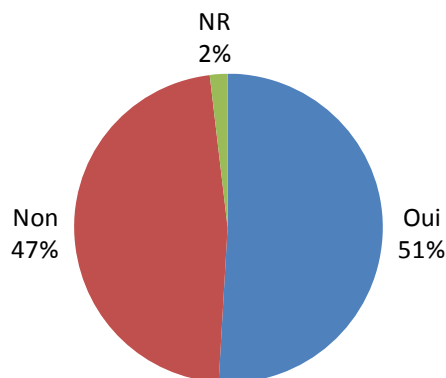
- La réglementation prévoit la **possibilité d'administration des médicaments**, en forme non injectable, **par les aides-soignantes sous la responsabilité d'une infirmière** diplômée d'État. L'infirmière doit transmettre les instructions nécessaires à la bonne administration et s'assurer de la compétence des aides-soignantes. Sous certaines conditions, **l'aide à la prise** des médicaments peut être réalisée par tout aidant (aides-soignants et autres personnes) (article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles).
- **L'écrasement et l'ouverture des médicaments**, doivent être pratiqués après **évaluation systématique par un médecin ou par un pharmacien**. Ceux-ci pourront s'appuyer sur des guides indiquant quels médicaments sont écrasables/ouvrables. L'ARS Bourgogne a notamment publié un de ces guides en 2013.
Cette recommandation est encore **peu suivie**, l'évaluation systématique par un médecin/pharmacien étant réalisée dans seulement 20% des cas et seuls 42% des établissements disposent d'un guide (ce qui n'assure pas son utilisation effective).
- Concernant les **techniques d'écrasement**, il est recommandé d'utiliser un seul système par patient pour limiter les risques de iatrogénie (contaminations et interactions entre les différents traitements écrasés). En cas d'utilisation d'un système unique pour tous les patients, les médicaments doivent être broyés un à un, juste avant l'administration, le matériel devant être nettoyé à l'eau savonneuse entre chaque médicament [réf 9 : Doucet J. ; 2010, cité par l'HAS].

Procédures de contrôle lors de l'administration

Vérification de l'identité du résident

On observe presque autant d'établissements ayant mis en place une procédure de vérification de l'identité juste avant l'administration (51%) que ceux n'en ayant pas mis (47%).

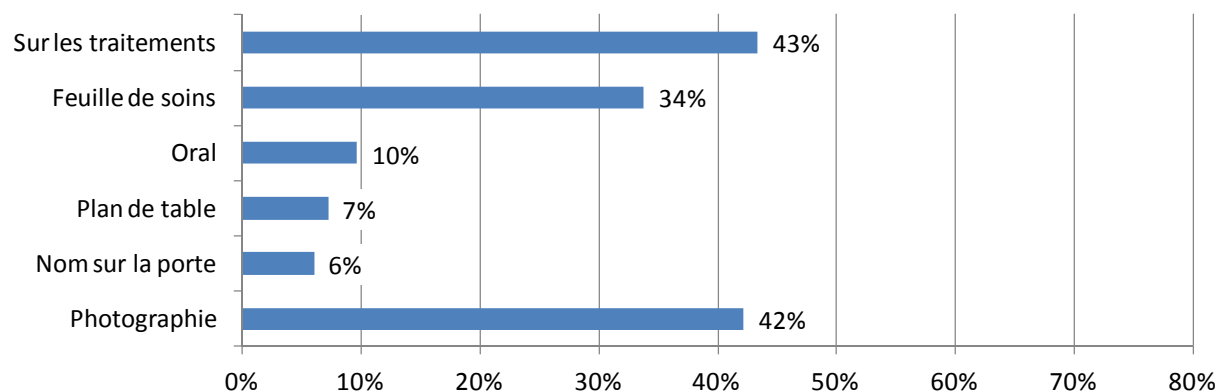
Graphique 28 : Procédure de vérification de l'identité avant administration



Sur les 111 établissements ayant mis en place une procédure de vérification à l'administration, 83 ont apporté une précision analysable sans qu'il soit jugé de l'efficacité de la ou des mesure(s). Les établissements utilisent principalement des piluliers ou sachets individuels nominatifs, ainsi que des feuilles de soins individuelles ou des feuilles de distribution nominatives, ces procédures pouvant être associées.

Dans 42 % des commentaires, il était fait mention d'une photographie qu'elle soit présente sur la feuille de soins, dans le logiciel de prescription ou sur un trombinoscope.

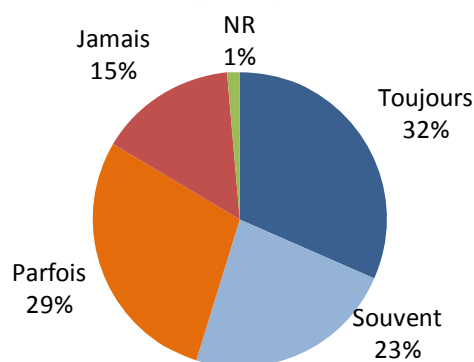
Graphique 29 : Précisions sur la procédure de vérification de l'identité



Vérification de la prescription

La prescription est « souvent » ou « toujours » vérifiée avant l'administration pour un peu plus de la moitié des établissements (55%). Dans seulement 15% des cas, la prescription n'est jamais vérifiée avant l'administration.

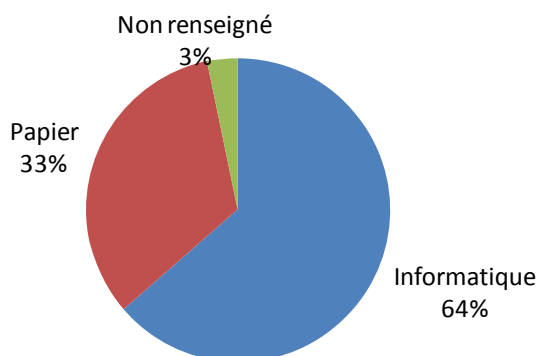
Graphique 30 : Vérification de la prescription avant administration



Enregistrement de la prise

La prise du traitement est enregistrée dans 7 établissements sur 10. Parmi les 154 établissements enregistrant la prise médicamenteuse, environ deux tiers le font sur support informatique, un tiers le fait sur support papier.

Graphique 31 : Support d'enregistrement de la prise



Plus de trois quarts (77%) des établissements déclarant enregistrer la prise l'intègrent au dossier médical. Ceux l'enregistrant sur support informatique sont plus nombreux à l'intégrer au dossier médical du résident (89%) que les EHPAD l'enregistrant sur support papier (61%)¹.

- Les recommandations actuelles demandent le renforcement des procédures de vérification de la concordance entre l'identité du patient, l'identification figurant sur la prescription et celle mentionnée sur les piluliers avant toute administration.
- Il existe encore une **forte marge de progression sur ces procédures d'identitovigilance** car seule la moitié des EHPAD bourguignons applique une procédure de vérification de l'identité avant l'administration.
- Le même constat se dégage sur la **vérification des prescriptions avant administration** du traitement.
- **L'enregistrement** permet de s'assurer de la prise effective ou non des traitements, c'est pourquoi il est recommandé de manière systématique avec intégration au dossier médical. Cette recommandation est assez bien suivie pour les établissements bourguignons. L'intégration de la prise au dossier médical se fait plus facilement en cas d'enregistrement sur un support informatisé.

¹ Pour chacune de ces 3 proportions les non répondants sont inclus, ils sont respectivement de 6%, 3% et 6%.

H. Concertation dans l'établissement

Organisation de réunions pluridisciplinaires

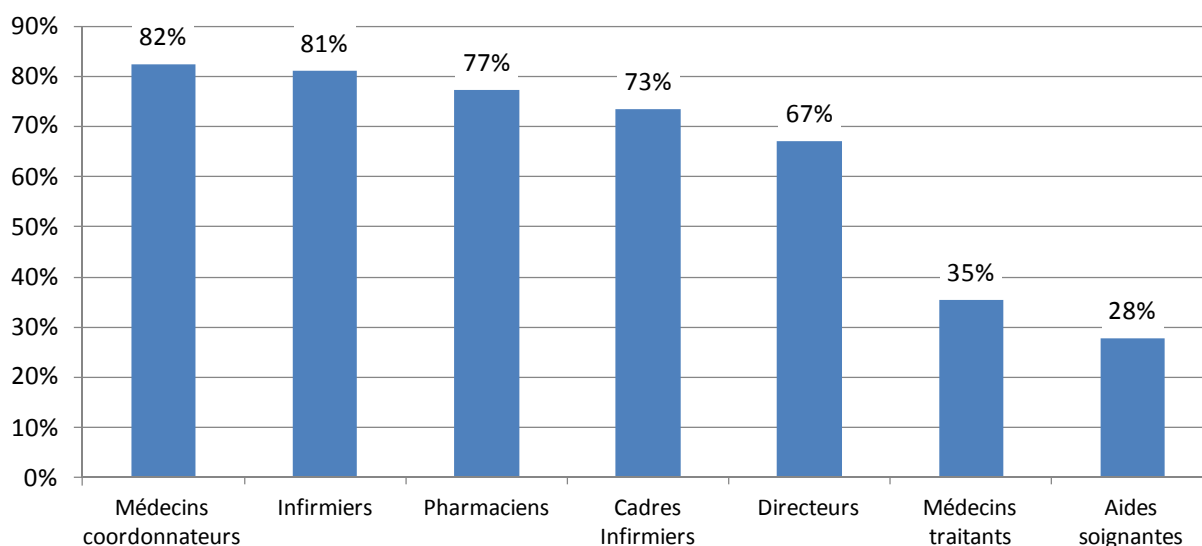
Des réunions pluridisciplinaires relatives à la sécurité du circuit du médicament sont organisées dans 37% des établissements ayant répondu. La fréquence de ces réunions varie de très rarement à une par semaine, la fréquence moyenne est d'environ 4 par an, la médiane est à 2 par an.

La proportion des EHPAD à forte capacité d'accueil organisant des réunions pluridisciplinaires (50%) est plus forte que celle des EHPAD à faible capacité (24%).

Professionnels participants

Les réunions organisées sur le circuit du médicament permettent l'expression de la plupart des professions concernées, seuls les médecins intervenant dans les EHPAD et les aides-soignantes sont peu présents à ces réunions (respectivement 35% et 27%).

Graphique 32 : Participants aux réunions sur le circuit du médicament



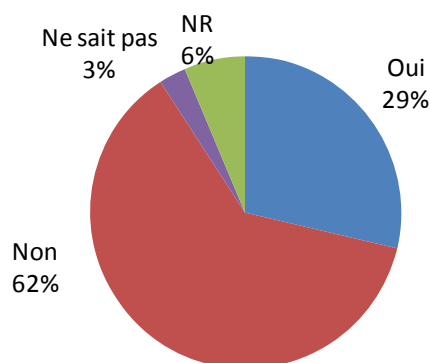
- La **réunion pluridisciplinaire** est l'occasion pour les différents acteurs d'identifier les points de faiblesses et les pistes d'amélioration de l'établissement au bénéfice du patient.
- Ce type de réunion n'est pas systématique dans les établissements bourguignons.
- A ce titre, il est indispensable de favoriser les échanges au sein des EHPAD, notamment par la recherche des conditions permettant la participation et l'implication plus fréquentes des médecins traitants.

I. Modifications déclarées dans les établissements depuis 2007

« Vous avez participé à l'enquête « le circuit du médicament dans les EHPA/EHPAD de Bourgogne » de 2007 ? »

Bien que 95% des EHPAD bourguignons aient participé à l'enquête de 2007, seuls 29% déclarent y avoir répondu. Ce chiffre reflète probablement le turn-over important du personnel, ainsi que la progression du nombre de conventions tripartites signées (nombre d'EHPAD passé de 216 en 2007 à 286 en 2013, soit 70 établissements supplémentaires).

Graphique 33 : Participation à l'enquête de 2007



« Depuis, vous avez procédé à des modifications dans votre organisation ? »

La forte proportion de non répondants à cette question (40%) n'autorise pas la généralisation des résultats à l'ensemble de l'échantillon.

Parmi ceux qui ont répondu « oui » à la question précédente (n=62), 81% ont procédé à des modifications depuis 2007 contre 45% pour ceux qui ont répondu « non » (n=62).

Cette différence est à relativiser car seulement la moitié des établissements ayant affirmé ne pas avoir participé à l'enquête de 2007 ont répondu à cette question (contre 98% pour ceux ayant affirmé avoir participé à l'enquête de 2007).

Les modifications réalisées depuis la précédente enquête portent sur tous les aspects du circuit du médicament :

- Amélioration de la traçabilité : système informatique spécialisé, classeurs pour traitements particuliers
- Sécurisation des ordonnances : limitation de la retranscription, validation écrite des prescriptions orales
- Changements dans l'organisation de la préparation : piluliers adaptés, arrêt du déconditionnement, préparation confiée à un pharmacien, utilisation d'un automate
- Changements dans la distribution des traitements : procédures d'identification (trombinoscope, traitements nominatifs), distribution confiée le plus possible aux infirmiers

Nombre de ces changements sont en lien avec l'informatisation des établissements qui s'est produite ces dernières années.

- L'augmentation importante du nombre d'EHPAD recensés entre les deux enquêtes correspond au changement de statut de nombreux établissements au profit du statut d'EHPAD par la signature de conventions tripartites. C'est en particulier le cas des unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que des logements foyers.

J. Comparaison des pratiques entre 2007 et 2013¹

Entre 2007 et 2013 deux grandes évolutions sont intervenues.

En premier lieu on retrouve **l'informatisation des établissements**, mentionnée à la question précédente, qui a eu de nombreuses répercussions sur le circuit du médicament :

- La proportion d'EHPAD disposant d'un logiciel de prescription est passée d'un quart en 2007 à plus de 80% en 2013
- La pratique de la retranscription a nettement diminué bien que la moitié des établissements la déclare encore (80% en 2007). Les établissements disposant d'un logiciel de prescription retranscrivent significativement moins.
- L'enregistrement des prises médicamenteuses sur un support a plus que triplé (71% en 2013 contre 23% en 2007). Dans deux tiers des cas, il se fait sur un support informatique.

En second lieu, **la formalisation des rapports entre les établissements et les officines de ville par la signature de conventions** :

- Cette pratique a considérablement progressé entre 2007 et 2013, passant de 29% à 56%. Elle permet d'améliorer la sécurité du circuit en limitant le nombre d'interlocuteurs. Ainsi, on observe une différence significative d'opinion sur la sécurité du circuit en fonction de la signature d'une convention : 88% des EHPAD signataires estimant leur circuit « tout à fait » ou plutôt « sûr » contre 72% chez les non signataires.
- Une des conséquences de la signature de conventions est l'externalisation de la préparation des traitements vers les pharmacies de ville. En 2013, sur la totalité des EHPAD, moins de la moitié prépare les traitements en son sein contre 70% en 2007. Cette plus faible proportion est d'autant plus marquée chez les signataires (28%).

En dehors de ces grandes évolutions, on constate une diminution de la participation des infirmières à la distribution : actuellement, dans seulement 3 établissements sur 10, les médicaments sont toujours distribués par les infirmières, alors qu'en 2007 cette proportion atteignait presque la moitié des établissements (45%). Cette diminution peut être la conséquence des évolutions de la réglementation puisque depuis 2009, tout aidant a la possibilité d'aider à la prise des médicaments sous certaines conditions.

Les autres évolutions constatées ne sont pas statistiquement significatives.

K. Difficultés soulevées par les participants

Les commentaires libres en fin de questionnaire ont été l'occasion pour les répondants de revenir sur plusieurs thèmes associés au circuit du médicament.

Les problèmes de ressources humaines reviennent le plus fréquemment qu'ils soient liés à un manque de professionnels (déserts médicaux, contraintes économiques) ; ou à un surplus d'intervenants (nombre de médecins dans certains établissements) fragilisant l'ensemble du circuit.

Les problèmes d'organisation sont aussi cités, notamment les relations entre les officines de ville et les établissements. Ces derniers proposent de limiter le nombre d'interlocuteurs et de mettre en place des PUI approvisionnant des regroupements d'EHPAD. Ils demandent également un soutien à l'acquisition d'automates, visant à la fois une maîtrise des dépenses et une amélioration de la sécurité du circuit.

Enfin les médecins coordonnateurs rapportent des difficultés concernant la prescription : action de conseil auprès des médecins intervenants parfois mal comprise, manque de temps nécessaire à la mise à jour du livret thérapeutique.

¹ Les proportions de ce paragraphe sont calculés après exclusions des non répondants pour faciliter la comparaison entre les deux enquêtes (2007 et 2013)

III. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

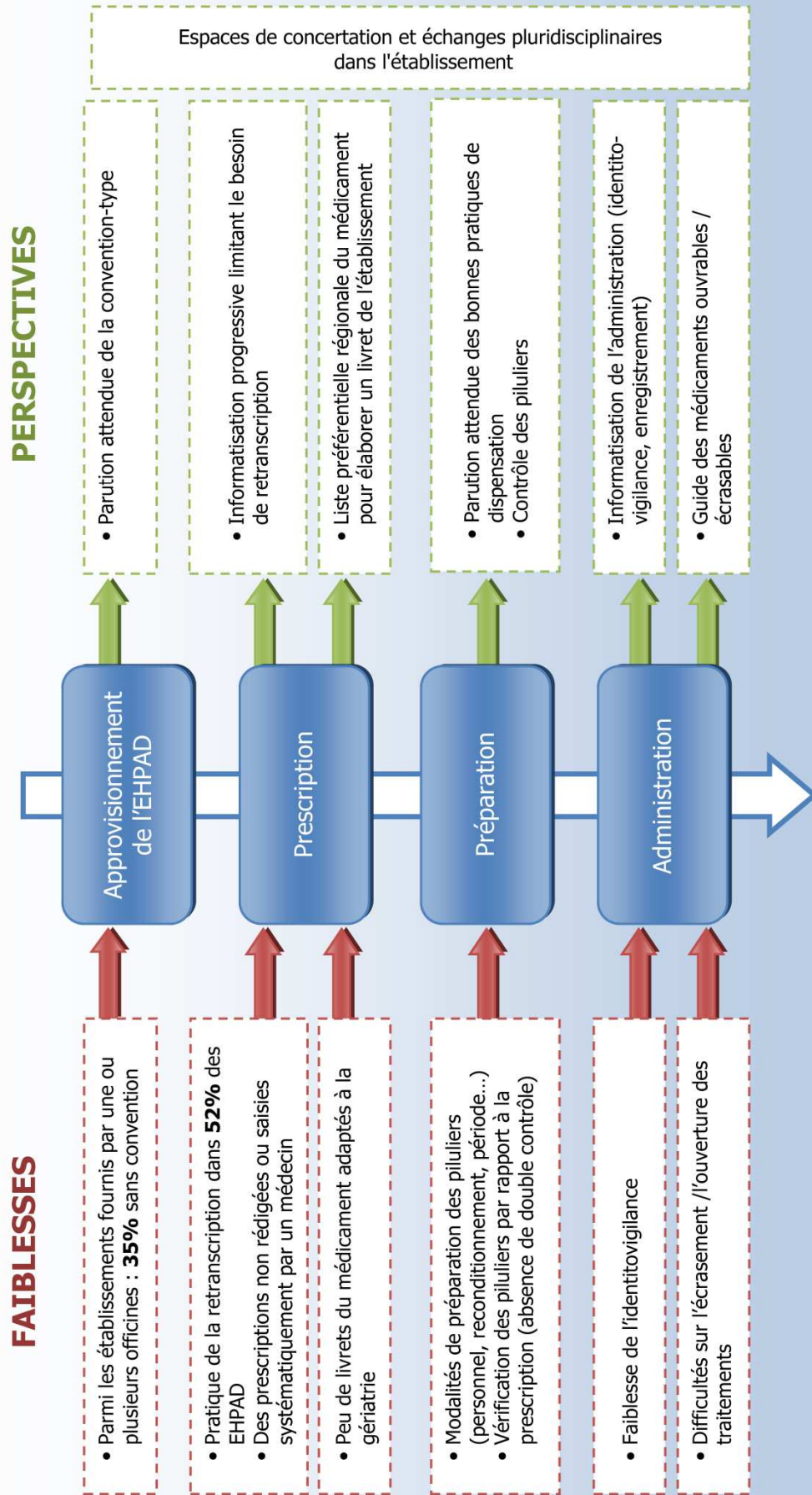
Les non répondants n'ont pas été inclus dans le calcul des pourcentages sur ce tableau pour faciliter les comparaisons (pour 2007 comme pour 2013).

	Enquête de 2013	Enquête de 2007	
Opinion			
Opinion très favorable sur la sécurité du circuit du médicament	13,5%	15,2%	NS
Difficulté(s) l'année précédente dans la sécurisation du circuit	34,3%	30,7%	NS
Approvisionnement			
Approvisionnement par une PUI	19,2%	ND	
Signature d'une convention avec une pharmacie	56,4%	28,7%	***
Prescription			
Présence d'un logiciel de prescription	80,7%	25,4%	***
Les prescriptions sont toujours rédigées ou saisies informatiquement par les médecins	70,1%	76,9%	NS
Les ordonnances sont retranscrites	51,9%	79,7%	***
Livret thérapeutique			
Présence d'un livret thérapeutique	33,0%	ND	
Intégration du livret dans le logiciel de prescription	60,0%	ND	
Préparation des médicaments			
La préparation se fait dans l'EHPAD (hors PUI)	42,6%	69,7%	***
Dans le cas de préparation dans l'EHPAD, les traitements sont reconditionnés	44,2%	ND	
Le reconditionnement des traitements se fait de façon manuelle	97,4%	86,5%	NS
Dans le cas de préparation dans l'EHPAD, les traitements sont préparés pour une durée hebdomadaire	90,3%	83,5%	NS
Administration			
Les médicaments sont toujours administrés par l'infirmier	31,1%	44,9%	*
L'ouverture/ l'écrasement est toujours validé par le médecin/ pharmacien	20,3%	ND	
Un document indique les médicaments non écrasables/ non ouvrables	43,4%	ND	
Concernant l'écrasement des médicaments, un système pour tous les patients est utilisé	65,4%	ND	
Il existe une procédure pour s'assurer de l'identité des patients juste avant l'administration	51,6%	57,5%	NS
La prescription est toujours vérifiée avant l'administration	31,9%	30,4%	NS
La prise effective des médicaments est enregistrée sur un support	70,6%	23,2%	***
Concertation dans l'établissement			
L'établissement organise des réunions pluridisciplinaires sur la thématique du circuit du médicament	37,5%	ND	
Par rapport à l'enquête de 2007			
L'établissement a participé à cette enquête	30,7%	-	
Depuis 2007, des modifications ont été faites	64,4%	-	
Des modifications sont actuellement en cours	56,3%	-	
Caractéristiques de l'établissement			
Capacité installée totale supérieure ou égale à 75 lits	53,0%	50,8%	NS
Un médecin coordonnateur est nommé	85,5%	81,6%	NS
Un pharmacien référent est nommé	51,9%	ND	
Nombre moyen de médecins intervenant dans l'établissement	11,3	12,1	NS

ND : non disponible

NS : différence Non statistiquement Significative / * : différence significative / ** différence très significative / *** différence hautement significative

Le circuit du médicament en EHPAD : faiblesses et perspectives



IV. CONCLUSION

En 2007, une première enquête réalisée sur le circuit du médicament des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA, EHPAD, foyer-logement) en Bourgogne, avait été l'occasion de dresser un état des lieux des pratiques et de sensibiliser les établissements à la sécurité de leur circuit du médicament. Dans les suites, des recommandations de bonnes pratiques avaient été largement diffusées dans la région.

En 2012, l'ARS a souhaité mettre à jour les données sur l'organisation du circuit du médicament afin d'objectiver les évolutions intervenues entre les deux études et de répertorier les différentes listes préférentielles de médicaments.

En 2013, une nouvelle enquête descriptive déclarative, répondant à ces missions, a été menée auprès de l'ensemble des EHPAD bourguignons par l'ORS. Le premier constat est l'intérêt non démenti porté à la thématique comme en témoigne le fort taux de participation.

L'enquête a aussi été l'occasion de constater les améliorations de l'organisation : approvisionnement et préparation, traçabilité, sécurisation des prescriptions et de l'administration (importance de l'informatisation). Néanmoins et malgré la persistance d'une opinion globalement favorable des établissements sur la sécurité de leur circuit, certaines pratiques restent perfectibles (rédaction ou saisie des ordonnances par les médecins, validation de l'écrasement des médicaments, vérification de l'identité et de la prescription avant administration...).

Les travaux en cours au sein de l'ARS et notamment, la création d'une liste préférentielle de médicaments régionale réalisée par un groupe de travail composé d'intervenants locaux ou encore un guide des médicaments écrasables, pourront contribuer à l'amélioration de ces pratiques.

Annexe 1 : Démographie et offre d'hébergement en Bourgogne

Population bourguignonne âgée de 60 ans et plus

Au 1^{er} janvier 2012, la Bourgogne compte 1 646 600 habitants, dont 457 859 de plus de 60 ans, soit environ un quart de la population (4^{ème} rang national). La proportion d'individus de plus de 60 ans dans la population totale a progressé de 2% entre 2008 et 2012 au niveau national comme régional.

Le taux brut de mortalité est de 10,6 pour 1 000 habitants, ce qui classe la Bourgogne au deuxième rang national derrière le Limousin (France métropolitaine : 8,4).

L'indice de vieillissement, c'est-à-dire le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 habitants de moins de 20 ans, est de 87,9 (France métropolitaine : 70,7).

Ces indicateurs globaux placent la Bourgogne comme une des régions les plus vieillissantes de France.

Tableau 1 : Population âgée de Bourgogne au 1^{er} janvier 2012

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage de la population totale	Pourcentage en 2008
60-64 ans	119 739	7,3 %	5,9 %
65-69 ans	84 782	5,1 %	4,6 %
70-74 ans	70 659	4,2 %	4,6 %
75-79 ans	67 678	4,1 %	4,3 %
80-84 ans	57 112	3,5 %	3,4 %
85 ans et plus	57 889	3,5 %	2,9 %
Total en Bourgogne	457 859	27,8 %	25,8 %
Total en France métropolitaine	14 999 370	23,7 %	21,9 %

Source : Insee

Avec un indice de vieillissement de 120, la Nièvre est le département le plus « vieillissant » de Bourgogne, devant la Saône-et-Loire (98), l'Yonne (87) et la Côte d'Or (75).

Tableau 2 : Population âgée par département au 1^{er} janvier 2012

Tranche d'âge	Côte-d'Or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
60-64 ans	34 822	18 302	41 035	25 580
65-69 ans	24 026	12 840	30 434	17 842
70-74 ans	19 169	11 342	25 638	14 510
75-79 ans	17 958	10 968	26 643	14 109
80-84 ans	15 507	9 197	20 676	11 732
85 ans et plus	16 286	9 433	20 438	11 732
Total	127 768	72 082	162 864	95 145
Proportion dans la population totale	24,3%	32,7%	29,2%	27,7%
Évolution depuis 2008	+2,3%	+2,3%	+2,0%	+2,0%
Indice de vieillissement	75,7	120,2	97,7	86,5
Taux de mortalité*	8,6	13,6	11,0	10,4

*Taux de mortalité pour 1000 habitants

Source : Insee

Offre d'hébergement pour les personnes âgées

La Bourgogne compte, au 1^{er} janvier 2012, 336 établissements d'hébergement pour personnes âgées. La plupart d'entre eux sont des maisons de retraite (290) mais la région compte également 46 logements-foyers. Sur la région, 275 établissements ont signé une convention tripartite, acquérant ainsi le titre d'EHPAD, ils peuvent appartenir aux deux types de structures précitées.

Le taux d'équipement de Bourgogne est supérieur à celui de la France (144,4 lits versus 126,6 lits pour 1 000 hab. de 75 ans ou plus). Le nombre de places en institution par département augmente progressivement, toutefois, depuis 1995, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus augmente plus rapidement, dans la région comme au niveau national.

Cette tendance fait légèrement diminuer les taux d'équipements, correspondant au nombre de lits pour personnes âgées dans les différentes structures médico-social pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, ceux-ci sont passés de 147,6 en 2005 à 144,4 en 2012.

Tableau 3 : Structures d'hébergement en Bourgogne et France métropolitaine au 1^{er} janvier 2012

Hébergement permanent	Bourgogne	France métropolitaine
Maison de retraite		
Nombre d'établissements	290	7 271
Nombre de lits	21 946	540 268
Logement Foyer		
Nombre d'établissements	46	2 540
Nombre de logement	3 263	140 870
EHPAD *		
Nombre d'établissements	275	7 057
Nombre de lits	21 633	544 815
Hébergement temporaire		
Nombre de lits	384	8 674
Taux d'équipement en structure d'hébergement complet pour personnes âgées**	144,4	126,6

* en maisons de retraite ou logements foyers

** lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergements temporaires

Calcul pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus

Source : Statiss, Finess

Les différentes structures sont globalement réparties en fonction du poids démographique de chaque département : la Saône et Loire en compte le plus, la Nièvre en compte le moins.

Rapporté à la population des plus de 75 ans, la Nièvre détient le plus faible taux d'équipement en Bourgogne. Il est un peu inférieur à celui des autres départements de la région, s'établissant à 133 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 153 lits pour l'Yonne, département le mieux doté.

Tableau 4 : Structures d'hébergement par département au 1^{er} janvier 2012

Hébergement permanent	Côte d'or	Nièvre	Saône et Loire	Yonne
Maison de retraite				
Nombre d'établissements	88	26	94	72
Nombre de lits	6 156	3 160	7 199	5 431
Logement foyer				
Nombre d'établissements	5	7	32	2
Nombre de logement	245	404	2 040	101
EHPAD*				
Nombre d'établissements	81	35	94	69
Nombre de lits	5 977	3 200	7 133	5 323
Hébergement temporaire				
Nombre de lits	146	13	129	85
Taux d'équipement en structure d'hébergement complet pour personnes âgées**	140,8	133,1	146,9	153,3

* en maisons de retraite ou logements foyers

** lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergements temporaires

Calcul pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus

Source : Drass, Insee

Annexe 2 : Expérimentation nationale : « Réintégration des médicaments dans le forfait soin des EHPAD »

Présentation de l'expérimentation

En 2009, dans un double objectif de sécurisation du circuit du médicament et de maîtrise des dépenses, le gouvernement a souhaité lancer une expérimentation sur les modalités de financement des EHPAD. En effet, les résidents de ces établissements étaient et sont toujours considérés par la sécurité sociale comme vivant à domicile, leurs médicaments leur sont directement remboursés par l'enveloppe soins de ville de l'assurance maladie.

Pour que les EHPAD aient un œil plus attentif sur les prescriptions une expérimentation a été lancée sur un panel ne disposant pas de PUI. Ils se sont vu intégrer les dépenses liées au médicament dans leur forfait « soins » : l'achat des traitements remboursés comme non remboursés devenait la responsabilité des EHPAD expérimentateurs.

En 2012, une modification du recueil de données de la caisse primaire d'assurance maladie a permis de connaître les dépenses en médicaments des résidents en EHPAD et a ainsi permis la constitution d'un échantillon dit « miroir », disposant de caractéristiques proches des EHPAD expérimentateurs mais restant sur le mode classique de financement des traitements.

Deux rapports ont été commandés à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur cette expérimentation. Dans chacun de ces rapports elle a recommandé la non-généralisation et l'arrêt de l'expérimentation devant les difficultés d'organisation et le manque d'intérêt financier.

En particulier, celui de la deuxième étude qui a permis d'aborder l'aspect quantitatif avec la comparaison entre les EHPAD expérimentateurs et miroirs.

Résultats de la comparaison entre établissements expérimentateurs et « miroirs »

Les EHPAD « miroirs » ont probablement les résultats qui estiment le mieux ce qui se passe dans les EHPAD bourguignons sans PUI.

En Bourgogne, 8 établissements participaient à l'expérimentation (164 au niveau national). Le principal résultat de cette expérimentation a été de constater un nombre de médicaments prescrits par patient supérieur dans les EHPAD expérimentateurs par rapport aux EHPAD miroirs de mêmes caractéristiques (au niveau national 7,56 molécules par patient chez les expérimentateurs contre 6,67 chez les « miroirs »). Motivant la recommandation, par l'IGAS, d'arrêt de l'expérimentation.

Cette expérimentation a par ailleurs permis d'avoir des données sur l'importance de grandes classes thérapeutiques dans les prescriptions des résidents. On observe globalement très peu de différences entre les 3 types d'établissements, seuls les diurétiques paraissent beaucoup moins prescrits dans les établissements miroirs par rapport aux établissements expérimentateurs.

Les antihypertenseurs sont la classe la plus prescrite, ils représentent 13% des médicaments de l'ordonnance moyenne. Les médicaments agissant sur le système nerveux central (psychotropes) représentent, en additionnant les différentes classes (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, hypnotiques), environ 18% des médicaments de l'ordonnance moyenne.

Tableau 5 : Prescriptions par patient et présence de la classe thérapeutique en fonction du type d'EHPAD

	EHPAD expérimentateurs bourguignons		EHPAD expérimentateurs nationaux		EHPAD « miroirs » nationaux	
	Nb moyen/résident	%	Nb moyen/résident	%	Nb moyen/résident	%
Antihypertenseurs	0,97	13%	0,89	12%	0,85	13%
Antidépresseurs	0,44	6%	0,45	6%	0,42	6%
Anxiolytiques	0,42	6%	0,41	5%	0,34	5%
Diurétiques	0,36	5%	0,35	5%	0,07	1%
Neuroleptiques	0,33	4%	0,25	3%	0,17	3%
Hypnotiques	0,17	2%	0,26	3%	0,21	3%
Anti-cholinestérasiques*	0,2	3%	0,22	3%	0,21	3%
Total des 7 classes	2,89	39%	2,83	37%	2,27	34%
Molécules prescrites	7,45	100%	7,56	100%	6,67	100%

* et mémantines

Source : Rapport IGAS 2011 et 2012 sur l'expérimentation, CNAM, Réponses des EHPAD expérimentateurs régionaux ; janvier 2012

Annexe 3 : Liste des personnes consultées

- * Annabelle POILLOTTE, pharmacienne à la pharmacie point du jour à Talant
- * Frédéric PROUX pharmacien à la pharmacie du Petit Citeau à Dijon et représentant URPS pour les pharmaciens
- * Dr Béatrice TAVERNIER, gériatre à l'EHPAD de Champmaillot, présidente de la société de gérontologie de l'Est
- * Dr Didier MENU, Médecin conseil à la MSA Bourgogne
- * Dr Samy JAFFRÉ, Médecin coordonnateur EHPAD dans la Nièvre
- * Dr Ludwig Serge AHO GLÉLÉ (chef de service et praticien hospitalier), Dr Karine ASTRUC (praticien hospitalier) et Graziella GUERRE (cadre), service d'hygiène hospitalière du CHU de Dijon

Annexe 4 : Questionnaire



Cette étude vise à analyser les pratiques actuelles en matière de prescription et de délivrance des médicaments dans les établissements de la région pour proposer des pistes d'amélioration

Circuit du médicament dans les EHPAD de Bourgogne

À ce jour, vous pensez que le circuit du médicament (allant de la prescription à l'administration) au sein de votre établissement est sécurisé :

oui tout à fait oui plutôt non pas vraiment non pas du tout

Cette année, vous avez connu des difficultés dans ce domaine :
 oui non Si oui, lesquelles :

APPROVISIONNEMENT DE L'EHPAD

Vous êtes approvisionné par :

- la pharmacie à usage intérieur (PUI) propre à l'EHPAD
- une PUI d'un hôpital dont vous dépendez juridiquement
- la PUI d'un autre hôpital
- une pharmacie de ville
- plusieurs pharmacies de ville

Vous avez signé une convention avec le(s) pharmacien(s) d'officine :
 oui non

PRESCRIPTION

Vous disposez d'un logiciel de prescription : oui non

Les prescriptions, qu'elles soient rédigées ou saisies informatiquement, sont réalisées par les médecins :

- toujours habituellement parfois jamais

Les prescriptions font l'objet d'une retranscription au cours d'une des étapes du circuit du médicament : oui non

Les modifications de traitement (anticoagulants, antipyrétiques, entalgiques...) font l'objet d'une nouvelle prescription médicale écrite (dont fax ou courriel) préalable : oui, toujours oui, souvent non, mais dans les 24h suivantes non

Vous disposez d'une liste de médicaments préférentielle / un livret du médicament : oui non

Si oui :

- ✓ La liste/le livret a été diffusé :
 - à tous les médecins prescripteurs seulement aux médecins intéressés au(x) pharmacien(s) est à disposition
 - ✓ Le livret est intégré dans le logiciel de prescription : oui non
 - ✓ Le document est respecté : oui toujours oui la plupart du temps oui parfois non jamais ne sait pas
- Qui a participé à sa rédaction (plusieurs réponses possibles) :
- médecin coordonnateur médecins traitants
 - pharmacien référent ou de PUI autre pharmacien d'officine
 - autre

Quels ont été les critères pour sélectionner les médicaments ?

.....

.....

Si non : cela a déjà été évoqué c'est en cours de réalisation
 échec du projet cela n'a jamais été envisagé, pourquoi :

.....

Quels ont été les éventuels freins à la réalisation de ce document ?

.....

.....

Merci de transmettre une copie du livret à l'ARS (Anne-Sophie.LANG@ars.sante.fr)
 A joindre de manière indépendante au questionnaire.

PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS

La préparation individuelle des doses administrées pour chaque patient est réalisée par : la (les) pharmacien(s) de ville le personnel de la PUI l'EHPAD

Dans le cas de préparation dans l'EHPAD, les traitements sont

- ✓ préparés par (plusieurs réponses possibles):
 - le pharmacien l'infirmier le résident / la famille
 - autre, précisez :

CONCERTATION DANS L'ÉTABLISSEMENT

Vous organisez des réunions pluridisciplinaires sur la thématique du circuit du médicament : oui non

Si oui, à quelle fréquence :

- participe(nt) : la direction le médecin coordonnateur
 des médecins libéraux les cadres infirmiers les infirmiers
 les aides-soignants le pharmacien

PAR RAPPORT À L'ENQUÊTE « LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT DANS LES EHPA/EHPAD DE BOURGOGNE » EN 2007

Vous avez participé à cette enquête : oui non
Depuis, vous avez procédé à des modifications dans votre organisation :
 oui non

Si oui précisez :

Des modifications sont en cours : oui non

Si oui, lesquelles :

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

Capacité installée totale : < 75 ≥ 75

Un médecin coordonnateur est nommé : oui non

Un pharmacien référent est nommé : oui non

Nombre de médecins traitants amenés à voir des résidents :

Personne remplissant le questionnaire :

- médecin coordonnateur directeur infirmière
 cadre infirmier pharmacien autre :

*Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire et de le retourner avant le 10 février 2013 par voie postale ou électronique.
adresse internet : www.enquete-orsbrg.fr/limesurvey/index.php?id=82463*



Pour tout renseignement contacter :

L'Observatoire régional de la santé de Bourgogne
Parc de Mirande 14 H rue Pierre de Coubertin - 21000 DIJON
Tél : 03 80 65 08 10 - ors.brg@wanadoo.fr

- ✓ reconditionnés : oui non
si oui : de façon manuelle de façon mécanique
✓ pour une durée : journalière hebdomadaire mensuelle
 autre, précisez :

ADMINISTRATION DES FORMES ORALES SÈCHES

Les médicaments sont administrés par :

- infirmier : toujours souvent parfois jamais
- l'aide-soignant : toujours souvent parfois jamais
- autre, précisez :

L'ouverture et l'écrasement d'un médicament sont validés par le médecin ou le pharmacien : toujours souvent parfois jamais

Un document indique quels médicaments ne doivent pas être ouverts/écrasés : oui non

Concernant l'écrasement des médicaments, vous utilisez :

- un système pour tous les patients, nettoyé :
 entre chaque utilisation entre chaque distribution
 autre :

du matériel à usage unique

autre :

Il existe une procédure pour s'assurer de l'identité du patient avant l'administration du traitement : oui non

Si oui laquelle :

Une vérification de la prescription est réalisée au moment de l'administration : toujours souvent parfois jamais

La prise ou l'administration effective des médicaments est enregistrée sur un support : oui non

Si oui, lequel : papier informatique

Dans le dossier du patient : oui non

Annexe 5 : Lettre accompagnant le questionnaire



Dijon, le 9 janvier 2013

Le directeur général de l'agence régionale de santé
de Bourgogne,

à

Mesdames, Messieurs les Directeurs
des Etablissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes
de Bourgogne

DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE

Département prévention et gestion des risques et
des alertes sanitaires
Unité d'expertise pharmaceutique et biologique,
vigilances et gestion des risques liés aux soins

Affaire suivie par : Hélène DUPONT
Courriel : ars-bourgogne-dsp-pharmacie@ars.sante.fr
Téléphone : 03.80.41.99.04
Télécopie : 03.80.41.99.54

Madame, Monsieur le directeur,

L'agence Régionale de Santé (ARS) souhaite procéder à un **état des lieux des pratiques dans le domaine du circuit du médicament** au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), afin de connaître les difficultés des professionnels et de les aider à améliorer leurs pratiques.

Cette étude, dont la réalisation est confiée à l'Observatoire Régional de Santé (ORS), a été validée le 19/12/2012 par un comité de pilotage composé de représentants des acteurs institutionnels, des professionnels de santé, des structures, des fédérations et des usagers.

Je vous saurai gré de répondre au **questionnaire anonyme** ci-joint en lien avec la ou les personnes en charge des différents aspects de ce sujet dans votre établissement. Merci de répondre à ce questionnaire **en ligne** à l'adresse qui vous a été communiquée par courriel et qui figure sur le questionnaire **avant le 10/02/2013**. Pour toute question, n'hésitez pas à contacter l'ORS au 03.80.65.08.10, ou par courriel : ors.brg@wanadoo.fr.

Parallèlement à cette enquête, un groupe technique a été constitué afin d'élaborer une liste régionale préférentielle de médicaments à utiliser en EHPAD. Il s'appuiera sur **les listes thérapeutiques déjà existantes** en région. C'est pourquoi, si vous en utilisez une, je vous remercie de l'envoyer dès à présent à l'adresse suivante : Anne-Sophie.LANG@ars.sante.fr ou bien par voie postale.

Une réunion de restitution des résultats sera organisée à l'ARS en avril 2013 et vous serez destinataire d'une synthèse qui vous permettra de vous situer par rapport au niveau général des pratiques dans le domaine du circuit du médicament dans les EHPAD de Bourgogne.

Sûr de l'importance que vous accorderez à cette enquête et vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Général de l'ARS Bourgogne,
La Directrice de la Santé Publique

Francette MEYNARD

Le Diapason - 2 place des Savoirs - CS 73535 - 21035 - DHON cedex
Standard : 08 20 20 85 20

Annexe 6 : Textes législatifs

Article L313-12 (code de l'action sociale et des familles) : alinéa I, concernant **les EHPAD** :

Version modifiée du 23 décembre 2011

I.-Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de [l'article L. 312-1](#) du présent code et les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à [l'article L. 232-2](#) que s'ils ont passé au plus tard le 31 décembre 2007 **une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel**, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux. La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.[...]

Article L313-12 (code de l'action sociale et des familles) : alinéa V, concernant **le médecin coordonnateur** :

Version modifiée du 23 décembre 2011

V.-Le personnel des établissements mentionnés au I comprend un médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à [l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale](#). A cette fin, **il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent** mentionné au premier alinéa de [l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique](#). Ses autres missions sont définies par décret. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à [l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale](#). Le personnel des établissements publics mentionnés au I peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par [l'article L. 6152-1 du code de la santé publique](#). Les établissements privés mentionnés au I peuvent faire appel à ces praticiens dans les conditions prévues par les statuts de ces derniers

Article L5126-6-1 (code de la santé publique) : sur la convention et **le rôle des pharmaciens référents** :

Version modifiée du 26 février 2010

Les établissements mentionnés au 6° du I de [l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#) qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein. **La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de [l'article L. 313-12](#) du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.**

Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements au directeur général de l'agence régionale de santé ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et par les pharmaciens au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

Les conventions doivent reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article R4311-4 (code de la santé publique) : sur l'**administration** par les aides soignantes.

Version du 8 août 2004

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, **l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques** qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article L313-26 (code de l'action sociale et des familles): sur l'**aide à la prise** médicamenteuse

Version modifiée du 23 juillet 2009

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.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique articles L5126-1 à L5126-14 (Version modifiée du 26 février 2010).
2. Lancry JP. Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration de budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2009.
3. Direction générale de l'action sociale, Direction de la sécurité sociale, Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie. Circulaire n°DGAS/2C/DSS/1C/CNSA/2009/195 du 6 août 2009.
4. P. Naves, M. Dahan. Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur. IGAS ; janvier 2011 ; 100 pages
5. M. Thierry. Evaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD. IGAS ; Novembre 2012 ; 79 pages
6. P.-Y. Bocquet, M. Peltier. Mission sur la gestion du risque. IGAS ; 2010 ; 8 pages.
7. Assurance maladie, DDGOD, DOS, DHOSPI-DSES, DEOS. Expérimentation de la réintégration des médicaments, résultats de l'échantillon miroir. 2012.
8. ARS Rhône-Alpes. Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; Guide. Mars 2012 ; 37 pages.
9. J. Doucet. Médicaments écrasés en Gériatrie: de l'évaluation aux recommandations. Objectif de l'étude initiale (juin 2009). Mai 2010.



Observatoire régional de la santé de Bourgogne
Parc de Mirande
14 H rue Pierre de Coubertin
21000 DIJON

 03 80 65 08 10
 Ors.Brg@wanadoo.fr

Fax 03 80 65 08 18
Site : ors-bourgogne.org