

Master 2^{ème} année
**Management Sectoriel, Parcours « Management des
Organisations Soignantes »**

Projet managérial

Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD sans PUI : de
la contrainte réglementaire à la stratégie de conduite du
changement

ECUE 7.2
P. FARNAULT / A. KHELIL

Marie-Charlotte MARAIS
Année 2024/2025

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à **Mme Vidal**, directrice de l'établissement, pour sa disponibilité constante et son soutien indéfectible tout au long de ce projet. Son engagement et sa confiance ont été des moteurs essentiels à la réussite de cette démarche.

Je remercie également **Dr Anne Thibault**, médecin coordonnateur, dont l'accompagnement bienveillant, la douceur et la volonté positive ont été d'une aide précieuse. Sa présence rassurante et son approche éclairée ont grandement contribué à instaurer un climat serein et constructif.

Un immense merci aux équipes soignantes de l'**EHPAD Degommier**, qui ont su s'adapter malgré mes absences induites par ma formation et ont toujours été présentes malgré les défis rencontrés. Leur implication, leur patience et leur professionnalisme ont été des piliers indispensables dans la mise en place de ce projet.

Je tiens aussi à saluer le soutien inconditionnel de **ma mère**, dont la patience remarquable et l'expertise en grammaire et orthographe m'ont été précieuses. Elle a été ma fidèle relectrice, accompagnant chacun de mes travaux depuis l'école des cadres jusqu'au Master 1 et 2. Ma famille, toujours présente et croyant en moi depuis le début, mérite également toute ma reconnaissance.

Je ne saurais oublier **l'équipe exceptionnelle de l'ESM**, dont l'énergie, la solidarité et l'engagement ont rendu cette expérience encore plus enrichissante. Sans eux, cette aventure aurait été bien différente.

Enfin, un merci tout particulier à **Thibault**, mon conjoint, dont le soutien sans faille et la présence à mes côtés ont rendu ce projet possible. Son encouragement et son appui m'ont donné la force de mener à bien cette initiative.

« Les individus ne résistent pas au changement en lui-même, mais plutôt à la manière dont il est géré »

William Bridges

Table des matières

INTRODUCTION	4
1. Le cadre contextuel	5
1.1 Le vieillissement en France aujourd'hui	5
1.2 Les EHPAD.....	6
1.2.1 Les missions des EHPAD	6
1.2.2 Les différents modes de gestion	6
1.2.3 L'organisation des EHPAD en France.....	7
1.2.4 Les défis des EHPAD.....	8
1.3 L'EHPAD Degommier.....	8
1.3.1 Son mode de financement	11
1.3.2 Son organisation	11
1.3.3 Ses défis	12
1.4 Le circuit du médicament en EHPAD	13
1.4.1 Les étapes du Circuit du Médicament et son cadre réglementaire	14
1.4.2 L'erreur médicamenteuse	19
1.4.3 Les causes des erreurs médicamenteuses	20
1.5 Repenser l'organisation : Vers une nouvelle vision des soins.....	21
1.6 La conduite du changement selon David Autissier	22
1.6.1 Le diagnostic.....	22
1.6.2 L'accompagnement.....	23
1.6.3 Le pilotage	23
1.7 Application de la théorie de la gestion des risques de Georges Dionne.....	23
1.7.1 L'identification des risques	24
1.7.2 L'évaluation des risques	24
1.7.3 La gestion et réduction des risques.....	24
1.7.4 Le suivi et Évaluation Continue.....	24
2 Le projet.....	25
2.1 La méthodologie de projet	25
2.2 Phase d'initiation du projet : le benchmarking.....	25
2.3 L'analyse initiale au projet.....	26
2.3.1 Cartographie des différents professionnels	26
2.3.2 Cartographie des processus et des risques potentiels	28
2.3.3 Les objectifs SMART.....	30
2.3.4 Analyse SWOT	31
2.3.5 Analyse des ressources.....	34
2.3.6 Le triangle de la performance	34

2.4	Les indicateurs de qualité et sécurité des soins	35
2.5	La planification du projet.....	36
2.6	Le plan d'action	37
2.6.1	La prescription.....	39
2.6.2	La dispensation	39
2.6.3	Le transport/ la livraison.....	40
2.6.4	La détention/le stockage	41
2.6.5	L'administration.....	41
2.6.6	L'amélioration continue de la qualité	42
2.7	Leadership et chef de projet : conduire le changement pour sécuriser les pratiques	43
2.7.1	La gestion de la résistance au changement	45
2.7.2	L'accompagnement de l'équipe.....	46
2.8	Les facteurs contributifs à l'avancement du projet	48
2.8.1	L'implication de la Direction.....	48
2.8.2	L'implication du Personnel.....	48
2.8.3	La collaboration interdisciplinaire	48
2.8.4	Le soutien externe.....	49
2.9	Les points de difficulté dans l'avancement du projet.....	49
2.9.1	Le management intergénérationnel	49
2.9.2	La gestion des ressources humaines	50
2.9.3	L'inclusion du médecin prescripteur	50
2.9.4	L'investissement financier	51
2.9.5	L'agencement des locaux	51
2.10	Les résultats	52
2.10.1	Le coût du projet	52
2.10.2	Les indicateurs de suivi	53
2.11	L'évaluation du projet.....	57
2.11.1	Mesurer les impacts via la roue de Deming	57
2.11.2	L'impact du projet sur les organisations et les pratiques professionnelles 57	
2.11.3	L'impact sur le management	58
2.12	La pérennisation du projet.....	59
	CONCLUSION.....	60
	BIBLIOGRAPHIE.....	61
	Table des annexes.....	65

Liste des sigles utilisés

AES : Accompagnant Éducatif et Social.

AMP : Aide-Médico-Psychologique

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CDD : Contrat à Durée Déterminé

CNR : Crédit Non Reconductible

CSP : Code de la Santé Publique

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

EHPAD : Etablissement pour Personne Agée Dépendante

EIGS : Evènements Indésirables Graves associés aux Soins

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ESSEC : École Supérieure des Sciences Économiques et Commerciales

ETP : Equivalent Temps Plein

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale

GIR : Groupe-Iso-Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMEO : Innovation Managériale et Excellence Opérationnelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEDCO : Médecin coordonnateur

PATHOS : Pathologies - Analyse - Traitements - Hospitalisation - Organisation - Suivi

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PMP : PATHOS Moyen Pondéré

REX : Retour d'expérience

SEGAH : Service public Essonnien du Grand Âge et du Handicap

INTRODUCTION

Chaque jour, dans les couloirs de l'Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) Degommier, des équipes soignantes œuvrent pour garantir la sécurité et le bien-être des résidents. Pourtant, derrière cette routine bien huilée, une problématique majeure subsiste : la gestion du circuit du médicament. Trop souvent, des erreurs de prescription, des défauts d'approvisionnement ou une traçabilité insuffisante viennent perturber le travail des professionnels et fragiliser la sécurité des résidents.

Cette réalité est d'autant plus complexe que l'établissement ne dispose pas de **pharmacie à usage intérieur (PUI)**, ce qui implique une dépendance accrue vis-à-vis d'une officine de ville, et rend plus difficile le contrôle de chaque maillon du circuit. Face à ces constats, la nécessité d'une transformation apparaît comme une évidence, non seulement pour répondre aux exigences réglementaires, mais aussi pour garantir une prise en soins optimale, fiable et sécurisée.

L'Agence Régionale de Santé (ARS), dans ses recommandations, insiste sur l'importance d'une sécurisation renforcée du circuit du médicament en EHPAD. Toutefois, la mise en conformité ne peut se réduire à une simple obligation administrative : elle doit s'inscrire dans une stratégie globale, conjuguant amélioration continue, gestion des risques, conduite du changement et valorisation des compétences des équipes soignantes. Cette approche constitue le cœur du projet managérial ici présenté, qui vise à identifier les dysfonctionnements, analyser les causes sous-jacentes, puis déployer un plan d'action structuré adapté aux réalités du terrain.

Transformer un système existant implique bien plus qu'un simple ajustement des procédures. Il s'agit de mobiliser les équipes, de gérer les résistances au changement et d'impulser une dynamique nouvelle favorisant l'adhésion de tous les professionnels. C'est pourquoi ce projet repose sur des fondements méthodologiques solides : la conduite du changement selon David Autissier et la gestion des risques selon Georges Dionne, deux approches complémentaires qui permettent de réduire les erreurs médicamenteuses, fluidifier la communication entre les acteurs et renforcer l'organisation des soins.

L'EHPAD Degommier servira de terrain d'expérimentation, où seront testées et ajustées les nouvelles mesures avant un éventuel déploiement dans deux établissements partenaires. Bien que cette extension ne soit pas développée ici, elle s'inscrit dans une vision à plus long terme de généralisation des bonnes pratiques. La mise en conformité du circuit du médicament et la certification des pratiques restent des objectifs majeurs, au service d'un cadre de soins sécurisé et efficient.

Cette transformation s'articule autour de **trois grandes phases**, pensées pour inscrire le changement dans la durée. D'abord, une phase d'analyse approfondie du contexte : les enjeux du vieillissement, les spécificités des EHPAD, les contraintes réglementaires et les réalités organisationnelles locales. Ensuite, une phase de construction et de mise en œuvre du plan d'action, dans une logique de **pilotage managérial** et d'**implication active des professionnels**. Enfin, une phase d'évaluation et de pérennisation, fondée sur le suivi des indicateurs, les audits internes et les retours d'expérience terrain.

Au-delà des chiffres et des tableaux de bord, ce projet repose sur une **dynamique humaine forte**, où chaque acteur — du résident au médecin prescripteur — joue un

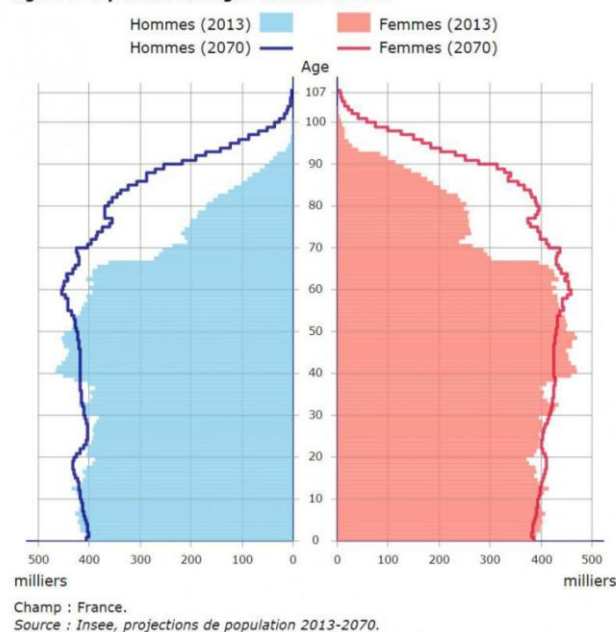
rôle clé dans la réussite du changement. En conjuguant **exigence réglementaire**, **engagement des équipes**, **vision managériale** et **adaptation stratégique**, cette initiative aspire à transformer durablement la gestion médicamenteuse en EHPAD public, et à offrir aux résidents une prise en soins plus sûre, fluide et adaptée à leurs besoins.

1. Le cadre contextuel

1.1 Le vieillissement en France aujourd'hui

Le vieillissement de la population s'accélère en France. Les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) montrent que d'ici 2070 la population des plus de 75 ans augmentera de plus de 30%.¹

Figure 3 - Pyramide des âges en 2013 et 2070



Insee, projection de population 2013-2070

Avec l'allongement continu de l'espérance de vie et l'arrivée à des âges avancés des générations du baby-boom, la France voit sa population âgée croître rapidement. Ce vieillissement démographique repose sur plusieurs facteurs, tels que l'augmentation de l'espérance de vie et la composition démographique des populations plus jeunes. En conséquence, les personnes âgées de 65 ans et plus sont presque quatre fois plus nombreuses en 2020 qu'en 1950. Durant cette période, la France a connu une augmentation constante de sa population âgée, avec une accélération notable depuis 2011.

Aujourd'hui, l'âge est perçu différemment : en termes d'espérance de vie restante, une personne de 70 ans aujourd'hui équivaut à une personne de 60 ans autrefois. Toutefois, cette prolongation de la vie s'accompagne de troubles fonctionnels. Les avancées médicales, sanitaires et sociales ont permis à un plus grand nombre de personnes, y compris les plus vulnérables, d'atteindre le quatrième âge, où les problèmes de santé deviennent plus fréquents. Ces troubles peuvent créer des difficultés dans certaines activités. C'est pourquoi la prévention et le soutien pour en minimiser l'impact constituent des leviers importants pour réduire la perte d'autonomie.

¹ Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2016).

Au 1er janvier 2024, la France compte 14,7 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, soit 22 % de la population, une proportion alignée sur la moyenne européenne et en augmentation de 5 points en 20 ans. La plupart des seniors résident dans un logement ordinaire, mais les femmes, plus souvent veuves, vivent davantage seules que les hommes. En 2021, 30 % des femmes de 65 ans habitaient seules contre 21 % des hommes, un écart qui se creuse avec l'âge avec 54 % des femmes contre 24 % des hommes à 85 ans. Les hommes restent majoritairement en couple (73 % à 65 ans et 65 % à 85 ans) et vivent moins souvent avec leurs enfants ou d'autres proches. En avançant en âge, la vie en EHPAD ou établissement médical devient plus fréquente : 4 % des femmes et 3 % des hommes à 80 ans, contre 41 % des femmes et 26 % des hommes à 95 ans².

La hausse du nombre de personnes âgées nécessite de repenser les politiques publiques d'accompagnement et d'augmenter les ressources allouées. Cela inclut la prise en compte du souhait des personnes vieillissantes d'une prise en charge de meilleure qualité, tant à domicile qu'en établissement, pour elles-mêmes et pour leurs aidants.

Cette situation souligne l'importance de trouver des solutions adaptées pour assurer une prise en charge de qualité des personnes âgées dépendantes. Dans ce contexte, les EHPAD jouent un rôle crucial en offrant une prise en charge spécialisée et en répondant aux besoins spécifiques de cette population croissante. Notons que ceux-ci devront accueillir 108 000 résidents supplémentaires d'ici 2030 et 319 000 d'ici 2050³.

1.2 Les EHPAD

1.2.1 Les missions des EHPAD

Les EHPADs sont conçus pour :

Fournir des soins médicaux et paramédicaux : Les résidents bénéficient d'un suivi médical régulier et de soins adaptés à leurs besoins spécifiques.

Assurer une prise en charge personnalisée : Les EHPAD mettent en place des plans d'accompagnement individualisés pour chaque résident, en tenant compte de leur état de santé, de leurs capacités et de leurs besoins.

Prévenir la perte d'autonomie : Grâce à des programmes de prévention et de rééducation, les EHPAD aident à maintenir ou à améliorer les capacités fonctionnelles des résidents.

Offrir un cadre de vie sécurisé : Les EHPAD fournissent un environnement sécurisé avec des dispositifs adaptés pour prévenir les chutes et autres accidents.

Soutenir les aidants familiaux et professionnels : En déchargeant les aidants de certaines tâches, les EHPAD permettent aux familles de continuer à soutenir leurs proches tout en bénéficiant de moments de répit.

1.2.2 Les différents modes de gestion

En 2024, la France comptabilise 595 431 lits répartis sur 7 282 établissements⁴.

² Insee. (2024). *Perte d'autonomie – France, portrait social*. Insee

³ Conseil Dépendance. (2024). *EHPAD : Quelle offre en 2024 en France ?*

⁴ SYNERPA. (2024). *EHPAD : Des disparités d'offre observées en 2024*

La majorité des EHPAD en France sont des établissements publics, représentant 44,71 % du total, tandis que les structures associatives comptent pour 31,39 % et les établissements privés commerciaux pour 23,89 %⁵. Ce panorama met en lumière les différents types d'EHPAD existants, chacun offrant des spécificités en termes de gestion, de financement et de services proposés.

Les EHPAD publics, sont gérés par des collectivités locales (communes, départements) ou des établissements publics de santé (hôpitaux). Leur mode de financement est principalement basé sur des subventions publiques, ce qui permet de proposer des tarifs plus abordables. Le personnel est composé en grande partie de fonctionnaires, assurant une certaine stabilité et continuité des soins. Les avantages sont des tarifs plus accessibles, souvent associés à des hôpitaux pour un accès rapide aux services médicaux complémentaires.

Les EHPAD privés à but non lucratif, sont gérés par des associations, des fondations, des mutuelles ou des caisses de retraite. Ils peuvent bénéficier de dons et de subventions, permettant d'investir davantage dans la qualité des soins et des activités. Leur objectif principal est le bien-être des résidents plutôt que le profit. Les avantages sont une ambiance chaleureuse et communautaire, ainsi qu'un personnel dédié et engagé, avec une flexibilité dans l'investissement au profit du bien-être des résidents.

Les EHPAD privés à but lucratif, sont gérés par des entreprises ou des groupes commerciaux. Ils fonctionnent sur un modèle économique visant à générer des profits tout en offrant des prestations de qualité. Ils proposent souvent des services haut de gamme et des installations modernes, justifiant des tarifs plus élevés. Les avantages reposent sur une gestion flexible et orientée vers l'innovation, permettant de répondre rapidement aux besoins spécifiques des résidents.

Les résidences autonomie, peuvent être publiques ou privées. Elles ont pour objectif d'offrir une alternative aux EHPAD pour les personnes âgées en perte d'autonomie légère. Elles proposent des logements indépendants avec des services de soutien comme la restauration, la sécurité et des activités sociales. Elles ont pour avantages d'être moins médicalisées que les EHPAD et plus adaptées pour les personnes nécessitant moins de soins médicaux.

Peu importe l'orientation des EHPAD, ils sont tous soumis à des devoirs et obligations régis par le Ministère des Solidarités et de la Santé qui définit l'organisation.

1.2.3 L'organisation des EHPAD en France

Cette organisation est déclinée sur plusieurs axes principaux :

Régulation et Contrôle : Le ministère, via l'ARS, assure la régulation et le contrôle des EHPAD. Cela inclut la délivrance des autorisations de fonctionnement, la supervision des normes de qualité et de sécurité, et la réalisation d'inspections régulières.

Financement et Tarification : Le ministère définit les modalités de financement et de tarification des EHPAD. Les budgets sont répartis entre les soins, la dépendance et l'hébergement, avec des contributions de l'Assurance Maladie, des Conseils Départementaux et des résidents.

Formation et Recrutement : Le ministère met en place des programmes de formation pour le personnel des EHPAD, incluant les Aides-Soignants (AS), les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) et les médecins coordonnateurs (MEDCO). Il veille également à

⁵ Conseil Dépendance. (2024). *EHPAD : Quelle offre en 2024 en France ?*

Le taux d'occupation de l'année 2024 a été calculé à 97.91%. La durée moyenne de séjour a été stable entre 2022 et 2024. L'âge moyen Hommes/Femmes en 2024 est de 83 ans et la répartition Hommes/Femmes 2024 était de 24% d'Homme pour 76% de Femmes.

Dans un rayon de 40 km il existe un EHPAD public (hormis les deux EHPAD partenaires) et trois EHPAD privés.

L'EHPAD est situé en zone rurale, au centre du village de Cerny, offrant un cadre champêtre et paisible. L'établissement dispose d'un grand jardin et d'un parc boisé, offrant une vue magnifique sur les champs agricoles environnants. L'EHPAD est proche des commodités locales, facilitant l'accès aux services essentiels pour les résidents. Cerny est un village avec une population de 3 345 habitants, soit relativement petite, ce qui contribue à une atmosphère conviviale et communautaire.



Le bâtiment s'appuie sur une maison ancienne de trois étages, totalement rénovée, et sur un ensemble récent. Toutes les chambres sont individuelles, équipées d'une salle d'eau avec sanitaire privatif. L'accompagnement des résidents est assuré par du personnel sensibilisé à la philosophie de l'Humanitude.

La capacité d'accueil est de 73 lits autorisés dont 5 en hébergement temporaire, au sein même de la résidence. La totalité des places est conventionnée à l'aide sociale. A ce jour, nous en comptons 27 % sur la totalité des résidents.

Un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) a été créé en juin 2023, avec une capacité d'accueil de 14 résidents par jour. La lingerie, en charge de l'entretien du linge des résidents, ainsi que la restauration sont gérées en interne par des Agents de Services Hospitaliers (ASH). L'établissement fait appel à un prestataire extérieur pour la livraison des produits alimentaires, qui sont par la suite transformés par deux cuisiniers en interne. Un autre prestataire intervient également pour l'entretien des tenues professionnelles du personnel et des draps plats des résidents.

La dernière convention tripartite a été signée en octobre 2024. Véritable contrat d'objectifs et de moyens, le document décrit les engagements mutuels entre l'établissement, le Conseil Général et l'ARS, ainsi que les moyens pour atteindre les objectifs. Ils sont définis et validés dans le cadre de la démarche d'évaluation interne et d'élaboration du projet d'établissement.

Dans le cadre de cette convention tripartite, l'établissement éligible au Groupe-Iso-Ressource (GIR) Moyen Pondéré (GMP) a également évalué sa charge en soins via l'outil PATHOS. Les GIR sont utilisés pour évaluer le niveau de perte d'autonomie des personnes âgées.

Voici un aperçu rapide des différents GIR :

Type de GIR	Degré de dépendance
GIR 1	Personnes confinées au lit ou en fauteuil, avec des fonctions mentales gravement altérées, nécessitant une assistance constante pour les activités quotidiennes
GIR 2	Personnes confinées au lit ou en fauteuil, mais avec des fonctions mentales moins altérées que celles du GIR 1. Elles nécessitent une aide importante pour la plupart des activités quotidiennes
GIR 3	Personnes ayant conservées partiellement leur autonomie mentale et locomotrice, mais nécessitant une aide quotidienne pour la toilette et d'autres activités
GIR 4	Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, et pour certaines activités comme la toilette et l'habillage, mais pouvant se déplacer seules une fois levées
GIR 5	Personnes relativement autonomes, nécessitant une aide ponctuelle pour la préparation des repas, le ménage, et parfois pour la toilette
GIR 6	Personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante

Ces classifications permettent de déterminer les aides et les soins nécessaires pour chaque personne, notamment dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Dans le modèle pathos, les pathologies sont décrites sous forme de 50 états pathologiques dans un thésaurus représentant 98% des situations cliniques rencontrées en gériatrie. Cependant, l'état pathologique ne suffit pas à définir les moyens à mobiliser, il faut le caractériser avec son profil de soins medicotechniques. C'est le couple « état pathologique – profil » qui détermine la charge en soins nécessaires. Le PMP validé le 12 décembre 2024 était de 247, avec un GMP à 801.

Voici une photographie du degré de dépendance des résidents de l'EHPAD Degommier en mai 2025 :

GIR 1	14
GIR 2	25
GIR 3	14
GIR 4	8
GIR 5	0
GIR 6	0
GMP calculé	801

La coupe pathos permet de définir les Equivalent Temps Plein (ETP) nécessaires au regard du degré de dépendance. Voici ci-dessous les ETP alloués à l'EHPAD au 31 décembre 2024 pour 73 lits :

ETP	Ratio (73 lits) Ratio = Nombre d'ETP/Nombre de places	ETP Budget autorisé
Direction administration	0.05	3.66
Cuisine, services généraux	0.07	5
IDE dont cadre	0.068	5
Psychologue	0.01	1
AS/AMP ⁶ /AES ⁷	0.26	20
ASH : blanchisserie, nettoyage, hôtellerie, soin	0.19	14.5
Animateur	0.03	2
Ergothérapeute	0.007	0.5
MEDCO	0.007	0.5
Médecin prescripteur	0.007	0.5
TOTAL	0.69	52.66

1.3.1 Son mode de financement

Le mode de financement de l'EHPAD Degommier se décline via trois ressources :

L'ARS : Elle finance le budget "soins" des EHPAD, couvrant les coûts des soins médicaux et paramédicaux, ainsi que la rémunération du personnel soignant. Les fonds proviennent principalement de l'Assurance Maladie.

Les Conseils Départementaux : Ils financent le budget "dépendance", qui couvre les prestations d'aide et de surveillance pour les résidents en perte d'autonomie. Ce budget est complété par l'APA pour les résidents éligibles.

Les Résidents : Les résidents contribuent au financement par le paiement d'un forfait couvrant l'hébergement, la restauration, l'entretien des locaux et certains services administratifs. Le tarif actuel est de 82.69 euros par jour pour les plus de 60 ans, et de 101.05 pour les moins de 60 ans, auquel se rajoute le tarif dépendance journalier :

- Gir 1-2 : 21.27 euros
- Gir 3-4 : 13.51 euros
- GIR 5-6 : 5.73 euros

1.3.2 Son organisation

L'EHPAD DEGOMMIER est géré par un Directeur, nommé par arrêté du Ministre en charge de la Santé, et administré par un Conseil d'Administration dont le Président est, de droit, le Maire de la commune de Cerny. Il relève de la loi n°2002-2 du 2 janvier

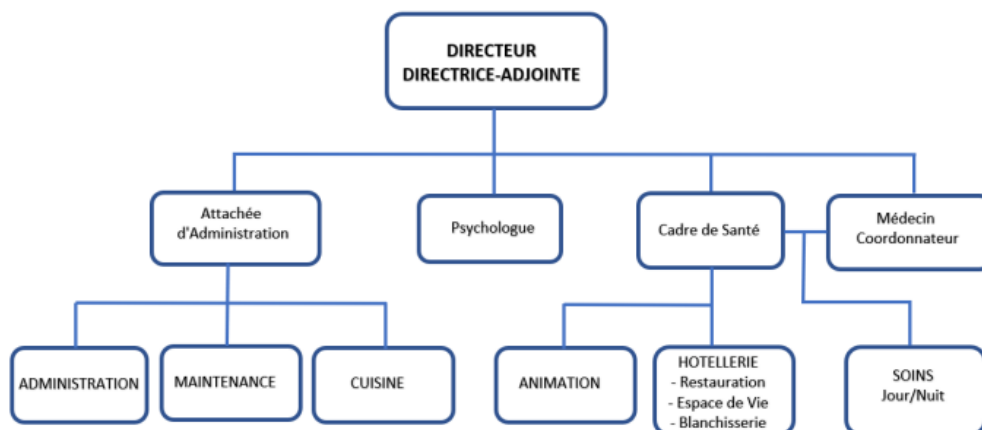
⁶ Aide-Médico-Psychologique

⁷ Accompagnant Educatif et Social

2002⁸ rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'article L312-1 al 6 du Code de l'Action Sociale et des Familles⁹.

Historiquement, la Direction partage ses fonctions sur 3 établissements, La Ferté Alais, situé à 2.5 km de Cerny et Saint Vrain, situé à 9.5 km. Ces établissements ont fusionné en janvier 2024 permettant une mutualisation du service administratif.

L'établissement est organisé selon l'organigramme présenté ci-dessous :



L'EHPAD fait également partie d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS). Le GCSMS offre à ses membres un cadre structuré pour développer des collaborations et des partenariats. Cette coopération peut prendre différentes formes, allant du partage de ressources à la gestion de personnel en temps partagé, jusqu'à l'accomplissement des missions des structures sociales et médico-sociales. Sa constitution englobe tous les EHPAD du Service public Essonnien du Grand Âge et du Handicap (SEGAH) rattachés au département, ainsi que les EHPAD autonomes de l'Essonne.

1.3.3 Ses défis

L'EHPAD Degommier a pour mission de fournir des soins de qualité dans un environnement sécurisé et bienveillant. Cependant, comme dans tout établissement de santé, nous faisons face à des défis constants pour maintenir et améliorer la sécurité des soins.

Le 16 juin 2023 un contrôle inopiné de l'ARS a été réalisé au sein de l'EHPAD (annexe 1). Il s'agit d'une inspection surprise effectuée sans préavis qui a pour but d'objectiver la situation réelle de l'établissement. Les inspecteurs évaluent les conditions de vie, de soins et de sécurité des résidents en temps réel. Son objectif est donc d'assurer une conformité légale et réglementaire en matière de sécurité sanitaire et de qualité des soins.

Ce contrôle a mis en évidence un dysfonctionnement du circuit du médicament au sein de l'EHPAD. Une **injonction immédiate** a été imposée : « *S'assurer que les médicaments, dont les thermosensibles, soient conservés dans un endroit sécurisé afin*

⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002

⁹ Légifrance. (2023). Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Version en vigueur depuis le 20 décembre 2023.

d'éviter que des personnes non autorisées y aient accès. Assurer un contrôle quotidien de la température et un nettoyage hebdomadaire de l'enceinte réfrigérée dans laquelle les médicaments sont stockés par les IDE. Veiller à faire afficher et appliquer la procédure en cas d'anomalie. Mettre en place une liste « stock tampon » par le Médecin, en assurer une vérification régulière et tracer cette vérification. Se munir de chariot de médicaments afin de revoir les modalités d'utilisation, notamment le rangement, pour sécuriser la phase de distribution des médicaments. Garantir l'identitovigilance lors de la distribution des médicaments »¹⁰.

Des prescriptions ont également été notifiées :

- « Etablir la procédure de délégation aux soignants participant à la distribution des médicaments, les former et les évaluer, en référence aux articles L.313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et R.4311-3 du Code de la Santé Publique (CSP).
- « Transmettre aux autorités la procédure de recueil et traitement des signalements des événements indésirables, conformément aux articles L.331-8-1 et R.331-8 à 10 CASF et arrêté du 28/12/2016 et s'assurer qu'elle soit connue et appliquée par les professionnels ».

Enfin, des recommandations ont été fortement conseillées :

- « Etablir une liste préférentielle des médicaments à prescrire au sein de la résidence ».
- « Tracer la réception de la livraison et la vérification pour l'ensemble des médicaments à administrer ».

Dans ce contexte, il est impératif et prioritaire de mettre en place des stratégies robustes pour sécuriser chaque étape du circuit du médicament, de la prescription à l'administration. C'est pourquoi, lors de ma prise de poste en septembre 2023, en tant que cadre de santé, au sein de l'EHPAD, la direction m'a missionnée de corriger les différents points critiques de ce contrôle afin de pouvoir apporter une réponse rapide à l'ARS. Pour comprendre l'origine des problématiques rencontrées, il est indispensable d'identifier les processus du circuit du médicament. Il s'agit d'un enjeu majeur en EHPAD, car il peut être à l'origine de diverses erreurs. Elles peuvent survenir à différentes étapes du circuit du médicament, depuis la prescription jusqu'à l'administration. Elles peuvent avoir des conséquences graves, allant de réactions indésirables à des hospitalisations. Il paraît donc important de les détailler.

1.4 Le circuit du médicament en EHPAD

Le circuit du médicament en EHPAD est un processus complexe qui implique plusieurs étapes et acteurs pour garantir la sécurité et l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

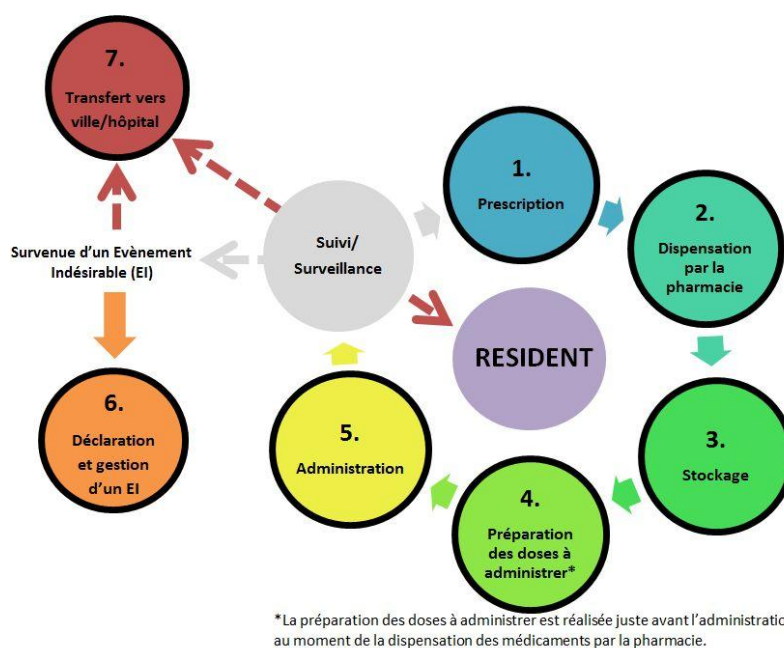
¹⁰ **Agence régionale de Santé Ile-de-France.** (2023). Rapport du contrôle inopiné de juin 2023 au sein de l'EHPAD Degommier.

1.4.1 Les étapes du Circuit du Médicament et son cadre réglementaire

Le circuit médicamenteux en EHPAD comprend 7 grandes étapes schématisées dans le schéma ci-dessous :

Schématisation de la prise en charge médicamenteuse du résident en EHPAD

Culture qualité/sécurité de la prise en charge médicamenteuse



Source : Agence Régionale de Santé Île-de-France. (2024). Prise en charge médicamenteuse en EHPAD.

Chaque étape possède un cadre réglementaire visant à encadrer le processus du circuit du médicament afin de minimiser les risques d'erreurs et garantir la sécurité des résidents. La mise en œuvre de ces règles repose sur la collaboration entre les différents professionnels de santé et le respect des protocoles établis.

Étape	Description	Enjeux	Règlementation
Prescription	C'est l'acte par lequel le médecin prescrit un traitement médicamenteux adapté aux besoins spécifiques du résident	La prescription doit être précise pour éviter les erreurs de dosage ou les interactions médicamenteuses. Le médecin doit également informer le résident (ou son représentant légal) des effets	Articles L.5121-1 à L.5121-21 du CSP : règles de prescription des médicaments, obligations des prescripteurs et des conditions de prescription pour certains médicaments spécifiques ¹¹ .

¹¹ **Code de la santé publique.** (2023). Articles L.5121-1 à L.5121-21.

Étape	Description	Enjeux	Règlementation
		possibles du traitement : droit à l'information	Arrêté du 31 mars 1999 : modalités de prescription et de délivrance des médicaments ¹²
Dispensation	Le pharmacien prépare et délivre les médicaments prescrits par le médecin. Il vérifie la prescription et s'assure de la conformité et sécurité du traitement	La dispensation doit garantir que les médicaments sont correctement identifiés, étiquetés, conditionnés de manière sécurisée dans les bonnes quantités. Le pharmacien joue un rôle clé dans la prévention des erreurs médicamenteuses	Articles R.4235-1 à R.4235-77 du CSP : régissent la dispensation des médicaments par les pharmaciens, incluant les responsabilités et les obligations professionnelles ¹³ . Arrêté du 6 avril 2011 : établit les bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les établissements de santé ¹⁴ . Articles L.5125-25 et R. 5126-115 du CSP précisent l'approvisionnement des EHPAD par les officines de ville.
Gestion des stocks et Sécurisation	Inclut la gestion des stocks, le stockage sécurisé des médicaments, et la traçabilité des produits de santé.	Assurer la disponibilité des médicaments et prévenir les erreurs de gestion des stocks.	Arrêté du 6 avril 2011 : mesures de sécurisation du circuit du médicament, incluant la gestion des stocks, le stockage sécurisé des médicaments, et la traçabilité des produits de santé ¹⁵ . Articles L.5126-6 et R. 5126-112 du CSP définissent la

¹² **Arrêté du 31 mars 1999** relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments, **article L. 595-1 du code de la santé publique**

¹³ **Code de la santé publique.** (2023). *Articles R.4235-1 à R.4235-77.*

¹⁴ **Arrêté du 6 avril 2011** relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

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

¹⁵ **Arrêté du 6 avril 2011** relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Étape	Description	Enjeux	Règlementation
			réglementation relative à la dotation pour répondre aux besoins urgents¹⁶. Circulaire du 14 février 2012 : complète l'arrêté du 6 avril 2011 en détaillant les exigences de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse¹⁷.
Préparation	Organiser les médicaments selon les prescriptions pour une administration sécurisée et conforme. Les IDE préparent, selon leur décret de compétences, les médicaments en suivant les prescriptions médicales. Ils peuvent utiliser des dispositifs comme les piluliers pour organiser les doses journalières.	La précision est essentielle dans cette étape pour éviter les erreurs de dosage. La préparation doit être effectuée dans un environnement propre et sécurisé pour prévenir toute contamination.	Bonnes pratiques de préparation publiées par l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament) visent à garantir la qualité, la sécurité et la conformité des préparations pharmaceutiques selon des standards rigoureux ¹⁸ .
Administration	Donner le médicament au résident selon les doses et les horaires prescrits. Les IDE ou les AS administrent les médicaments en suivant scrupuleusement	L'administration doit être exacte et effectuée à temps. Le personnel doit être vigilant aux réactions du résident et noter toute anomalie dans le dossier	Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'AS : contribue à la sécurisation du circuit du médicament en garantissant que les AS sont bien formés et

¹⁶ **Code de la santé publique.** (2018). Article L.5125-25. Légifrance et Code de la santé publique. (2021). Article R. 5126-115. Légifrance.

¹⁷ **Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012** relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé

¹⁸ **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.** (2023). *Bonnes pratiques de préparation*. ANSM.

Étape	Description	Enjeux	Règlementation
	la prescription. (Référence au décret de compétence IDE) Elle est régie par la règle des 5B, à savoir, faire prendre le bon médicament, au bon patient, à la bonne posologie, au bon moment, par la bonne voie. Cet acte inclut le contrôle de la prise effective du traitement ¹⁹ . Ils surveillent également l'état du résident après l'administration pour détecter tout effet indésirable.	médical pour un suivi optimal.	conscients des bonnes pratiques et des protocoles de sécurité²⁰ Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique (AMP), Les AMP sont formées pour accompagner les personnes dans les actes de la vie quotidienne, incluant l'aide à la prise de médicaments²¹. Référentiel haute autorité de santé (HAS) : règle des 5B, basée sur les recommandations de la HAS et les bonnes pratiques professionnelles²². Article R 4311-4 du CSP : L'IDE peut, sous sa responsabilité, assurer ces soins avec la collaboration d'AS, ou d'Accompagnants Educatifs et Sociaux (AES), dans les limites de la qualification reconnue à chacun en fonction de leur formation²³. Article L.313-26 du Code de l'action sociale et des familles précise que l'aide à la prise de médicaments peut

¹⁹ **Haute Autorité de Santé (HAS).** (2022). *Guide de sécurisation de l'administration des médicaments*. Paris : HAS.

²⁰ **Arrêté du 22 octobre 2005** relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant

²¹ **Arrêté du 11 avril 2006** relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique, annexe I : Référentiel professionnel.

²² **Haute Autorité de Santé (HAS).** (2011). *Guide : Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments*. Paris : HAS

²³ **Code de la santé publique.** (2023). Article R. 4311-4.

Étape	Description	Enjeux	Règlementation
			être assurée par les personnes chargées de l'accompagnement, à condition que l'administration soit simple, sans difficulté particulière, et encadrée par des protocoles de soins ²⁴ .
Gestion des risques	Mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.	Prévenir les incidents et améliorer la sécurité des soins.	Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 établie par la direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS), cette initiative vise à fournir des recommandations pour la mise en œuvre d'un programme efficace de gestion des risques au sein des établissements de santé ²⁵
Pharmacovigilance et Surveillance	Déclaration des effets indésirables et surveillance continue des médicaments après leur mise sur le marché.	Identifier et signaler les effets indésirables des médicaments pour assurer la sécurité des patients.	Articles R.5121-150 à R.5121-152 du CSP définissent les obligations de pharmacovigilance, incluant la déclaration des effets indésirables et la surveillance continue des médicaments après leur mise sur le marché ²⁶ .

En complément, il est fondamental de détailler les critères impératifs du circuit du médicament selon la HAS. En effet, ces critères déterminent les modalités d'évaluation des établissements de santé en ce qui concerne leur processus de sécurisation. Ces

²⁴ **Code de l'action sociale et des familles.** (2023). Article L.313-26.

²⁵ **Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.** (2004). *Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 relative à la gestion des risques dans les établissements de santé*. Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

²⁶ **Code de la santé publique.** (2023). Articles R.5121-150 à R.5121-152

critères sont définis dans le Référentiel et le Manuel d'évaluation de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) :

- **Critère 3.6.2** : Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament. Celui-ci est organisé, avec des règles internes définies, connues et mises en œuvre par les professionnels.
- **Critère 3.6.1** : L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre.
- **Critère 3.6.3** : Les professionnels assurent un suivi constant et personnalisé de la prise en charge médicamenteuse des personnes qu'ils accompagnent.
- **Critère 3.6.4** : Les professionnels alertent en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, y compris la iatrogénie.
- **Critère 3.13.1** : L'ESSMS organise le recueil et le traitement des événements indésirables.
- **Critère 3.13.2** : L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.
- **Critère 3.13.3** : Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives

La sécurisation de ce circuit est donc un enjeu majeur de qualité et de sécurité des soins. Chaque étape est conçue pour assurer la sécurité et l'efficacité de la prise en charge. Cependant, des erreurs peuvent survenir à différents stades du circuit du médicament, ce qui expose les résidents à des risques importants. Ces derniers, souvent polymédiqués et atteints de pathologies chroniques multiples, sont particulièrement vulnérables aux erreurs médicamenteuses. Elles peuvent avoir des conséquences graves, allant de l'inefficacité thérapeutique à des effets indésirables sévères, voire mortels.

En 2024, 4 302 Evénements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS) ont été enregistrés par l'ARS dont 483 liés aux erreurs médicamenteuses. 28% de ces erreurs concerne les personnes âgées de 61 à 80 ans et 32.68% de 81 à 100 ans²⁷.

1.4.2 L'erreur médicamenteuse

Nous appelons une erreur médicamenteuse, « toute erreur survenant au sein du circuit du médicament, quel que soit le stade au niveau duquel elle est commise (prescription, dispensation, préparation, ou administration), quel que soit l'acteur du circuit du médicament qui la commet (médecin, pharmacien, infirmier, préparateur ou malade), qu'elle soit due à la conception du circuit du médicament, à son organisation ou à la communication en son sein, et qu'elles qu'en soient les conséquences. Lorsqu'il ne s'agit pas d'une erreur de prescription, une erreur médicamenteuse est définie comme toute déviation par rapport à la prescription de médicament par le médecin, telle qu'elle est décrite dans le dossier du patient²⁸ ». Les erreurs médicamenteuses sont malheureusement fréquentes en EHPAD. Selon une étude de la HAS²⁹, près de la moitié des résidents peut être concernée par au moins une erreur médicamenteuse chaque année.

²⁷ Haute Autorité de Santé (HAS). (2024). Visualisation des données sur les déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) reçues à la HAS.

²⁸ ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (2017). Guide régional sur le circuit du médicament en EHPAD.

²⁹ Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Paris : HAS.

La HAS a rapporté que les erreurs médicamenteuses représentaient une part significative des EIGS déclarés³⁰. Rappelons ici que les EIGS sont définis par la HAS comme « l'ensemble des dysfonctionnements survenus dans le cadre de la prise en charge d'un patient et ayant entraîné un dommage grave ou ayant exposé le patient à un risque grave ».³¹

En 2022, les erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins, incluant les erreurs médicamenteuses, constituaient 31 % des déclarations³². Jusqu'à présent, la HAS a enregistré 11 430 déclarations d'événements indésirables graves depuis mars 2017, avec une augmentation notable des déclarations en 2023, incluant une proportion notable d'erreurs médicamenteuses parmi les incidents signalés³³. En EHPAD, les erreurs de dose représentent 47 % des erreurs médicamenteuses déclarées, suivies par les erreurs de médicament et les erreurs d'identité du patient³⁴.

1.4.3 Les causes des erreurs médicamenteuses

Souvent, les événements indésirables sont le fait de multiples facteurs, qui peuvent être d'ordre humain et /ou organisationnel.

Les facteurs humains :

- **Fatigue** : Les professionnels de santé travaillant de longues heures peuvent être plus susceptibles de faire des erreurs.
- **Surcharge de travail** : Une charge de travail excessive peut entraîner des erreurs par manque de temps pour vérifier les prescriptions ou les doses.
- **Manque de formation** : Une formation insuffisante sur les nouveaux médicaments ou les protocoles peut conduire à des erreurs.
- **Problèmes de communication** : Le manque de communication entre les différents professionnels de santé (médecins, pharmaciens, IDE), peut entraîner des erreurs dans les prescriptions ou les administrations.
- **Distraction** : Les interruptions fréquentes pendant la préparation ou l'administration des médicaments peuvent mener à des erreurs.

Les facteurs organisationnels :

- **Mauvaise gestion du circuit du médicament** : La désorganisation dans la chaîne de distribution des médicaments, peut entraîner des erreurs lors de la préparation ou de la dispensation.
- **Stockage inadéquat des médicaments** : Le mauvais stockage des médicaments, par exemple, des médicaments mal étiquetés ou rangés de manière incorrecte, peut amener à des confusions.
- **Absence de protocoles clairs** : Le manque de protocoles ou de procédures standardisées pour la gestion des médicaments, peut induire des erreurs dans la préparation ou l'administration.

³⁰ Haute Autorité de Santé (HAS). (2021). Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Paris : HAS.

³¹ Haute Autorité de Santé. (HAS). Déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

³² Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). Événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : bilan annuel 2022. Paris : HAS.

³³ Haute Autorité de Santé (HAS). (2024). Événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : rapport annuel 2023. Paris : HAS.

³⁴ Haute Autorité de Santé. (2021). Rapport EIGS médicament.

- **Systèmes d'information défaillants** : L'utilisation de logiciels de prescription ou de gestion des médicaments non à jour ou manquant de fonctionnalités essentielles, n'aident pas surligner les erreurs.

Après avoir analysé en détail les erreurs médicamenteuses et leurs implications, il devient essentiel de situer ces enjeux dans un contexte plus large, ce qui a conduit à la réalisation d'un audit initial (annexe 2) afin de mieux cerner les problématiques et élaborer des solutions adaptées.

1.5 Repenser l'organisation : Vers une nouvelle vision des soins

Après avoir défini le circuit du médicament et identifié les risques potentiels à chaque étape, j'ai décidé de réaliser un audit de base pour identifier les points critiques. Il a permis de confirmer les observations de l'ARS, révélant que les problèmes ne sont pas dus à une problématique isolée, mais à une véritable problématique d'organisation enracinée. La situation résulte de plusieurs facteurs, notamment le manque de stabilité au sein des équipes IDE et AS, avec des postes vacants, un recours aux vacataires ainsi qu'un désinvestissement et découragement de l'équipe soignante déjà en place. Ce contexte a conduit à des dérives organisationnelles pour compenser ces difficultés.

C'est pourquoi avant même de débiter le projet de sécurisation du circuit du médicament, j'ai d'abord dû aborder un grand nombre de prérequis. L'organisation des soins dans son ensemble a été repensée, car il est impossible de lancer et d'intégrer un projet dans un climat complexe et désorganisé sans une préparation minutieuse. L'idée principale était de redonner aux équipes du sens à leur travail, ce qui a nécessité une longue période d'observation et de réaménagement collectif.

D'abord, il a fallu stabiliser les équipes en investissant dans les recrutements. Deux ETP IDE manquaient pour compléter l'équipe. L'équipe d'AS était instable, avec deux postes vacants et plusieurs arrêts maladies, nécessitant un recours fréquent aux vacations. Dans ces conditions, il était difficile d'introduire des changements dans les habitudes de travail. La première action a donc été de recruter des IDE. Les recrutements ont été difficiles en raison du faible nombre de candidatures. Il a fallu embaucher de multiple Contrat à Durée Déterminée (CDD) avant de trouver deux nouvelles recrues IDE impliquées, dynamiques et volontaires. L'équipe IDE est désormais bien en place et ancrée.

Quant à l'équipe AS, elle rencontrait de grandes difficultés. Plusieurs recrutements et ruptures de contrat ont été nécessaires pour finalement constituer une équipe complète et investie.

L'équipe de vacataires était également déficiente. Entre les ASH affectés aux soins et les contractuels peu investis, il a fallu redéfinir ce « pool » externe pour limiter le recours aux plateformes avec des professionnels ne connaissant pas l'établissement. En accord avec la direction, et sous les recommandations de l'ARS, les ASH en soins ne sont désormais plus recrutés à la place d'AS. À ce jour, l'équipe de vacataires est fiable et disponible.

Pour remédier au désinvestissement général, une longue période de revalorisation et d'encouragement a été nécessaire, prenant en compte les doléances des soignants. L'établissement a également investi dans du matériel pour faciliter leur quotidien. Ces initiatives ont permis d'établir un lien de confiance entre la hiérarchie et les équipes. De plus, de nombreuses formations ont été dispensées sur une année, permettant aux soignants de réactualiser leurs connaissances et de se réinvestir dans des projets. Ces initiatives ont conduit à la création de divers groupes de travail pluridisciplinaires visant

à redynamiser et réengager le personnel tels que, les projets Humanitude, le rendre hommage et la salle de bain thérapeutique.

Il a également été très important de revaloriser les soignants en leur confiant des tâches en fonction de leurs compétences, en les responsabilisant, pour renforcer leur sentiment d'appartenance et les fidéliser. Pour les soignants volontaires, des références de soins leur ont été confiées, telles que dénutrition, continence, Humanitude ou bien encore chute. En valorisant leurs compétences et en leur offrant des opportunités de développement, j'ai pu créer un environnement de travail plus satisfaisant et engageant.

Parallèlement, des temps dédiés aux soignants ont été mis en place par les animatrices formées en relaxation et toucher-massage. Des sessions ont donc été programmées une fois par semaine afin de permettre aux soignants d'évacuer des tensions potentielles.

En complément, je me suis immergée quelques jours dans leur quotidien afin d'avoir une vision plus élargie de l'organisation actuelle. Suite à cette immersion, j'ai pu exercer des rappels constants des bonnes pratiques afin de sensibiliser les équipes sur divers points. Cette initiative a permis d'asseoir ma légitimité et de m'intégrer plus facilement au sein de l'équipe. Un sentiment de confiance s'est progressivement installé.

Cette période de réorganisation a été assez longue et a nécessité une réelle conduite de changement que je ne peux détailler ici. Elle a débuté dès mon arrivée, soit en septembre 2023 jusqu'à ce jour.

Pour répondre aux injonctions de l'ARS dans le temps imparti, un COPIL, composé du MEDCO, de l'IDE référente du circuit du médicament, de la direction et de moi-même, a rapidement été mis en place afin de traiter les divers points. Des chariots de traitements ont été rapidement mis en place. Plusieurs prestataires ont été rencontrés par le COPIL avant d'orienter notre choix sur le matériel le plus adéquate pour l'établissement. Le matériel a ensuite été déployé en décembre 2023.

Cependant, avant d'enclencher les suites du projet et d'approfondir la sécurisation du circuit du médicament, il est crucial de s'interroger et de s'informer sur diverses théories ou conduites permettant d'aiguiller un plan d'action adapté. Après réflexion et lecture, j'ai fait le choix de m'orienter sur la conduite du changement de David Autissier mais également sur la théorie de la gestion des risques de Georges Dionne.

1.6 La conduite du changement selon David Autissier

David Autissier est maître de conférences à l'Université Paris Est, où il enseigne depuis 1998. Ces travaux ainsi que son expérience lui permettent de combiner théorie et pratique, en apportant des solutions concrètes aux défis de la conduite du changement dans divers contextes organisationnels.

Il propose un cadre méthodologique reposant sur trois cycles principaux : le diagnostic, l'accompagnement et le pilotage.

1.6.1 Le diagnostic

Selon Autissier, le diagnostic est la première étape essentielle dans la conduite du changement. Il s'agit d'identifier les dysfonctionnements, de comprendre les causes sous-jacentes et d'évaluer l'impact de ces problèmes sur l'organisation. Autissier insiste sur l'importance de réaliser une cartographie des acteurs pour comprendre les rôles et les responsabilités de chacun dans le processus. Ici, le diagnostic a déjà été initié

par le contrôle de l'ARS qui a mis en lumière plusieurs dysfonctionnements dans le circuit du médicament. En suivant les recommandations d'Autissier, une cartographie détaillée des acteurs impliqués (IDE, AS, ASH, médecins) peut être réalisée afin d'approfondir et identifier les responsabilités de chacun. Cela permettra de mieux comprendre les interactions et les points de blocage potentiels.

1.6.2 L'accompagnement

L'accompagnement est crucial pour assurer l'adhésion des parties prenantes au changement. Autissier souligne l'importance de la communication, de la formation et du support continu. Il propose de développer un plan de communication pour informer et sensibiliser le personnel, organiser des sessions de formation et mettre en place des systèmes de support et de coaching.

Pour sécuriser le circuit du médicament, il est essentiel de former les AS, AMP/AES, sur les nouvelles procédures. Des sessions de formation régulières, pour les sensibiliser aux bonnes pratiques et aux nouvelles règles de sécurité, semblent indispensables pour assurer au mieux cette mission. Un plan de communication clair permettra de maintenir tout le monde informé des changements et de leurs raisons.

1.6.3 Le pilotage

Le pilotage consiste à suivre et à évaluer la mise en œuvre des changements. Autissier recommande l'utilisation de tableaux de bord pour suivre les indicateurs clés de performance, la réalisation d'audits internes réguliers et la collecte de feedback pour ajuster les pratiques en fonction des besoins.

La création des tableaux de bord pour suivre des indicateurs tels que le nombre d'erreurs médicamenteuses, la conformité aux procédures et la fréquence des événements indésirables déclarés, semble incontournable. Des audits internes réguliers permettront de vérifier la mise en œuvre des nouvelles procédures et d'identifier les domaines nécessitant des améliorations. Enfin, en recueillant régulièrement les retours du personnel, un ajustement des pratiques et des procédures pourra être mis en œuvre afin qu'elles restent adaptées aux réalités du terrain.

Après avoir exploré les méthodologies de conduite du changement proposées par David Autissier, il est indispensable de compléter cette approche en intégrant les principes de gestion des risques formulés par Georges Dionne. Cette combinaison permet de traiter non seulement les aspects humains du changement, mais aussi les risques inhérents aux processus, offrant ainsi une vue d'ensemble pour une sécurisation optimale du circuit du médicament.

1.7 Application de la théorie de la gestion des risques de Georges Dionne

Georges Dionne est professeur de finance et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en gestion des risques à Montréal. Il est reconnu pour ses travaux sur la gestion des risques financiers et a publié de nombreux articles scientifiques sur le sujet. Dionne se concentre principalement sur la gestion des risques financiers, mais ses principes peuvent être appliqués à d'autres domaines, y compris la santé. Il met l'accent sur l'identification, l'évaluation et la gestion des risques, ainsi que sur l'importance de la traçabilité et de la conformité réglementaire.

Les concepts de Dionne sur l'identification et l'évaluation des risques, ainsi que sur la mise en place de mesures correctives et de suivi, sont directement applicables à la

sécurisation du circuit du médicament. Sa méthodologie rigoureuse peut aider à structurer une approche de manière systématique et à garantir une gestion efficace des risques.

1.7.1 L'identification des risques

Dionne souligne l'importance de l'identification des risques comme première étape incontournable dans la gestion des risques. Cela implique de repérer tous les risques potentiels qui pourraient affecter l'organisation, en utilisant des outils comme les audits et les analyses de risques.

Dans le contexte de l'EHPAD, cela signifie identifier les risques liés au circuit du médicament, tels que les erreurs de médication, les problèmes de stockage, et les erreurs de distribution. Des audits internes et des analyses de risques peuvent être utilisés pour repérer ces points faibles.

1.7.2 L'évaluation des risques

Une fois les risques identifiés, Dionne recommande de les évaluer en termes de probabilité et de gravité. Cette évaluation permet de prioriser les risques et de concentrer les efforts sur ceux qui ont le plus grand impact potentiel.

Il s'agirait donc d'évaluer les risques identifiés en termes de probabilité d'occurrence et de gravité des conséquences. Par exemple, une erreur de médication peut avoir des conséquences graves pour les résidents, ce qui en fait un risque prioritaire à gérer.

1.7.3 La gestion et réduction des risques

Dionne propose de mettre en place des mesures pour réduire ou éliminer les risques identifiés. Cela peut inclure des formations, des améliorations de procédures et des systèmes de contrôle.

Pour sécuriser le circuit du médicament, il serait opportun de mettre en place des formations pour le personnel, d'améliorer les procédures de stockage et de distribution des médicaments, et d'instaurer des systèmes de traçabilité. Ces mesures aideront à réduire les risques d'erreurs et à garantir la sécurité des résidents.

1.7.4 Le suivi et Évaluation Continue

La gestion des risques est un processus continu. Dionne insiste sur l'importance de suivre régulièrement les indicateurs de performance, tel qu'un tableau de bord avec divers indicateurs (nombre d'EI, taux d'erreur médicamenteuses, nombres d'audits, taux de conformité...) et de réaliser des audits pour s'assurer que les mesures mises en place sont efficaces.

Le suivi des indicateurs clés, comme le nombre d'erreurs médicamenteuses et la conformité aux procédures semble indispensable. Des audits internes réguliers permettront de vérifier l'efficacité des mesures et d'ajuster les pratiques si nécessaires.

En combinant l'approche d'Autissier et de Dionne, nous pouvons non seulement gérer les risques de manière proactive, mais aussi accompagner le personnel dans cette transition, en assurant une communication claire, une formation adéquate et un support continu. La combinaison de la conduite du changement et de la gestion des risques constitue une base solide pour lancer le projet de sécurisation du circuit du médicament à la Résidence Degommier. Elle permet de transformer les défis en opportunités, renforçant ainsi la sécurité et la fiabilité des soins, tant pour les résidents que pour les soignants.

2 Le projet

2.1 La méthodologie de projet

En tant que chef de ce projet et future cadre supérieure de santé, je serai amenée à piloter des initiatives ambitieuses. La gestion de projet, qui consiste à planifier, organiser, coordonner et optimiser les ressources pour atteindre des objectifs précis dans un délai défini, est une discipline essentielle. Selon Hugues Marchât, il définit la gestion de projet comme « *l'ensemble des actes organisationnels nécessaires à l'accomplissement du projet* »³⁵. Il met l'accent sur la nécessité d'une approche organisée, avec des outils spécifiques et une démarche de résolution de problèmes adaptée aux objectifs du projet.

Les principales étapes incluent la phase d'initiation, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation finale.

Grâce aux acquis théoriques dispensés lors de ma formation en master 2, management des organisations soignantes, ainsi qu'à l'application méthodique des principes de gestion de projet, je progresse dans la construction de la conduite de ce projet. En amont de cette démarche, et en concertation étroite avec la direction, j'ai élaboré ma lettre de mission et ma fiche projet.

La lettre de mission (annexe 3) formalise les attentes, les objectifs stratégiques et les responsabilités liées à mon rôle, assurant un alignement entre mes actions et la vision de l'organisation.

La fiche projet (annexe 4), quant à elle, constitue une synthèse opérationnelle définissant les objectifs spécifiques, les ressources nécessaires, les échéances, ainsi que les indicateurs de succès pour guider les différentes phases du projet.

2.2 Phase d'initiation du projet : le benchmarking

Suite à la réalisation de l'audit initial, une réunion d'information a eu lieu en juin 2024, d'abord avec les IDE et le medco, puis avec l'équipe soignante. J'ai opté pour une communication claire et transparente afin de recueillir des retours précieux, de définir les priorités et de sensibiliser tous les acteurs à l'importance de sécuriser le circuit du médicament. En parallèle, au cours de diverses formations flash j'ai mis en avant les chartes fondamentales telles que la bientraitance, l'humanité, et les droits et libertés des résidents, pour replacer ces derniers au cœur des soins.

Pour approfondir ma réflexion, j'ai procédé à un benchmarking, avec l'IDE référente, auprès des deux EHPAD partenaires. J'ai rapidement constaté que ces établissements ne respectaient pas non plus certaines normes essentielles, ce qui m'a incitée à envisager une extension immédiate de mon plan d'action dans ces structures.

Par ailleurs, j'ai sollicité deux autres EHPAD travaillant avec la même pharmacie de ville que mon établissement, afin de comprendre leurs organisations. Ces échanges m'ont permis d'identifier des réglementations spécifiques à respecter, telles que l'affichage obligatoire, l'apposition de photos sur les chariots de médicaments, ou encore la mise en place d'un mode dégradé. Toutefois, les différences marquées dans l'architecture de ces établissements n'ont pas permis une projection directe de leurs pratiques dans notre organisation.

³⁵ Marchat, H. (2006). *Le kit du chef de projet : livres outils* (2e éd., p. 9). Éditions d'Organisation.

Après avoir posé les bases du projet grâce à l'audit initial et au benchmarking, il est maintenant fondamental de passer à une analyse approfondie afin de détailler les processus, les ressources et les interactions clés nécessaires à sa mise en œuvre.

2.3 L'analyse initiale au projet

Comme le souligne Dionne dans ses travaux sur la gestion des risques, une analyse approfondie des acteurs et des processus est capitale pour identifier les vulnérabilités organisationnelles et élaborer des solutions adaptées. Dans cette optique, j'ai entrepris de réaliser une cartographie des professionnels et des processus afin de mieux structurer et sécuriser les pratiques.

2.3.1 Cartographie des différents professionnels

Les médecins

- **Rôle** : Les médecins sont responsables de la prescription correcte et appropriée des médicaments en fonction des besoins de chaque résident. La Résidence a la chance d'avoir un medco ainsi qu'un médecin prescripteur gériatre à mi-temps.
- **Influence sur le succès du changement** : Leur adhésion et leur participation active sont indispensables pour garantir la précision et la pertinence des prescriptions. Leur soutien au changement peut influencer positivement la perception et l'acceptation des nouvelles pratiques par le personnel soignant.

Les IDE

- **Rôle** : Les IDE jouent un rôle central dans le circuit du médicament, intervenant à chaque étape clé du processus. Leur mission commence dès la réception de la prescription médicale. À cette étape, ils vérifient la pertinence des prescriptions en évaluant leur adéquation avec l'état clinique du résident, les dosages, les éventuelles interactions médicamenteuses, ainsi que les contre-indications. Cette analyse initiale se prolonge par la réception des commandes, durant laquelle ils s'assurent de la conformité des prescriptions pour garantir leur exactitude et leur adéquation. Lors de la réception des médicaments, ils vérifient que ceux-ci correspondent bien aux prescriptions établies.
Ils se chargent ensuite de la préparation des doses thérapeutiques nécessaires pour chaque résident, veillant à ce que chaque traitement soit correctement dosé. L'administration des médicaments constitue l'une de leurs responsabilités essentielles, qu'ils peuvent faire en collaboration avec les AS, AMP/AES, effectuée conformément aux prescriptions afin de garantir la sécurité des résidents.
Après l'administration, les IDE surveillent attentivement les effets des médicaments sur les résidents, prêts à signaler toute réaction ou effet secondaire. En outre, ils assurent une traçabilité précise à chaque étape. Chaque phase de leur intervention est déterminante pour garantir une prise en charge sécurisée et de haute qualité des résidents.
- **Influence sur le succès du changement** : Leur formation et leur engagement dans le processus de changement sont cruciaux. Ils sont souvent les premiers à identifier les problèmes et à proposer des améliorations, ce qui peut faciliter l'adoption des nouvelles pratiques.

Les AS, AMP/AES

- **Rôle** : Les AS, AMP/AES peuvent assister les IDE dans la distribution des médicaments. Ils veillent à une aide à la prise correcte et/ou à ce que les résidents prennent leurs médicaments conformément aux prescriptions.
- **Influence sur le succès du changement** : Leur implication et leur compréhension des nouvelles procédures sont majeures pour assurer une continuité dans les soins et éviter les erreurs de médication.

LES ASH

- **Rôle** : Les ASH dédiés aux soins, bien qu'ils n'aient aucun droit de distribuer ou administrer les traitements, jouent un rôle important grâce à leur proximité quotidienne avec les résidents. Leur position leur permet d'observer des signes inhabituels, comme des changements de comportement ou des effets secondaires potentiels. Ils sont aussi en mesure d'identifier des situations particulières, telles qu'un traitement oublié, abandonné au sol ou non pris. Leur vigilance contribue à remonter ces observations aux soignants, permettant une intervention rapide et adaptée.
- **Influence sur le succès du changement** : En observant les résidents et en signalant aux soignants toute anomalie, ils contribuent à la détection précoce des problèmes, à la continuité des soins et à la sécurisation des résidents. Leur implication valorise leur rôle, renforce leur intégration dans l'équipe soignante et encourage une collaboration active au sein de l'établissement.

Les résidents et leurs familles

- **Rôle** : Les résidents sont les destinataires des soins, et leurs familles jouent souvent un rôle de soutien. Ils peuvent fournir des informations précieuses sur les antécédents médicaux et les réactions aux médicaments.
- **Influence sur le succès du changement** : Leur coopération et leur retour d'information peuvent aider à ajuster les pratiques et à s'assurer que les besoins des résidents sont pleinement pris en compte.

La pharmacie de ville

- **Rôle** : Le pharmacien ainsi que les préparateurs sont responsables de la préparation, dispensation et livraison des médicaments. Ils vérifient les prescriptions pour s'assurer de leur exactitude et fournissent également des conseils sur l'utilisation des médicaments.
- **Influence sur le succès du changement** : Leur expertise et leur collaboration avec le personnel médical sont fondamentales pour garantir la sécurité et l'efficacité du circuit du médicament.

Le succès du changement dans le circuit du médicament dépend largement de la collaboration et de la communication entre ces parties prenantes. Une bonne planification, une formation adéquate et une communication ouverte sont centrales pour surmonter d'éventuelles résistances et assurer une transition fluide vers de nouvelles pratiques. Impliquer activement toutes les parties prenantes dès le début du processus peut faciliter l'acceptation et la mise en œuvre des changements nécessaires. Pour cela, la réalisation d'une cartographie des processus m'a semblé indispensable.

2.3.2 Cartographie des processus et des risques potentiels

Pour commencer, l'EHPAD DEGOMMIER ne dispose pas de pharmacie interne, ce qui implique une nécessité de partenariat avec une officine de ville. C'est pourquoi, l'EHPAD Degommier a renouvelé en 2024, sa convention avec une pharmacie de ville située à 10 km de l'EHPAD.

Voici un tableau récapitulatif des différents risques et processus associés avant le déploiement du projet :

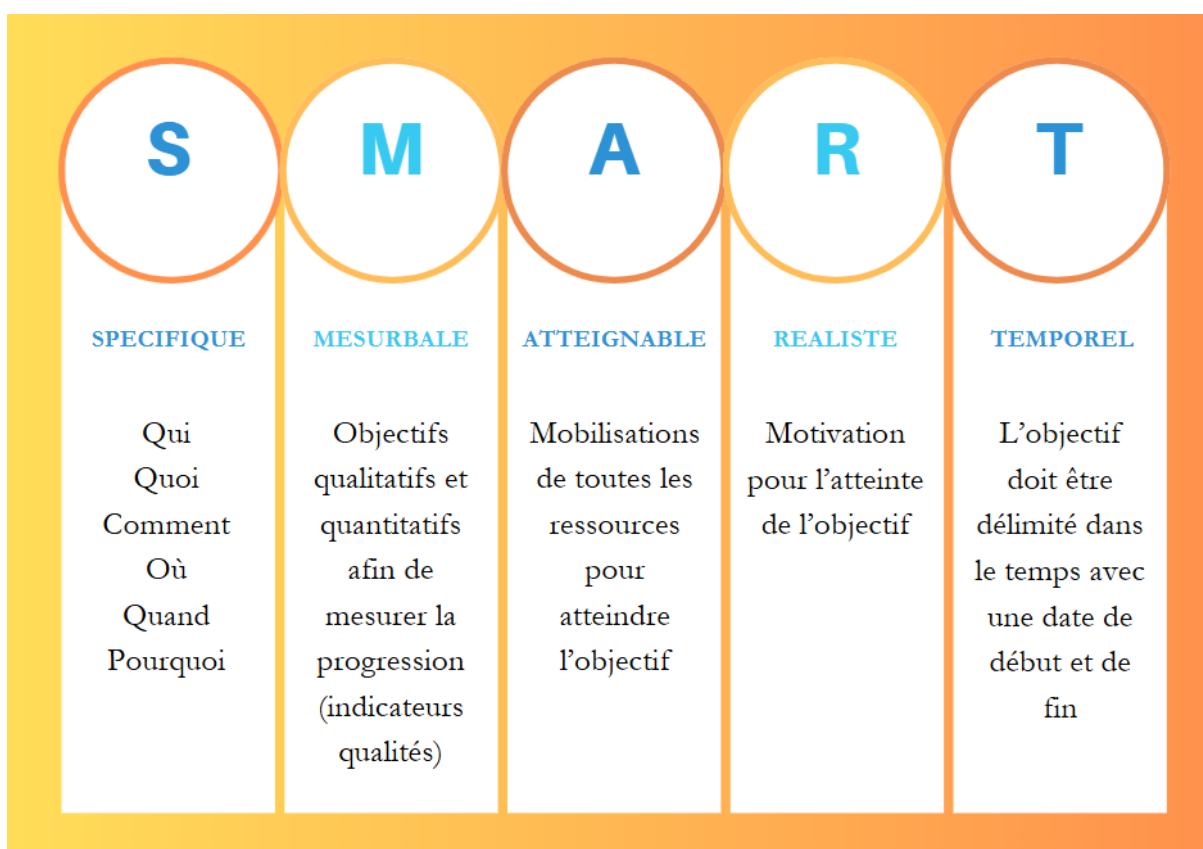
	Description du processus	Risques potentiels
Prescription	Première étape du circuit réalisée par le médecin prescripteur ou medco. Elle doit être précise et conforme aux réglementations en vigueur. Le médecin doit également tenir compte des spécificités de chaque résident, telles que les allergies ou interactions médicamenteuses. La prescription est ensuite transmise à la pharmacie de ville partenaire.	Erreurs dans les dosages ou interactions médicamenteuses. Transmission incorrecte de la prescription à l'officine, entraînant des retards ou des erreurs.
Validation de la Prescription	Le pharmacien de l'officine de ville reçoit la prescription envoyée par mail par l'IDE, et procède à sa validation. Cette étape est nécessaire pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs ou de risques d'interactions dangereuses entre les médicaments.	Validation insuffisante d'interactions médicamenteuses dangereuses. Problèmes techniques liés à l'envoi par email.
Préparation des Médicaments	Une fois la prescription validée, le pharmacien prépare les médicaments selon les doses prescrites. La pharmacie dispose d'un service dédié aux EHPAD, avec deux préparateurs spécifiquement affectés à cette tâche. Un système de déroulés (ou escargots) automatisé par un robot est également en place pour optimiser le processus. Les médicaments sont donc conditionnés en doses individuelles pour chaque résident, ce qui facilite leur administration ultérieure. Cette étape inclut également la traçabilité des médicaments sur chaque sachet pour garantir leur sécurité.	Risques d'erreur de dosage ou de conditionnement. Défaillance du système automatisé ou erreur humaine lors de la préparation. Traçabilité compromise en cas de mauvais étiquetage des sachets.

Livraison	Les médicaments préparés sont livrés à l'EHPAD tous les mardis après-midi dans une caisse. Parfois, le livreur la dépose directement dans la pharmacie de l'EHPAD. Les IDE, en fonction de leur charge de travail, rangent la commande le jour même ou le lendemain. Les déroulés sont mis dans des casiers nominatifs sans vérification préalable. Les commandes urgentes, passées avant 11h, sont livrées le jour même. Si elles sont passées après 11h, elles sont livrées le lendemain.	Retard dans la livraison, surtout pour les commandes urgentes. Risques de perte ou dégradation des médicaments pendant le transport car caisse non scellée. Mauvais stockage des médicaments à leur arrivée, altérant leur qualité, tels que les produits froids : risque de rupture de la chaîne du froid Le manque de contrôle des déroulés ou des médicaments livrés peut retarder la détection d'erreurs ou de manques.
Administration	L'administration des médicaments est principalement réalisée par des AS, AMP/AES, voire parfois des ASH en soins, sans vérification préalable des traitements par les IDE de l'EHPAD, conformément aux prescriptions médicales. Traitements parfois mis en amont sur les plateaux repas dans le chariot de distribution des repas. Ces personnels tracent la prise des traitements dans le logiciel Netsoins, généralement en extemporané, après leur distribution. Les AS, AMP/AES ou ASH valident uniquement l'aide à la prise dans le plan de soins.	Erreurs dans les doses, oublis de médicaments ou mauvaise administration en raison de l'absence de vérification. Risque de perte ou d'erreur médicamenteuse, car ils sont accessibles à tout le monde lorsqu'ils sont disposés sur le plateau repas et ne sont pas sécurisés. Absence de traçabilité précise des administrations dans le logiciel Netsoins, due à la validation extemporanée. Délégation de l'administration à des personnels non formés voire non habilités, augmentant les risques d'erreurs.
Suivi et Réévaluation	Le suivi de l'état de santé du résident est assuré par le médecin et l'équipe soignante (IDE, AS, AMP/AES, ASH en soins). Ils évaluent l'efficacité du	Surveillance insuffisante des effets des traitements, conduisant à des effets secondaires non détectés.

	traitement et procèdent à des ajustements si nécessaire.	Ajustements tardifs ou inadaptés des traitements, exposant les résidents à des complications
--	--	--

Après avoir réalisé ces différentes cartographies et identifié les risques potentiels dans le circuit du médicament actuel, il est important d'élaborer les objectifs avant de débiter le projet. C'est pourquoi j'ai choisi de d'utiliser la méthode SMART, crée par le consultant Georges Doran, permettant de définir des objectifs clairs, soit **S**pécifiques, **M**esurables, **A**ceptables, **R**éalistes, **T**emporairement définis.

2.3.3 Les objectifs SMART



Introduite par George T. Doran en 1981 dans son article intitulé "There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives," la méthode SMART offre un cadre structuré et pragmatique pour définir des objectifs, favorisant ainsi leur réussite.

Cette méthode est intrinsèquement liée à la motivation, car elle permet de définir des objectifs clairs et atteignables, ce qui peut augmenter la motivation des individus. Un auteur référent dans ce domaine est Edwin A. Locke³⁶, connu pour sa théorie de la fixation des objectifs. Il affirme que des objectifs spécifiques et difficiles conduisent à de meilleures performances que des objectifs vagues et faciles. Les principes clés de cette théorie incluent **la clarté**, avec des objectifs clairs et précis, **la difficulté**, avec des objectifs ambitieux et stimulant, et **l'engagement** avec les motivations pour atteindre l'objectif. Locke indique qu'il est important d'organiser des feedbacks afin d'avoir des retours réguliers sur les progrès réalisés vers l'objectif. Dans le but

³⁶ Granger, L. (2023). Définir des objectifs efficaces avec la théorie de Locke et Latham.

d'encourager l'engagement collectif, il est important que ces objectifs soient coconstruits.

C'est pourquoi, lors de la première réunion, nous avons définis des objectifs spécifiques au projet :

- Assurer la conformité aux réglementations de la HAS pour la gestion des médicaments avec un taux de conformité de 100% lors des audits d'ici fin 2025.
- Permettre aux IDE de reprendre leur rôle dans l'administration des traitements et aux autres soignants de se concentrer sur leurs missions spécifiques, pour améliorer la qualité des soins.
- Mettre en place un système de suivi et de traçabilité des médicaments avec une traçabilité de 100% des médicaments administrés d'ici mi-2025.
- Réduire les incidents de médication liés à des erreurs de prescription et d'administration de 50% en 12 mois.
- Utiliser des indicateurs de qualité pour améliorer en continu la sécurisation du circuit du médicament en suivant des indicateurs tels que le taux d'erreurs de médication signalé et les résultats des audits internes d'ici mi 2025.
- Impliquer activement l'équipe pluridisciplinaire dans la sécurisation du circuit du médicament avec une participation régulière de 100% des membres de l'équipe lors des réunions mensuelles d'ici mai 2025.
- Planifier des audits internes trimestriels pour évaluer la conformité et les pratiques de sécurisation des médicaments avec un audit interne tous les trimestres à partir d'avril 2025.
- Inciter à la déclaration des événements indésirables, notamment ceux liés au circuit du médicament.
- Former le personnel aux bonnes pratiques d'ici mai 2025
- Mettre à jour et compléter les procédures liées au circuit du médicament, mars 2025.
- Garantir une prise en soins adaptée et personnalisée en fonction des besoins de chaque résident.
- Améliorer la satisfaction des résidents et de leurs familles.

Après avoir identifié les objectifs, il semble nécessaire d'affiner mon analyse au travers d'un SWOT. Cette démarche me permettra de dégager une vision claire et structurée de l'organisation. Grâce à cette analyse, je pourrai élaborer des stratégies adaptées et renforcer l'organisation pour mieux répondre aux défis actuels et futurs.

2.3.4 Analyse SWOT

L'analyse SWOT est une méthode stratégique utilisée pour identifier en interne les forces et faiblesses, et en externe, les opportunités et menaces d'un projet ou d'une organisation. Elle permet de mieux comprendre les enjeux et de planifier des actions adaptées afin d'optimiser la gestion des médicaments, d'améliorer la sécurité des résidents et de garantir une utilisation efficiente des ressources.



- Les forces

L'EHPAD dispose de quelques atouts pour la gestion des médicaments. En particulier, la présence active de la direction et la mise à disposition des ressources indispensables, qu'elles soient matérielles, humaines, ou liées à la formation, jouent un rôle clé.

Le personnel infirmier se distingue par son professionnalisme et son engagement. Les IDE ont déjà bénéficié de sessions de formations organisée par l'OMEDIT, ce qui leur a permis d'acquérir quelques connaissances des exigences réglementaires, mais qui restent toutefois insuffisantes.

L'EHPAD dispose déjà d'une procédure sur l'aide à la prise des médicaments. Cependant elle nécessite d'être réactualisée.

L'établissement utilise le logiciel « NETSOINS », reconnu pour sa simplicité d'utilisation et son efficacité, garantissant ainsi une traçabilité optimale des médicaments.

De plus, il existe une base juridique solide ainsi qu'un décret de compétence, définissant les responsabilités et les qualifications requises pour les professionnels de santé, permettant d'adapter le circuit du médicament aux réglementations en vigueur.

- Les faiblesses

L'EHPAD rencontre plusieurs défis dans le circuit du médicament.

- **Dysfonctionnements matériels** : manque d'espace de stockage, absence de tablettes pour assurer la traçabilité en temps réel.
- **Dysfonctionnements organisationnels** : Les habitudes de travail enracinées depuis longtemps avec risque d'obstacle politique majeur et résistance au changement. Délégation de la distribution des traitements aux AS, AMP/AES et même aux ASH en soins. Manque de sécurisation lors de la distribution avec des traitements parfois laissés sur les plateaux repas, accessibles à tous, augmentant ainsi le risque d'erreurs et d'accidents. Absence de contrôle des traitements par les IDE. Situation préoccupante la nuit, où les AS administrent des morphiniques sans la supervision d'IDE. Déclaration des événements indésirables très limitée, empêchant une évaluation et une amélioration

continues du circuit du médicament. Pas de formation des soignants quant à la gestion des médicaments et procédures.

- **Dysfonctionnements réglementaires :** Pas de procédure formalisée pour le circuit du médicament, ni pour la gestion des traitements par les AS de nuit. Pas de procédure dédiée aux stupéfiants. Procédure sur la distribution des traitements à améliorer. Aucune traçabilité des dates de péremption des médicaments. Pas de stock tampon présent avec un risque de rupture d'approvisionnement. Pas de traçabilité du relevé de température du réfrigérateur.

- Les opportunités

- **Développements Technologiques :** L'innovation avec l'intégration de systèmes de traçabilité avancés, tels que les codes-barres, permettrait de suivre chaque médicament de manière précise depuis sa réception jusqu'à son administration aux résidents. Le projet de télémédecine, à court terme, pour pallier au déficit médical, en particulier pour les consultations de spécialités, faciliterait l'accès aux soins.
- **Développements Réglementaires :** Les nouvelles régulations peuvent imposer des normes plus strictes pour la gestion des médicaments. Des directives peuvent être mises en place pour obliger l'utilisation de systèmes de traçabilité ou l'installation de dispositifs de sécurité supplémentaires.

- Les menaces

Les changements réglementaires peuvent imposer de nouvelles normes et procédures que l'EHPAD doit respecter, nécessitant des investissements supplémentaires en temps, en formation et en ressources financières.

Les crises sanitaires, comme les épidémies et les pandémies telles que la COVID-19, peuvent profondément perturber le circuit du médicament. Ces situations peuvent entraîner des pénuries de médicaments, des retards de livraison et un surcroît de travail pour le personnel soignant. Le stress accru et la surcharge de travail augmentent également le risque d'erreurs médicamenteuses.

La pénurie de personnel qualifié, en particulier des IDE, peut avoir un impact direct sur la gestion des médicaments.

De plus, les contraintes budgétaires externes, telles que la réduction des subventions publiques ou l'augmentation des coûts des médicaments, peuvent limiter les capacités de l'EHPAD à investir dans des améliorations nécessaires pour le circuit du médicament. Cette situation pourrait compromettre la qualité des soins offerts aux résidents.

Enfin, les litiges et les réclamations liés à des erreurs médicamenteuses peuvent non seulement avoir des implications financières, mais aussi nuire à la réputation de l'EHPAD. Cela pourrait entraîner une perte de confiance parmi les résidents et leurs familles.

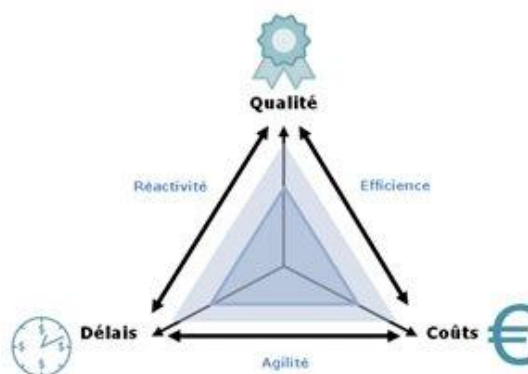
En parallèle de l'analyse SWOT, il me paraît important de réaliser une analyse approfondie des ressources disponibles. Cette démarche complémentaire permettra de développer des stratégies efficaces et adaptées au contexte organisationnel.

2.3.5 Analyse des ressources

- **Humaines** : L'EHPAD Degommier accueille 73 résidents. Il emploie 4 infirmiers et 20 AS pour répondre aux besoins médicaux et aux soins quotidiens des résidents. De plus, 4 ASH sont en charge de certaines tâches de soins, apportant leur soutien aux IDE et AS, AMP/AES. Pour compléter cette équipe, l'EHPAD collabore avec une pharmacie de ville, dont deux préparateurs sont affectés à la gestion médicamenteuse des EHPAD, sous la supervision d'un pharmacien.
- **Matérielles** : Pour assurer une bonne organisation et sécurité des traitements, une salle est spécialement dédiée à la préparation et au stockage des médicaments. Cependant elle nécessite un remaniement et un équipement plus approprié pour garantir la sécurité et la qualité des médicaments stockés.
- **Financières** : L'EHPAD reçoit une dotation globale pour la gestion de ses médicaments, ce qui signifie qu'il bénéficie d'un financement global destiné à couvrir toutes les dépenses liées aux soins médicaux, y compris les médicaments. Une grande partie de ce financement provient de la sécurité sociale et des mutuelles des résidents. Cette couverture inclut généralement les médicaments remboursables prescrits par les médecins, permettant ainsi de réduire les coûts pour les résidents et de garantir un accès adéquat aux traitements nécessaires. Cependant, tous les médicaments ne sont pas toujours pris en charge par ces sources de financement. En effet, certains médicaments spécifiques ou traitements particuliers peuvent ne pas être remboursés. Dans ces cas, les résidents doivent en assumer les coûts. C'est un élément à prendre en compte lors de la réalisation des prescriptions médicales afin de limiter la prescription de traitements « non-remboursables ». Cette dotation globale est essentielle pour le bon fonctionnement de l'EHPAD, car elle permet de financer la plupart des besoins en médicaments. Néanmoins, elle souligne également l'importance d'une gestion rigoureuse des coûts et d'une communication claire avec les résidents et leurs familles concernant les médicaments non remboursables.

L'analyse des ressources fournit une vision claire des moyens disponibles, constituant ainsi une base essentielle pour appliquer les principes du triangle de la performance, qui évalue l'équilibre entre qualité, coût et délai dans la gestion du projet.

2.3.6 Le triangle de la performance



Guérard G., (2021)

Le triangle de la performance a été élaboré par **Patrick Gilbert**, professeur émérite en sciences de gestion à l'Institut d'Administration des Entreprises de Paris. Cet outil est souvent utilisé pour évaluer la performance d'un projet. Il s'articule autour des trois dimensions fondamentales, la qualité, le coût et le délai.

Sur **l'axe de la qualité**, il est impératif de respecter les exigences réglementaires afin de garantir la sécurité des soins, non seulement pour les résidents, mais également pour l'ensemble de l'équipe soignante. Cela inclut l'adoption de bonnes pratiques professionnelles, la mise en œuvre de procédures standardisées, et une vigilance constante pour prévenir les risques liés aux soins. En outre, il est essentiel d'assurer une formation continue pour les équipes, afin de maintenir un haut niveau de compétence et de conformité, tout en favorisant une culture de qualité et de sécurité au sein de l'organisation.

Sur **l'axe des coûts**, il est primordial de respecter les exigences du plan de retour à l'équilibre. Pour ce faire, nous allons mettre l'accent sur l'optimisation des ressources disponibles, en maximisant leur utilisation pour réduire les dépenses. Certains achats resteront incontournables, mais leur gestion devra s'appuyer sur une analyse comparative rigoureuse entre différents prestataires, afin de garantir le meilleur rapport qualité-prix tout en respectant les contraintes budgétaires.

Enfin, sur **l'axe des délais**, il est impératif de respecter le calendrier fixé à 8 mois pour la réalisation du projet en raison de l'évaluation interne de mai 2025. Cela implique une planification rigoureuse des étapes clés, une coordination efficace des équipes et une anticipation des éventuels obstacles pour éviter tout retard. La mise en place de mécanismes de suivi et de contrôle régulier permettra d'assurer le respect des échéances, tout en préservant la qualité et les ressources nécessaires à chaque phase.

Le triangle de la performance, en offrant une vision équilibrée entre efficacité, efficience et pertinence, constitue un cadre stratégique essentiel pour définir et analyser les indicateurs de qualité, ces derniers permettant de mesurer concrètement la réalisation des objectifs fixés.

2.4 Les indicateurs de qualité et sécurité des soins

Afin de vérifier le suivi et la viabilité du projet, la surveillance d'un certain nombre d'indicateurs est nécessaire.

Indicateurs de qualité et sécurité des soins :

- Taux d'erreurs médicamenteuses : Nombre d'erreurs signalées par rapport au nombre total de traitements administrés.
- Taux de satisfaction des résidents : Ressenti des résidents ou de leurs familles sur la qualité et la sécurité des soins médicamenteux.
- Incidents liés à la polymédication : Nombre d'incidents ou effets indésirables liés à la prise de plusieurs médicaments.

Indicateurs de conformité :

- Traçabilité des prescriptions et des administrations : Suivi des documents et des pratiques pour garantir la transparence et la conformité.
- Respect des procédures lors de la distribution des médicaments : Adhésion aux normes établies.
- Nombre de personnel formés à l'utilisation correcte de l'outil informatique (Netsoins) : Suivi et maîtrise de l'outil pour les prescriptions et les traitements.

- Stockage des médicaments dans des conditions adéquates : Maintien des bonnes pratiques pour conserver les médicaments de manière sécurisée et conforme.

Indicateurs d'efficacité des processus :

- Temps moyen de gestion des traitements : Rapidité et efficacité de la gestion, de la prescription à l'administration.
- Taux de formation du personnel : Pourcentage de soignants formés à la sécurisation du circuit du médicament.

D'après Xavier Marchand, psychologue du travail et intervenant lors de la formation du master 2, « *la raison sociale d'une structure repose sur sa capacité à fournir des soins*³⁷ ». Dans ce contexte, la raison sociale n'est pas respectée, car la qualité du circuit du médicament n'est pas garantie, faute d'organisation adéquate. Ainsi, pour remédier à cette situation, il est impératif de planifier un plan d'action en utilisant la méthode GANTT.

2.5 La planification du projet

La méthode Gantt a été inventée par Henry Laurence Gantt, un ingénieur en mécanique et consultant en management américain. Il a développé le diagramme de Gantt en 1910. C'est un outil de gestion de projet qui permet de visualiser les différentes tâches d'un projet dans le temps.

Tâche	oct-24	nov-24	déc-24	janv-25	févr-25	mars-25	avr-25	mai-25
1. État des lieux	✓							
2. Analyse des risques		✓	✓					
3. Définition des objectifs			✓					
4. Mise en place du groupe de travail			✓	✓				
5. Réunions pluridisciplinaires			✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Sessions de formations des AS/AES/AMP						✓		

³⁷ Marchand, X. (2024). *La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail* (Cours UE 7.1). École Supérieure de Montsouris (ESM).

7. Réalisation des procédures	✓	✓
8. Évaluation à blanc	✓	
9. Évaluation interne		✓

Le diagramme de Gantt, en offrant une vision chronologique des étapes du projet, sert de fondation pour structurer et détailler le plan d'action clair et précis.

2.6 Le plan d'action

Après avoir analysé les différents aspects, pris connaissance des recommandations, de la législation, et réalisé un premier audit de référence, j'ai pu définir mon plan d'action afin de pouvoir atteindre les objectifs.

En tant que pilote et coordinateur de ce projet, j'assurerai la mise en œuvre des actions et l'harmonisation des efforts, tout en mobilisant les différentes parties prenantes autour de ce projet.

De façon à pouvoir en examiner tous les aspects, j'ai choisi de détailler le plan d'action par sous-thèmes, allant de la prescription à l'amélioration continue de la qualité.

Plan d'action circuit du médicament

Finalisé En cours Non initié	2024												2025																			
	Octobre				Novembre				Décembre				Janvier				Février				MARS				AVRIL				MAI			
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32
Phase 1 = La prescription																																
Analyser les risques																																
Sensibiliser l'équipe médicale et créer les conditions d'une collaboration avec les IDE																																
Sensibiliser l'équipe médicale sur la qualité des prescriptions																																
Phase 2 = La dispensation																																
Analyser les risques																																
Créer une collaboration/communication pharmacie - équipe médicale et paramédicale																																
Phase 3 = Le transport																																
Analyser les risques																																
Sécuriser l'acheminement des médicaments en lien avec la pharmacie																																
Mettre en place une feuille de traçabilité pour la livraison de la commande																																
Phase 4 = La détention																																
Analyser les risques																																

En cours	Octobre				Novembre				Décembre				Janvier				Février				MARS				AVRIL				MAI			
Non initié	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32
Mettre en place une feuille de traçabilité de la conformité de la reception de la commande																																
Mettre en place une procédure stock tampon																																
Mettre en place une procédure gestion des stupéfiants																																
Réajuster les dotations une fois par an au minimum																																
Phase 5 = L'administration																																
Analyser les risques																																
Sensibiliser l'équipe paramédicale sur la traçabilité en temps réel de l'administration																																
Mettre en place une procédure du circuit du médicament																																
Contrôler l'application des principes d'identitovigilance lors de l'administration des médicaments																																
Contôler la vérification du pilulier avant administration (concordance médicament/prescription, intégrité, conservation, péremption, ...)																																
Sensibiliser l'équipe paramédicale sur l'importance de l'information faite au patient et de la recherche de son consentement éclairé																																
Phase 6 = La surveillance																																
Analyser les risques																																
Sensibilisation des IDE sur le contrôle du réfrigérateur, le respect de la chaine du froid et la traçabilité																																
En cours	Octobre				Novembre				Décembre				Janvier				Février				MARS				AVRIL				MAI			
Non initié	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32
Sensibilisation des IDE sur le contrôle des stupéfiants et la traçabilité																																
Mettre en place une feuille de traçabilité de la vérification des péremptions (stock tampon + plan bleu)																																
Mettre en place une feuille de traçabilité du bionnetoyage de la pharmacie																																
Sensibiliser les IDE sur la sécurisation du chariot de médicaments et le respect de la confidentialité																																
Sensibiliser les IDE sur l'importance de noter les dates d'ouvertures sur les solutions buvables et stylos à insuline																																
Phase 7 = Amélioration continue de la qualité																																
Réaliser et mettre en place la procédure déclaration des EI																																
Réaliser la procédure mode opératoire																																
Promouvoir et favoriser la déclaration des effets indésirables, des erreurs médicamenteuses, des défauts/qualité des médicaments																																
Réaliser un REX autour des situations problématiques et des questionnements																																
Mettre en place une formation sur les bonnes pratiques et les risques médicamenteux																																

En cours	Octobre				Novembre				Décembre				Janvier				Février				MARS				AVRIL				MAI			
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32
Non initié																																
Mettre en place des réunions trimestrielles pour faire le point et définir les points forts et les axes d'améliorations																																
Réaliser des audits dossier de soins																																
Réaliser des audits des pratiques infirmières dans le circuit du médicament																																
Sensibiliser sur la déclaration des "presques" évènements indésirables afin d'éviter la survenue d'un évènement indésirable																																
Réaliser une évaluation à blanc																																
Evaluation interne																																

2.6.1 La prescription

Mon objectif principal est de faciliter la communication entre le médecin prescripteur, les IDE, les AS et les pharmaciens pour une gestion harmonieuse des prescriptions. Une réunion pluridisciplinaire incluant les IDE et le medco eu lieu en novembre 2024 (annexe 5) pour faire remonter tous les dysfonctionnements rencontrés avec les prescriptions médicales, tels que les changements fréquents de traitements et l'absence de transmission orale des nouvelles prescriptions. Bien que la présence du médecin prescripteur fût prévue, il a annulé au dernier moment. Une nouvelle tentative de tenir une réunion collégiale a échoué en raison de son refus.

Cependant, il a accepté une réunion individuelle avec moi le 12 novembre 2024, j'ai eu à cette occasion la possibilité de lui faire un retour sur les problèmes évoqués précédemment. Il m'a signifié qu'il prendrait en compte ces retours avec attention. Je l'ai également sensibilisé sur l'importance des transmissions orales et écrites pour tout changement de prescription afin de favoriser une collaboration optimale. De plus, j'ai souligné l'importance de la qualité des prescriptions : le bon médicament, la bonne posologie, la bonne voie d'administration, en rappelant les erreurs parfois commises lors du choix dans la liste de préférences.

Ces réunions ont révélé une problématique : les modifications de prescriptions ne sont pas traitées dans les délais par la pharmacie, principalement parce que les IDE ne s'aperçoivent pas immédiatement des changements, en raison d'un manque de transmissions entre eux et le médecin.

Une réunion s'est tenue le 10 décembre 2024 avec le pharmacien (annexe 6), l'ensemble de l'équipe IDE et le medco. Il a été décidé d'installer le logiciel NetSoins à la pharmacie pour une télétransmission immédiate. J'ai pris contact avec le prestataire NetSoins qui a effectué les démarches nécessaires. L'accès leur a été donné et une formation leur a été dispensée en décembre 2024 par l'IDE référente NetSoins, pour l'utilisation du logiciel. Un test de la fonctionnalité a été réalisé sur une semaine et s'est avéré concluant. Les télétransmissions sont désormais effectives.

L'accès à NetSoins pour la pharmacie permet une télétransmission immédiate, prenant en compte les mouvements des résidents ainsi que leur changement de traitements. Cela fait gagner du temps aux IDE, qui ne sont plus obligés d'envoyer les modifications ou les nouvelles prescriptions par email. Cela évite également les oublis de transmission d'informations à la pharmacie.

2.6.2 La dispensation

La réunion réalisée le 10 décembre 2024 avec la pharmacie, visait à faciliter la communication et la collaboration entre les différents acteurs impliqués.

À cette occasion, il a été décidé de mettre en place des feuilles de commande pour s'assurer d'une délivrance nominative des médicaments. Cette mesure permet de garantir une gestion plus précise et sécurisée des traitements, en assurant que chaque résident reçoive les médicaments qui lui sont destinés, tout en minimisant les risques d'erreurs. Cela permettra également une gestion plus efficace des coûts des traitements, aussi bien pour l'EHPAD que pour les résidents.

2.6.3 Le transport/ la livraison

Lors de cette même réunion, nous avons abordé plusieurs points cruciaux pour améliorer la gestion et la sécurité du circuit du médicament.

Tout d'abord, le respect de la chaîne du froid a été souligné comme une priorité. Il a été décidé que le livreur appelle les IDE systématiquement dès la livraison afin de mettre immédiatement les produits sensibles au réfrigérateur. Cela garantit que les médicaments thermosensibles sont conservés dans des conditions optimales, préservant ainsi leur efficacité et une sécurité pour les résidents.

Ensuite, la traçabilité de la livraison et de la réception des commandes a été un point central de discussion. En collaboration avec la pharmacie, nous avons convenu de mettre en place un système de traçabilité rigoureux impliquant tant le transporteur que les IDE. Une feuille de traçabilité (annexe 7) a été introduite dès décembre 2024, permettant de suivre le processus de livraison. Cette initiative vise à renforcer la transparence et à éviter toute perte ou erreur dans la gestion des médicaments.

De plus, afin d'assurer un approvisionnement correct des médicaments en EHPAD, l'heure de livraison a été modifiée pour mieux répondre aux besoins de l'établissement.

Enfin, la livraison sécurisée des stupéfiants a fait l'objet d'une attention particulière. Pour garantir la sécurité de ces substances sensibles, il a été décidé que le transporteur appellerait systématiquement une IDE pour sécuriser les stupéfiants dans un coffre spécialement dédié. Cette mesure vise à prévenir tout risque de détournement ou de mauvaise utilisation des stupéfiants, assurant ainsi une gestion conforme aux normes de sécurité les plus strictes.

L'aspect central de cet item repose sur la vérification des déroulés par les IDE dès leur réception. Bien qu'un double contrôle soit déjà en place, effectué par le robot et le préparateur, une vérification de conformité supplémentaire est exigée auprès des IDE. Conformément à l'arrêté du 6 avril 2011, les IDE, en tant que garants de la sécurité des soins, jouent un rôle essentiel dans cette démarche.

Après une période d'observation, j'ai mis en avant la nécessité de réorganiser les journées des IDE. Suite à de multiples rencontres avec les IDE, nous avons convenu de certaines mesures afin de faciliter leur quotidien. Par exemple, la tenue des dossiers administratifs et les prises de rendez-vous ont été déplacés à l'après-midi.

D'autre part, en accord avec les IDE, une réorganisation de leurs roulements a été réalisée de façon à ce que deux IDE soient présents les jours de vérification des déroulés, afin de faciliter cette tâche fastidieuse. De ce fait, lors de la réception de la commande le mardi, l'un des IDE se consacre exclusivement à cette vérification. Elle peut s'étaler sur plusieurs jours, en fonction des effectifs disponibles, ce qui permet de vérifier les traitements destinés à la semaine suivante.

Au départ, les IDE étaient réticents à accepter ce changement, car cette mission est très chronophage. Toutefois, après les premiers tests révélant de nombreuses erreurs dans les déroulés, ils ont compris l'importance de cette vérification qui a donc pu être intégrée à leur organisation (annexe 8).

2.6.4 La détention/le stockage

En collaboration avec les IDE et le medco, plusieurs initiatives ont été lancées pour améliorer la gestion des traitements en EHPAD.

Premièrement, nous avons constaté que les armoires de stockage existantes n'étaient pas suffisantes pour répondre aux besoins de l'établissement. Par conséquent, elles ont été remplacées par des armoires plus grandes et mieux adaptées. De façon à limiter l'impact des coûts, ces armoires ont été récupérées d'un EHPAD partenaire. Ensuite, pour organiser les traitements de manière plus ordonnée, des casiers nominatifs ont été achetés et étiquetés, permettant ainsi une meilleure organisation et un accès plus facile aux médicaments.

Une des mesures clés, et sur demande de l'ARS, a été l'instauration d'un stock tampon ainsi que sa procédure (annexe 9). Cette initiative a éliminé les stocks sauvages et a assuré que, en cas d'urgence ou de retard de livraison, les soins pouvaient être maintenus sans interruption. Cette réserve de médicaments a été élaborée en lien avec le medco et l'équipe IDE. Elle permet de gérer les imprévus et garantit la continuité des soins pour les résidents. Une feuille de contrôle et de réapprovisionnement a été instaurée pour documenter la traçabilité de la dotation en médicaments (annexe 10). Cela permet de vérifier régulièrement les stocks et de s'assurer que les médicaments sont disponibles en quantité suffisante.

Nous avons également mis en place un système de traçabilité pour surveiller les dates de péremption des traitements (annexe 11) qu'ils soient nominaux ou dans le stock tampon. Cette traçabilité assure que tous les médicaments utilisés sont sûrs et efficaces.

2.6.5 L'administration

Préalablement, des formations sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD, organisées via Omedit, se sont tenues le 27 octobre 2023 et une seconde session le 28 mai 2024, en présence du medco, de deux IDE et de moi-même. L'inscription à ses formations a été faite dans le but de sensibiliser les IDE sur la nécessité de changer les pratiques et de faire émerger une esquisse de plan d'action en se basant sur une législation rigoureuse.

En effet, historiquement, les IDE, faute de temps, déléguaient l'administration des traitements aux AS, AMP/AES, voire même aux ASH en soins. Il m'a semblé important que les IDE reprennent leur rôle dans cette tâche essentielle. L'organisation de l'administration des traitements a donc connu une réorganisation majeure. Les IDE sont désormais dédiés à cette tâche de 8h à 10h. J'ai également demandé au secrétariat de filtrer les appels venant de l'extérieur, et non urgents, adressés aux IDE. Une plage horaire en après-midi a été privilégiée afin d'éviter toute interruption de tâche. Un mail d'information a été envoyé à toutes les familles des résidents afin de les sensibiliser.

Les traitements de 20h et de nuit sont gérés uniquement par les AS, car les IDE terminent leur service à 19h. Pour réduire cette charge de distribution, le medco et le médecin prescripteur ont réévalué les traitements afin d'en avancer certains à 18h. Seuls les traitements nécessitant une prise à des horaires fixes sont maintenus à 20h, ce qui correspond actuellement à seulement trois cas. Concernant les traitements de nuit, les prescriptions de somnifères ont également été revues, tant pour vérifier leur nécessité que pour limiter leur distribution par les AS.

Quant aux ASH, ils n'ont plus l'autorisation de distribuer de traitements quels qu'ils soient.

Afin d'assurer la concordance entre les médicaments et les prescriptions, j'ai demandé une traçabilité en direct de l'administration, que les IDE faisaient auparavant après la distribution. Pour renforcer cette tâche, de nouvelles tablettes ont été achetées et installées sur les chariots de médicaments. L'IDE référente a formé le personnel soignant à leur utilisation, ce qui a permis une meilleure documentation et une traçabilité améliorée des administrations.

Parallèlement, le respect des principes d'identitovigilance lors de l'administration des médicaments a également été renforcé. Les chariots de traitements ont été réorganisés par les IDE avec les photos des résidents et un classement adapté. Pour assurer la sécurité des résidents, et pour favoriser les règles des 5 B (Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bonne voie, et Bon moment), les vacataires et nouveaux arrivants ne sont plus autorisés à administrer seuls les traitements.

Un groupe de travail a été constitué avec l'IDE référente du circuit du médicament, le medco, une AS et moi-même, pour soutenir la formation des soignants concernant la distribution et/ou l'aide à la prise des médicaments. Le support de formation a été finalisé le 03 février 2025 (annexe 12). Des sessions de formations ont été programmées à l'inter équipe, soit de 13h30 à 14h30 de façon à pouvoir former tous les professionnels.

En même temps, un groupe de travail avec les mêmes membres, a été mis en place pour réviser la procédure intitulée « Distribution et Administration (Aide à la prise) du médicament » datant d'octobre 2023. Cette procédure avait été créée en réponse aux attentes de l'ARS suite au contrôle inopiné. Une réactualisation a eu lieu en décembre 2024 afin d'approfondir sa pertinence et son efficacité dans la gestion sécurisée des médicaments.

2.6.6 L'amélioration continue de la qualité

Plusieurs mesures de sensibilisation et d'organisation ont été mises en œuvre auprès des IDE.

Concernant la sécurisation des chariots de médicaments et le respect de la confidentialité, une réorganisation a été mise en place. Suite à l'injonction de l'ARS, le déploiement de chariots ainsi que leur organisation en fonction des recommandations, ont non seulement amélioré la sécurité, mais a aussi encouragé les IDE à être force de propositions, contribuant ainsi à une culture de l'amélioration continue.

Pour sensibiliser les IDE à l'importance du respect des bonnes pratiques, je leur ai demandé de réaliser elles-mêmes l'audit circuit du médicament (annexe 13). Cette auto-évaluation permet de prendre conscience des attendus et de leur propre pratique professionnelle. Grâce à cela, une nette amélioration a été constatée quant à leur traçabilité, notamment en ce qui concerne le contrôle de la température du réfrigérateur, la périodicité de vérification des péremptions, les dates d'ouvertures des solutions buvables, etc.

Il m'a semblé également indispensable de mettre l'accent sur la gestion des **événements indésirables**. De nombreux rappels et actions de sensibilisation ont été effectués lors de formations flashes relevant de la nature des déclarations à effectuer et de leur importance. En complément, j'ai réalisé une session de sensibilisation avec une démonstration sous forme de mode opératoire en 2 avril 2025.

Afin de renforcer la sécurité des résidents et améliorer la gestion des incidents, une procédure de recueil et de traitement des événements indésirables a été élaborée, conforme aux réglementations en vigueur. Cette procédure a été présentée aux équipes par la direction le 15 janvier 2025. En complément, une charte d'incitation a été rédigée pour encourager le signalement des incidents (annexe 14).

La direction continue de promouvoir une culture de transparence et de responsabilité, où chaque membre du personnel se sent habilité à signaler les incidents sans crainte de répercussions négatives. Par ailleurs, les audits internes permettent d'évaluer la conformité aux nouvelles procédures et d'identifier les axes d'amélioration. Ils constituent un outil de suivi des progrès réalisés et garantissent le respect des normes établies.

Le retour du personnel soignant est également précieux pour ajuster les pratiques et les procédures en fonction des besoins et des réalités du terrain. Des mécanismes de feedback ont été instaurés, en général le mercredi, pour recueillir ces retours de manière systématique. Les suggestions et observations du personnel sont prises en compte pour améliorer continuellement les processus, assurant ainsi la sécurité et le bien-être des résidents.

Toujours dans cette dynamique d'amélioration de la qualité des soins, un **retour d'expérience** (REX) a été réalisé afin de traiter une situation problématique et de répondre aux questionnements. Ce dispositif permet aux membres de l'équipe de partager leurs expériences, d'identifier les difficultés rencontrées et de proposer des solutions adaptées. Le retour des soignants a été très positif, demandant plus souvent ce genre de rencontre.

La mise en place de réunions pluridisciplinaires trimestrielles est essentielle. Ces rencontres régulières permettent de faire le point sur les pratiques actuelles, d'évaluer les points forts et de définir les axes d'amélioration. Elles favorisent également la communication et la coordination entre les différents membres de l'équipe, facilitant ainsi une prise de décision collective et éclairée.

Suite à l'évaluation interne à blanc de janvier 2025, j'ai constaté qu'il manquait deux procédures indispensables au bon fonctionnement du circuit du médicament : circuit du médicament et gestion des stupéfiants. Elles ont toutes deux été réalisées et finalisées en pluridisciplinarité le 24 janvier 2025.

Pour finir, les 12, 13 et 14 mai 2025, une évaluation interne demandée par la HAS aura lieu. Ce processus de vérification vise à évaluer la qualité des soins et des services offerts aux résidents. La collecte de données se fera via une observation directe, des entretiens individuels et collectifs avec les soignants, la direction et les résidents, ainsi qu'une analyse documentaire des protocoles et des dossiers médicaux.

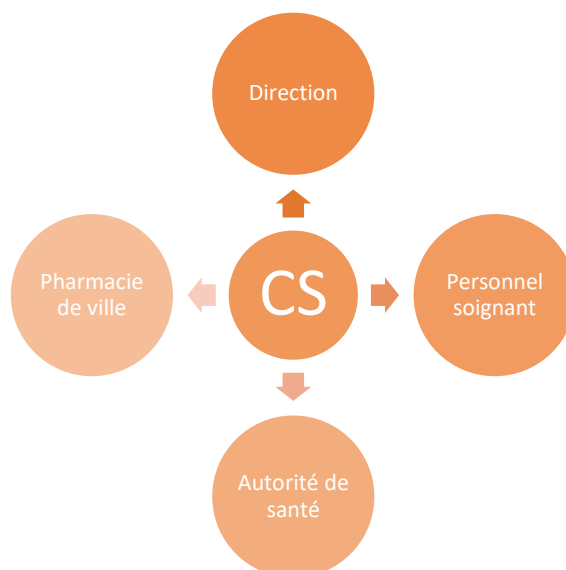
Cette démarche d'amélioration continue de la qualité s'appuie nécessairement sur une conduite du changement constante, garantissant l'adhésion et l'engagement des équipes à chaque étape.

2.7 Leadership et chef de projet : conduire le changement pour sécuriser les pratiques

En tant que chef de projet, mon rôle dans la sécurisation du circuit du médicament repose sur une approche à la fois stratégique et collaborative. Dès le début, j'ai

identifié les failles des processus existants et mobilisé les ressources nécessaires pour garantir la sécurité des résidents, tout en respectant les recommandations de l'ARS.

Mon style de **leadership** repose sur un équilibre entre vision stratégique et mobilisation des équipes. J'incarne un leadership clair et motivant en fixant des objectifs ambitieux mais réalistes, tout en fédérant les parties prenantes autour d'une vision commune. En tant que **facilitateur**, je joue un rôle central en coordonnant les efforts entre la direction, le personnel soignant, les prestataires externes et les autorités de santé.



Ma priorité est d'instaurer un climat de confiance et de cohésion. Je prends en compte les retours des équipes et gère les résistances de manière constructive pour encourager leur implication. Mon approche s'appuie également sur les principes établis par John P. Kotter, expert reconnu en gestion du changement. Il propose un modèle structuré en huit étapes, qui cadre parfaitement avec ce projet : susciter un sentiment d'urgence, former une collaboration de pilotage, définir une vision stratégique, mobiliser grâce à une communication adaptée, lever les obstacles, célébrer les victoires intermédiaires, consolider les acquis et ancrer durablement les nouvelles pratiques dans la culture de l'organisation³⁸.

Dans cette perspective, j'ai travaillé dès les premières phases du projet à créer une prise de conscience et un sentiment d'urgence autour des enjeux liés au circuit du médicament. J'ai réuni une alliance d'acteurs clés – direction, personnel soignant et partenaires – tout en établissant une stratégie claire et mobilisatrice pour tous.

Mon rôle se distingue également par une vision à long terme : je ne cherche pas uniquement à résoudre des problématiques immédiates, mais à inscrire les solutions dans une démarche d'amélioration continue. La mise en place d'indicateurs de suivi et l'évaluation régulière des actions sont des piliers de cette stratégie, garantissant ainsi la pérennité des bonnes pratiques et leur ancrage dans les processus de l'établissement.

Enfin, mes compétences relationnelles sont un atout majeur. Elles me permettent de fédérer les équipes interdisciplinaires, de cultiver un environnement de travail harmonieux et de valoriser la contribution de chacun. En optimisant les ressources humaines et matérielles, je pilote les différentes étapes du projet avec efficacité,

³⁸ Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A., & Johnson, K. (2018). *Conduite du changement : concepts clés*. Chapitre 24 : John P. Kotter.

tout en plaçant au cœur de mes actions la qualité des soins et la sécurité des résidents.

La conduite du changement est une étape déterminante. Elle englobe l'ensemble des actions, stratégies et processus mis en place pour accompagner une organisation, une équipe ou des individus dans une phase de transition ou de transformation. Selon Autissier, *« la conduite du changement est un processus structuré visant à accompagner les organisations et les individus dans une transition, qu'elle soit organisationnelle, technologique ou culturelle »*³⁹. Il met en avant plusieurs étapes clés pour réussir ce processus de changement, qu'il soit structurel ou culturel. Une conduite du changement efficace permet d'anticiper et de réduire les risques liés à la résistance.

2.7.1 La gestion de la résistance au changement

Comme l'explique JP DUMONT, la politique organisationnelle et les enjeux de pouvoir jouent un rôle crucial dans la mise en œuvre des changements d'organisation.

Selon Autissier, il est fondamental d'impliquer les soignants dans le processus de changement, en leur donnant une voix et en les transformant en acteurs de cette évolution. Initialement, les IDE, bien que volontaires, étaient réticents face à ces modifications, car elles bouleversaient leurs **habitudes de travail**, ce qui les déstabilisait. De leur côté, les AS ne participaient pas à la sécurisation des médicaments et ne se sentaient pas concernés, malgré des rappels réglementaires fréquents. Cela n'était pas leur priorité, étant donné leur charge de travail déjà conséquente. Quant aux ASH, n'étant plus autorisés à intervenir dans le circuit du médicament, ils se percevaient comme « dépossédés » d'un droit qu'ils considéraient leur appartenir.

Autissier pense qu'une étape capitale pour mener un changement réussi est, de mobiliser et de motiver les équipes. Il est donc essentiel d'impliquer les soignants dès le départ dans le processus, afin qu'ils se sentent écoutés et partie prenante du projet. C'est pourquoi j'ai rapidement mis en place des groupes de travail interprofessionnels, incluant les IDE, AS et AMP/AES, pour **co-construire** les solutions. Des séances régulières de brainstorming ont également été nécessaires, et le sont encore.

Selon William Bridges, dans son modèle de transition (Managing Transitions, 1991)⁴⁰, souligne que *« les individus ne résistent pas au changement en lui-même, mais plutôt à la manière dont il est géré »*. Il propose d'accompagner les équipes en tenant compte de leurs étapes émotionnelles.

Ainsi, **sur les quatre IDE** en poste, deux sont anciens, dont l'IDE référente circuit du médicament, présents depuis 5 et 7 ans, les deux autres étant de jeunes diplômés. Comme l'a dit Xavier Marchand, *« un cycle d'automatisation des pratiques dure 7 ans. Les trois premières années sont dédiées à l'apprentissage. Entre 3 et 5 ans le plateau de maturité s'installe. Et enfin à partir de 5 ans une organisation ou une compétence est automatisée »*.⁴¹ Tout changement d'organisation dans ce contexte va donc mettre du temps et doit être accompagné au mieux afin de faciliter son acceptation. En effet, dans un premier temps, une opposition a émergé.

³⁹ Autissier, J.-M., & Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement*

⁴⁰ Bridges, W. (1991). *Managing Transitions: Making the Most of Change*

⁴¹ Marchand, X. (2024, 22 novembre). **Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail.**

Grace aux apports théoriques et travaux pratiques amenés par JP DUMONT, j'ai pu analyser d'où venait cette opposition. Selon lui, *« une organisation se construit autour de process qui ont un résultat qui suppose des ressources agencées selon des paramètres de conceptions. Changer une organisation consiste à changer les paramètres de conceptions d'une organisation. Il faut que l'organisation soit fonctionnelle, culturellement possible et politiquement acceptable »*.⁴²

Dans ce contexte, j'ai pu identifier que l'élément moteur était l'IDE référente du circuit du médicament. Personnalité respectée et influente de ses collègues, elle joue un rôle majeur. Son influence peut être déterminante, tant positivement que négativement. C'est pourquoi il a été indispensable de l'intégrer dans le processus dès le début. Initialement réfractaire au projet en raison des changements dans ses habitudes de travail, de sa stabilité dans ses pratiques et de sa peur de l'inconnu, j'ai entrepris un travail de revalorisation. Je l'ai intégrée dans tous les groupes de travail, et je lui ai progressivement confié des missions démontrant ma confiance en ses capacités et en prenant en compte ses réflexions. Afin de reconnaître son engagement, lors d'un entretien avec la direction, nous l'avons officiellement nommé référente des soins IDE. Cette reconnaissance a transformé son attitude. Elle a fini par adhérer pleinement au projet, devenant force de propositions et insufflant une dynamique positive. De surcroît, elle s'est spontanément proposée pour former l'équipe soignante aux bonnes pratiques.

Afin de clarifier **le rôle des AS, AMP/AES**, dans la sécurisation des médicaments et de mettre en évidence leur impact direct sur la qualité des soins, ces derniers ont été intégrés dès le début dans des groupes de travail, les associant pleinement au projet. Comme le souligne Dionne dans ses travaux sur la gestion des risques, *« la formation des acteurs est un levier essentiel pour anticiper et réduire les vulnérabilités organisationnelles »*⁴³ (Dionne, 2013). Dans cette optique, des formations internes, incluant des cas pratiques pour les rendre plus engageantes et ludiques, ont été organisées. Lors des temps de transmissions, des questions simples et concrètes leur sont posées, comme par exemple : « Vous trouvez un médicament par terre, que faites-vous ? ». Ces situations pratiques se révèlent bien plus parlantes et impactantes qu'une simple présentation de procédure, qui reste néanmoins indispensable.

Pour **les ASH**, il a été indispensable de les inclure dans les échanges, afin qu'ils saisissent clairement que leur rôle ne s'étend plus à l'administration ou à l'aide à la prise des médicaments. Ces discussions ont permis de renforcer leur compréhension des normes règlementaires, tout en leur précisant les responsabilités qui leur sont attribuées. Afin de restaurer leur sentiment d'appartenance, et en prenant en compte leurs appétences et leurs expertises historiques, j'ai fait le choix de les missionner sur des projets transversaux, tels que le rendre hommage, le réaménagement d'espaces de vie ou bien encore la mise en route d'une « boutique » dédiée aux résidents.

2.7.2 L'accompagnement de l'équipe

Selon X. Marchand, la conduite du changement s'articule autour de plusieurs étapes, numérotées de 1 à 9. Il souligne que débiter directement par les éléments de la catégorie « forte » peut freiner l'intégration et l'acceptation d'une nouvelle

⁴² Dumont, M. (2024, 1 octobre). **La transformation des organisations de santé**

⁴³ **Dionne, G.** (2013). *Gestion des risques : théories et applications*

organisation. Le tableau ci-dessous présente les différentes étapes suivies ainsi que les actions associées.

	Faible	Moyen	Fort
Accompagnement	7 Analyse d'impact : 1 ^{ère} réunion organisée afin de poser le contexte et amorcer une réflexion sur différentes esquisses d'organisation	8 Groupe d'appropriation : choix arrêté sur une organisation et mise en validation auprès des équipes et de la direction	9 Co-construction : mise en test de l'organisation, prise en compte des retours des différents intervenants, puis réorganisation si besoin
Formations	4 Formations techniques : présentation des nouveaux chariots de traitements ainsi que leur logique de rangement, formations traçabilité d'administration des traitements dans le logiciel Netsoins (aide à la prise), formations d'utilisation des nouvelles tablettes	5 Formations méthodologiques : support de formation ludiques avec quizz Formations sur l'incitation et la méthodologie de la déclaration aux EI	6 Formations théoriques : présentation des procédures + présentation de la réglementation
Communication	1 Les supports passifs : affichages obligatoires tels que la règle des 5B, liste des traitements écrasables, chartes...	2 Les supports interactifs : échanges, mise en situation, quizz	3 Témoignages par des paires légitimes : retour des auditeurs

Il a été indispensable d'expérimenter diverses organisations afin de répondre au mieux aux besoins des résidents tout en tenant compte des compétences des soignants. Cette démarche a permis d'aboutir à une organisation qui, bien qu'actuellement en place, reste flexible et susceptible d'évoluer au fil du temps en fonction des besoins et des attentes.

Si l'accompagnement au changement a permis de surmonter de nombreux obstacles, il est également essentiel d'analyser les éléments qui ont contribué au succès du projet, ainsi que les limites et freins rencontrés dans la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD sans PUI.

2.8 Les facteurs contributifs à l'avancement du projet

L'avancement de ce projet repose sur plusieurs facteurs clés jouant un rôle déterminant dans la mise en œuvre et la réussite des initiatives visant à améliorer la qualité des soins.

2.8.1 L'implication de la Direction

L'engagement de la direction est primordial pour soutenir et piloter ce projet. Une direction proactive joue un rôle fondamental en créant un environnement propice à l'atteinte des objectifs et à l'amélioration continue des soins.

Tout d'abord, la direction est très disponible et échange facilement sur ce projet, ce qui permet de pouvoir définir des objectifs clairs et réalistes. La réalisation de la fiche mission et projet a finalement été fluide et simple. Cette étape a été cruciale car elle permet de donner une orientation précise au projet. En s'impliquant, la direction motive les équipes et crée une vision commune.

La mise à disposition des ressources est une étape incontournable pour le bon déroulement du projet. Malgré un retour à l'équilibre avéré, la direction a répondu favorablement aux diverses demandes raisonnables de ressources humaines, matérielles et financières nécessaires au projet, que ce soit le détachement d'IDE lors des groupes de travail, l'acquisition de nouveaux équipements, ou encore l'organisation de formations spécifiques pour le personnel. En assurant que les équipes disposent des moyens nécessaires pour accomplir leur mission, la direction facilite la mise en œuvre des actions prévues et assure un soutien constant aux initiatives en cours.

Le suivi et l'évaluation des actions mises en place sont également des aspects fondamentaux de l'implication de la direction. Un point régulier est fait lors des co-dir permettant ainsi d'échanger sur le suivi et la progression du plan d'action. Cette évaluation continue permet d'identifier rapidement les points d'amélioration et d'ajuster les stratégies en conséquence.

2.8.2 L'implication du Personnel

L'engagement des membres du personnel, à tous les niveaux, est également important.

Même si le personnel a montré quelques réticences au début, un changement progressif de comportement a été observé avec un fort engagement, surtout pour les IDE, au sein des divers groupes de travail. Leur participation à l'élaboration de documents variés leur permet d'accroître leurs connaissances et d'être sensibilisés aux nouvelles procédures et bonnes pratiques. Cette implication renforce leur compréhension et leur adhésion au projet. Leurs retours et suggestions sont pris en compte pour améliorer les processus.

2.8.3 La collaboration interdisciplinaire

La collaboration entre les différents professionnels de santé est un facteur clé dans l'avancement du projet. En effet, différents groupes de travail ont été mis en place afin d'aborder les diverses problématiques de manière globale et d'apporter des solutions adaptées. Ces groupes ont réunis les médecins, le pharmacien, les IDE, les AS et moi-même, chacun apportant son expertise et son point de vue. Cette diversité de

compétences et de perspectives favorise une approche holistique des défis rencontrés.

L'investissement du medco a été un atout indispensable au projet. Très investie et ayant une connaissance fine en matière de réglementation et attendus, elle a été l'un des moteurs de ce projet en participant à tous les groupes de travail, à la rédaction des procédures et à la mise en place des sessions de formation qu'elle dispensera en lien avec l'IDE référente et moi-même.

2.8.4 Le soutien externe

L'accompagnement par des experts externes pour des audits et des évaluations offre une perspective objective sur les pratiques en place. Ces experts, avec leurs expertises et leurs expériences, sont en mesure d'identifier les points faibles et de proposer des pistes d'améliorations pertinentes. Leurs recommandations sont basées sur des observations détaillées et des analyses approfondies, ce qui permet de renforcer l'efficacité et la sécurité des processus mis en œuvre.

L'évaluation externe ayant eu lieu en janvier 2025 a permis de conforter le plan d'action et de donner quelques pistes d'amélioration. L'auditeur a attribué une note de 4 étoiles au circuit du médicament, ce qui indique qu'il est bien optimisé. Cependant, quelques axes d'amélioration ont été proposés dans le but de perfectionner nos pratiques, tels que l'intégration de l'incitation à déclarer des événements indésirables en cas de dysfonctionnement dans la procédure du circuit du médicament, ainsi que l'élimination des traitements. Habituellement, les traitements retrouvés sont confiés aux IDE, qui se chargent ensuite de leur évacuation via le dispositif Cyclamed. Toutefois, en l'absence d'un IDE, il est désormais requis que ces traitements soient placés sous enveloppe et déposés dans la boîte aux lettres prévue à cet effet, installée dans le poste de soins, afin d'en assurer une gestion sécurisée. Un protocole spécifique a été mis en place pour encadrer cette démarche et assurer son bon fonctionnement (annexe 15).

Un nouvel audit, réalisé le 31 mars 2025 par un cadre supérieur du GCSMS, s'est avéré particulièrement positif. Il a permis de valider notre plan d'action tout en mettant en lumière plusieurs axes d'amélioration. Ce contrôle a également mis en évidence l'implication du personnel, en soulignant les efforts engagés dans la mise en œuvre des pratiques, visant à sécuriser le circuit du médicament. Des recommandations concernant le fond des procédures ont été proposées, c'est pourquoi la procédure circuit du médicament, et aide à la prise des médicaments ont été revues en avril 2025 (annexe 16 et 17). Des suggestions d'affichages ont également été formulées, visant à renforcer la communication et la sensibilisation auprès des équipes. Cet audit constitue un véritable encouragement pour poursuivre les efforts et consolider les acquis (annexe 18).

2.9 Les points de difficulté dans l'avancement du projet

Bien que le processus de circuit du médicament ait fait des progrès significatifs, certains points de difficulté subsistent et nécessitent une attention particulière pour assurer son succès.

2.9.1 Le management intergénérationnel

Etant plus jeune que la majorité des membres de l'équipe, j'ai eu à relever le défi du management intergénérationnel, en collaborant avec des professionnels issus des générations X, Y et parfois Z. Cette diversité m'a permis de développer une approche

adaptée aux différents besoins et attentes, tout en valorisant les compétences uniques de chaque génération au service de projets communs et de la cohésion de l'équipe.

Le management de la génération X, de soignants plus expérimentés, n'ayant pas été encadrés depuis un certain temps, a parfois posé des difficultés, notamment en raison d'enjeux de pouvoir exprimés par certains membres, tels que la remise en question de l'autorité. La légitimité d'un cadre plus jeune peut les amener à contester les décisions prises en raison d'un sentiment de manque d'expérience de l'encadrant. Une influence informelle peut également être un frein. Certains membres peuvent exercer une forte influence sur le reste de l'équipe en raison de leur ancienneté, de leurs compétences ou de leurs relations interpersonnelles. Cela peut conduire à des résistances si ces individus ne sont pas convaincus de la direction proposée. De plus, après une période sans encadrement, les équipes ont développé des habitudes ou des dynamiques de travail autonomes. L'arrivée d'un nouvel encadrant peut être perçue comme une intrusion, générant des tensions. Enfin la génération X, forte de son expérience, peut exprimer des attentes spécifiques en matière de gestion et de méthode de travail, ce qui peut engendrer un conflit avec un management participatif ou des approches nouvelles.

Malgré les représentations parfois réservées de la génération X à l'égard du management participatif, j'ai fait le choix délibéré d'adopter cette méthode. Ce modèle m'a permis de répondre efficacement aux attentes diverses de l'équipe et de créer une dynamique collective, en valorisant l'implication de chacun dans les prises de décision. Cette approche s'est avérée essentielle pour instaurer un climat de confiance et renforcer l'adhésion aux projets.

L'identification des personnes ressources et influentes a été une stratégie clé pour les impliquer dans les groupes de travail et les divers projets. Cette démarche a permis d'assurer une meilleure adhésion collective et de limiter le risque d'opposition. Cette phase, qui a nécessité près de six mois, a été capitale pour instaurer un climat de confiance et une dynamique de collaboration constructive.

Ce positionnement a constitué le premier défi que j'ai dû relever dès mon arrivée. Le second défi s'est axé sur la stabilisation des équipes de soins.

2.9.2 La gestion des ressources humaines

La gestion des effectifs a été majeure dans ce projet. Le personnel est souvent sous pression en raison de la charge de travail élevée et du nombre limité d'employés disponibles. Le manque d'IDE et d'AS peut entraîner des retards dans l'administration des médicaments et une diminution de la qualité des soins. Par ailleurs, le turn-over élevé au sein de l'équipe peut entraîner une perte de savoir-faire et une moindre continuité des soins. Il est donc important de recruter et de fidéliser des professionnels qualifiés pour garantir la stabilité et l'efficacité du personnel.

2.9.3 L'inclusion du médecin prescripteur

L'intégration du médecin prescripteur a été un point de difficulté à relever pour mener à bien ce projet. La prise de contact et sa participation aux réunions pluridisciplinaires ont été difficiles. J'ai dû organiser des réunions inopinées afin de m'assurer de sa présence. Malgré mes rappels et les retours faits par les équipes, certaines demandes ont mis du temps à être intégrées par le médecin, notamment sur la prise en compte de l'avis des IDE lors de prescription de certains traitements. En effet, les IDE ont une connaissance fine des résidents, de leurs habitudes ainsi que de leurs souhaits.

Certaines prescriptions, n'étant pas en adéquation avec la personnalité du résident, engendrent parfois un refus de soins. Des enjeux de pouvoir se sont progressivement installés entre le médecin prescripteur, détenant le savoir médical, et l'équipe paramédicale détenant la connaissance du terrain et des résidents. J'ai souvent été obligée de faire l'intermédiaire afin d'assurer une communication efficace entre les deux parties.

À ce jour, les IDE ont réussi à mettre en place une organisation commune permettant de fluidifier la communication, ce qui satisfait les deux parties. Bien que des progrès notables aient été réalisés dans la communication, il reste encore des aspects à perfectionner.

2.9.4 L'investissement financier

Comme de nombreux EHPAD, l'EHPAD Degommier fait face à un important déficit budgétaire, rendant difficile la réalisation de plusieurs projets, y compris celui-ci. Il a parfois été nécessaire de tempérer l'enthousiasme des soignants, animés de bonnes intentions, de les confronter aux réalités budgétaires et d'ajuster leurs besoins en fonction des moyens disponibles. Une compréhension claire des contraintes financières est essentielle pour que les soignants puissent appréhender les décisions de la direction, qu'il s'agisse d'approuver ou de refuser des demandes liées aux travaux ou au réinvestissement dans le matériel existant.

Dans ce cadre, nous nous sommes tournés vers des formations gratuites proposées par l'OMEDIT, ainsi que des formations internes sur le circuit du médicament, animées par le medco, l'IDE référente et moi-même. L'investissement majeur a concerné l'achat des chariots de traitements, une dépense indispensable suite à l'injonction de l'ARS, le renouvellement des tablettes ainsi que l'intervention d'un organisme expert pour réaliser l'audit en janvier 2025.

Les réunions et groupes de travail ont été organisés majoritairement sur le temps de travail afin de limiter les heures supplémentaires ou les heures à récupérer. De ce fait, certaines réunions ont dû être reportées et reprogrammées en raison de la charge en soins. Elles ont aussi été planifiées à plusieurs reprises pour inclure l'ensemble des IDE.

Des demandes de financements supplémentaires, comme les Crédits Non Reconductibles (CNR) octroyés ponctuellement par l'ARS, ont été formulées pour soutenir des projets d'investissement spécifiques. Ces demandes n'ont malheureusement pas abouti. Une gestion rigoureuse des budgets et des dépenses est indispensable pour assurer la viabilité financière du projet, bien qu'il s'agisse d'une obligation réglementaire. Pour cela, une collaboration étroite avec la cadre administrative et la direction s'est avérée essentielle.

2.9.5 L'agencement des locaux

L'agencement des locaux peut poser des défis significatifs. Les espaces de travail doivent être adaptés pour garantir une circulation fluide et sécurisée des médicaments tout en facilitant le travail des soignants. Un agencement inadapté peut occasionner des erreurs dans la distribution des traitements, nuisant ainsi à la qualité des soins. Une réévaluation et un ajustement des locaux s'avèrent importants pour optimiser les flux de travail et assurer la sécurité des résidents.

Construit en 1985 sur la base d'un ancien hospice, l'EHPAD Degommier présente aujourd'hui des infrastructures vétustes ne répondant plus aux standards actuels des soins. Par exemple, la pharmacie, trop exiguë, ne permet pas de stocker les chariots

de distribution des médicaments, contraignant leur entreposage dans la salle de soins, ce qui encombre le passage. Malheureusement, aucune autre pièce ne peut être dédiée à cette fonction.

L'architecture des lieux a rendu la mise en œuvre du projet plus difficile. Avec une seule salle à manger pour les trois étages, les résidents ont la possibilité de choisir entre, prendre leurs repas en salle à manger ou bien dans leurs chambres. Ce choix, qui peut varier quotidiennement en fonction de leur fatigue ou de leur humeur, a complexifié l'organisation de l'administration des médicaments.

Malgré les limites et les freins identifiés, l'évaluation du projet à travers ses résultats, notamment en termes de coûts, d'indicateurs de suivi et d'impact global, permet d'apprécier les avancées réalisées et les enseignements à en tirer.

2.10 Les résultats

2.10.1 Le coût du projet

Éléments	Coût	Remarques
Honoraires des experts-GERONTIM	9 620 €	Accompagnement à l'auto-évaluation HAS complète (6 jours au total) : trois jours d'audit, restitution + construction d'un plan d'actions
Budget pour les formations	Néant	Formation Omedit gratuite + FO interne sur le temps de travail
Budget temps réunion	147.96 €	Réalisé sur le temps de travail des IDE hormis la référente circuit du médicament
Achat de 11 tablettes	6881.05 €	Changement de toutes les tablettes de soins, soit 10
Maintenance logiciels/équipements	4539.16 €	Mises à jour et maintenance du logiciel Netsoins
Fonds pour audits et suivi	13322.50 €	Coût d'adhésion annuel au GCSMS donnant accès à divers services : qualité, informatique ...
Changement des armoires de stockage	Néant	Récupération EHPAD partenaire, transport et installation effectués par le service technique sur le temps de travail.
Chariots de traitements + 3 guéridons	8 697,80 €	Coût total pour l'équipement supplémentaire.
Coût de la mise en ergonomie des chariots de traitement	1396.22 €	Pose de poignées ergonomiques sur les chariots
Coût total	44 604.69 €	

Dans le cadre d'un retour à l'équilibre budgétaire, ce tableau reflète une gestion attentive, appuyée par des choix économiques judicieux tels que la récupération de matériel et les formations gratuites. Néanmoins, les coûts liés aux audits via le GCSMS et à la maintenance logicielle restent significatifs, bien qu'ils ne concernent qu'une portion limitée des services directement impliqués dans la sécurisation du circuit du médicament. Par ailleurs, le suivi des investissements, étant évolutif, est nécessaire afin de s'assurer de l'équilibre budgétaire. En effet, en mars 2025, sur demande de l'équipe

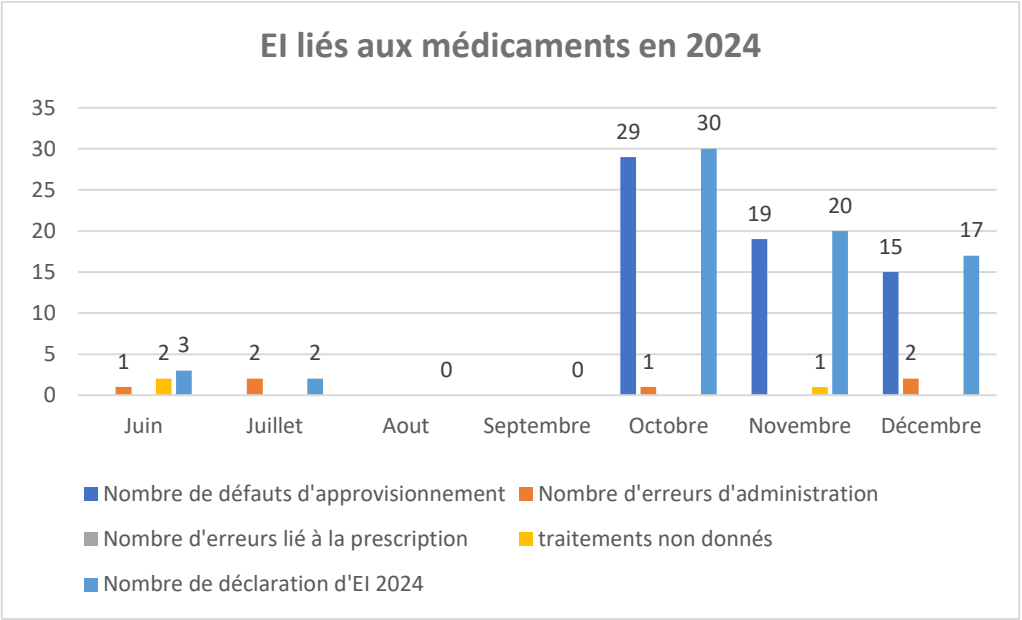
IDE, le prestataire est intervenu afin d'effectuer une optimisation et une mise en ergonomie des chariots de traitements.

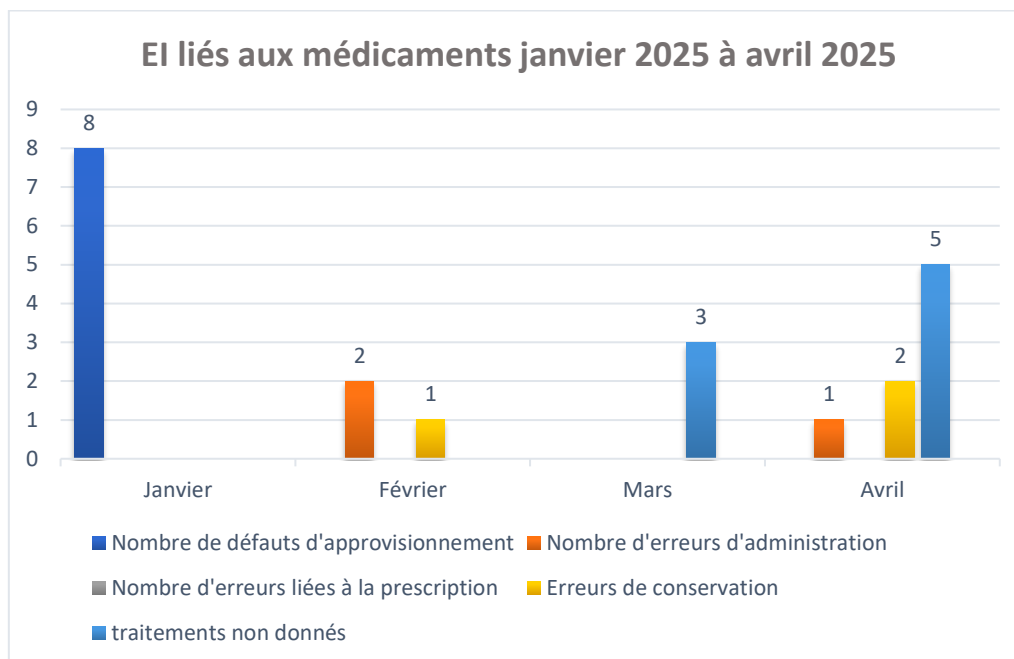
2.10.2 Les indicateurs de suivi

Comme le souligne Dionne dans ses travaux sur la gestion des risques, la mise en place d'indicateurs de suivi clairs et pertinents est essentielle pour mesurer l'efficacité des actions entreprises et anticiper les dérives potentielles. En ce sens, j'ai défini un ensemble d'indicateurs adaptés permettant d'assurer un suivi rigoureux des processus et des objectifs fixés.

Indicateurs	Observations	Résultats Juin - Décembre 2024	Résultats Janvier- Avril 2025	Statut
Événements indésirables	Augmentation des déclarations d'EI (pharmacie et administration)	77	22	En progression
Évolution des audits	Réalisation d'audits, optimisation de la grille d'audit.	0	3	En progression
Réunions	Nombre de réunions : pharmacie, Medco, Médecin prescripteur	Inexistantes	4 + informelles	Conforme
Retour d'expérience (REX)	Réalisation de retour d'expérience	0	1	Conforme
Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	EPP effectuée dans le cadre du projet.	0	1	En progression
Traçabilité des prescriptions et administrations	Conformité évaluée au travers d'audit	Néant	100% sur 15 dossiers audités	Conformité atteinte
Respect des procédures de distribution	Conformité observée lors des 3 audits.	0%	100%	Conformité atteinte
Utilisation de l'outil Netsoins	Formation sur l'utilisation des tablettes.	Pas de chiffre de référence	95%	Conforme : à continuer
Stockage des médicaments	Observation des conditions adéquates, taux de conformité évalué lors des 3 audits		100%	Conformité atteinte
Taux de formations sur le circuit du médicament	Administration / aide à la prise des médicaments + présentations des procédures	0 %	75%	En cours

Indicateurs	Observations	Résultats Juin - Décembre 2024	Résultats Janvier- Avril 2025	Statut
	Taux de participation et satisfaction des équipes à mesurer.			
Satisfaction des familles	Retours des familles à collecter via questionnaires ou entretiens pour évaluer leur perception de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. Programmé en fin d'année	Non initié	Non initié	A recueillir





En 2024, les incidents liés aux médicaments ont suivi une dynamique particulière. L'année a vu une augmentation notable des défauts d'approvisionnement dans les derniers mois, atteignant un pic en octobre avec 29 cas. Durant les mois d'été, les incidents étaient presque inexistants, notamment dû à un effectif moindre nécessitant une réorganisation temporaire.

En revanche, l'année 2025 présente un paysage différent. Les incidents sont répartis de manière plus uniforme, bien que janvier et avril montrent une légère hausse. On observe une baisse significative des défauts d'approvisionnement, probablement grâce à une meilleure gestion des stocks et aux ajustements réalisés dans les processus.

Le problème persistant des traitements non donnés reste préoccupant sur les deux années. Les enquêtes sur les événements indésirables ont mis en évidence plusieurs causes, notamment les refus de prise de médicaments par les résidents, associés à un manque de traçabilité des IDE. De plus, les interruptions fréquentes de tâches entraînent des imprévus et une surcharge de travail, ce qui peut conduire à des oublis dans l'administration des traitements. Un travail doit donc encore être approfondi sur cet aspect.

Pour aligner les résultats des indicateurs de suivi sur les objectifs de départ, il semble essentiel de :

- **Renforcer la traçabilité et la conformité** : Les audits ont démontré des progrès significatifs en matière de conformité, notamment avec un taux de 100 % pour le respect des procédures de distribution. Cependant, la traçabilité doit encore être optimisée pour atteindre un suivi complet des médicaments administrés.
- **Améliorer la communication et les pratiques** : Les formations en cours, comme celles sur l'outil Netsoins, sont cruciales pour réduire les erreurs et fluidifier les processus. La satisfaction des équipes à ces formations doit être mesurée afin d'identifier d'éventuels points faibles.

- **Engager les résidents dans leurs soins** : Des initiatives centrées sur les résidents, comme des discussions personnalisées, pourraient réduire les refus de traitement. Cela demande une coordination étroite entre soignants et médecins pour ajuster les prescriptions si nécessaire.
- **Poursuivre les réunions pluridisciplinaires** : La participation accrue aux réunions mensuelles est un bon indicateur de l'engagement des équipes, mais une évaluation plus systématique des retours d'expérience permettrait d'enrichir les pratiques.
- **Satisfaction des familles et résidents** : Ce volet reste un domaine à développer, avec la collecte de feedbacks via des questionnaires ou entretiens pour ajuster et personnaliser davantage les soins.

En résumé, 2024 a servi de point de référence, soulignant des lacunes nécessitant des ajustements. En 2025, des progrès tangibles ont été réalisés, mais des efforts coordonnés sont nécessaires pour maintenir cet élan, tout en plaçant les résidents et leurs besoins au cœur de ces améliorations.

En complément, afin de garantir un pilotage efficace du projet et une objectivation des progrès réalisés, des outils de suivi structurés ont été mobilisés, en complément des indicateurs mentionnés précédemment.

Un **état des lieux flash**, conforme aux recommandations de l'OMEDIT, a été réalisé à plusieurs reprises entre janvier et mai 2025. Il permet d'évaluer le **niveau de maîtrise du circuit du médicament** selon différents axes critiques tels que l'identitovigilance, la prescription, la dispensation ou encore le stockage, et d'identifier les **points nécessitant une priorisation** (annexe 19).

Ces évaluations, menées à trois dates, montrent une **progression significative du taux de conformité**, passant de 75 % à 85,7 %, traduisant ainsi l'impact concret des actions mises en œuvre.

En parallèle, un tableau de priorisation détaillée a permis d'analyser point par point le niveau de maîtrise des risques essentiels de chaque étape du circuit, accompagné de commentaires qualitatifs sur les actions menées (annexe 19).

Ces outils constituent un **support essentiel d'aide à la décision**, servant de base à l'ajustement du plan d'action. Ils participent pleinement à la dynamique de qualité et à la démarche d'amélioration continue prônée par la HAS, notamment via l'intégration des critères 3.6 et 3.13 du référentiel ESSMS.

L'analyse de ces indicateurs de suivi ainsi que la constatation des progrès réalisés dans la sécurisation du circuit du médicament, permet de prendre du recul pour évaluer l'impact réel du projet sur l'organisation, les pratiques professionnelles et le management. Examiner les améliorations mises en place, identifier les leviers de consolidation et définir les ajustements, sont nécessaires pour assurer une optimisation continue. Cette démarche permet non seulement de renforcer la sécurité du circuit du médicament, mais aussi d'améliorer la coordination des équipes et la gestion des processus, garantissant ainsi une pérennité des bonnes pratiques au sein de l'établissement. Pour ce faire, il est intéressant d'adopter une approche structurée. La roue de Deming, avec son cycle d'amélioration basé sur la planification, l'exécution, la vérification et l'ajustement, offre un cadre méthodologique pertinent pour renforcer la sécurisation du circuit du médicament.

2.11 L'évaluation du projet

2.11.1 Mesurer les impacts via la roue de Deming

La roue de Deming, également connue sous le nom de cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act), a été développée par William Edwards Deming. Cet ingénieur et statisticien américain a joué un rôle clé dans l'amélioration de la gestion de la qualité.

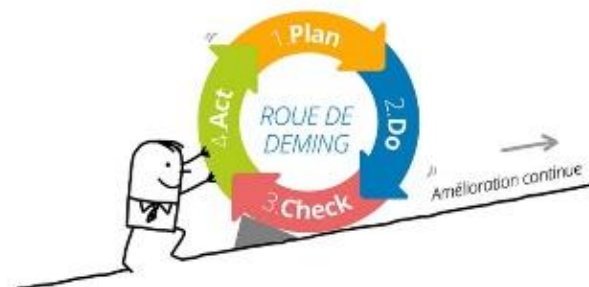


Figure 1 Swiver. (2021, 1er novembre). Roue de Deming

Plan : Dès les premières phases du projet, les objectifs prioritaires ont été établis, comme la responsabilisation des parties prenantes dans ce processus, la réduction des erreurs médicamenteuses et l'allègement de la charge de travail des AS.

Do : Les nouvelles pratiques ont été mises en œuvre, comme la réorganisation des tâches et l'approfondissement des procédures. Ces actions ont permis aux AS de se recentrer sur les soins et aux IDE de mieux suivre les résidents.

Check : Les indicateurs qualitatifs et quantitatifs ont permis de vérifier l'impact des changements, avec des résultats probants : une meilleure répartition des tâches, une réactivité optimale des équipes, et un meilleur investissement des EI.

Act : Dans une démarche continue de sécurisation du circuit du médicament, plusieurs ajustements, tels que la mise en place de gilet rose ou bien l'amélioration de l'ergonomie des chariots de traitements ont été réalisés afin d'optimiser les conditions de travail et renforcer la vigilance autour des étapes clés du processus. Ces améliorations s'inscrivent dans une volonté de limiter les interruptions, faciliter les contrôles et sensibiliser les équipes à l'importance de la rigueur et de la traçabilité.

2.11.2 L'impact du projet sur les organisations et les pratiques professionnelles

Ce projet a déclenché un début de transformation profonde des organisations soignantes et des pratiques professionnelles. Tout d'abord, les AS, AMP et AES ont été déchargés de la responsabilité de l'administration des médicaments, ce qui leur a permis de consacrer davantage de temps à leurs missions principales auprès des résidents. Cette réorganisation a conduit à une réallocation plus équilibrée de leurs tâches, allégeant ainsi leur charge de travail et leur permettant de se concentrer pleinement sur la qualité des interactions et des soins. Par ailleurs, cette évolution leur a offert une meilleure disponibilité pour participer de manière active et sereine aux groupes de travail pluridisciplinaires.

Pour les IDE, la refonte complète de leur organisation de travail a conduit à une nette amélioration de leur pratique professionnelle. En voyant chaque résident dès le matin, ils peuvent désormais assurer un suivi proactif et réagir rapidement en cas de problème médical. Cette nouvelle organisation favorise également le développement de liens relationnels plus solides avec les résidents, renforçant ainsi la

confiance et la qualité des échanges. En intégrant ces changements, le projet a contribué à harmoniser les pratiques professionnelles tout en répondant aux besoins spécifiques des résidents et des équipes soignantes.

2.11.3 L'impact sur le management

Dès les premières phases du projet, il était évident que son succès ne reposerait pas uniquement sur l'optimisation des procédures, mais aussi sur l'adhésion des équipes aux transformations mises en place. En tant que chef de projet, j'ai adopté une posture de leadership engageante, impliquant un suivi rapproché, une mobilisation constante, et une présence active à chaque étape clé.

Dans un environnement où les pratiques étaient déjà bien ancrées, accompagner ce changement nécessitait d'être présent sur le terrain, de suivre les ajustements en temps réel, et de veiller à leur bonne compréhension par l'ensemble des acteurs. Cette supervision intensive s'est révélée essentielle pour réduire les résistances, structurer les nouvelles organisations et instaurer une dynamique de transition progressive.

Cependant, un management strictement basé sur le contrôle ne peut garantir une évolution durable. Progressivement, grâce à un accompagnement ciblé, les équipes ont pris confiance et ont gagné en autonomie dans la gestion des nouvelles pratiques. L'appropriation des outils, la structuration des opérations et l'émergence de routines organisationnelles solides ont permis de stabiliser la transition et de réduire la nécessité d'une surveillance systématique.

Face à cette transformation, mon approche managériale a évolué vers un rôle de facilitateur. Plutôt que d'intervenir sur chaque action opérationnelle, j'ai recentré mon positionnement sur l'ajustement stratégique, garantissant la cohérence du projet tout en laissant les équipes prendre des initiatives. Un équilibre progressif s'est installé entre autonomie des équipes et supervision des processus clés, permettant une meilleure répartition des responsabilités.

Vers un leadership évolutif et structurant

Si les premières étapes ont nécessité une implication constante, la pérennisation du projet repose désormais sur un management évolutif, s'adaptant aux réalités du terrain et aux besoins des équipes. Mon rôle consiste aujourd'hui à soutenir l'autonomie des professionnels, tout en veillant au maintien d'un cadre organisationnel cohérent. A ajuster les stratégies en fonction des retours, notamment grâce aux audits et indicateurs de suivi, ce qui s'avère essentiel pour mesurer les progrès et identifier les axes d'amélioration. Et enfin à encourager une dynamique d'amélioration continue, où chaque acteur du projet contribue activement à la sécurisation et à l'optimisation du circuit du médicament.

Ce projet managérial m'a offert une véritable immersion dans la gestion du changement, nécessitant une adaptation constante du leadership, une mobilisation des équipes, et une réflexion stratégique sur les meilleures méthodes d'accompagnement. Passer d'une supervision intensive à une gestion plus participative et autonome a été un défi, mais surtout une opportunité pour renforcer la cohésion et la maturité collective des professionnels impliqués.

Bien que l'autonomie soit désormais bien installée, certains aspects nécessitent encore un contrôle attentif. Mon rôle reste celui **d'un garant et facilitateur**, veillant à ce que les bonnes pratiques soient respectées et que tout écart soit rapidement corrigé. Ainsi, en ajustant mon management vers un équilibre dynamique, je peux

accompagner les équipes dans la poursuite de cette transformation, tout en consolidant durablement les acquis du projet

2.12 La pérennisation du projet

Mettre en place un circuit du médicament sécurisé et conforme aux exigences réglementaires ne suffit pas si ces améliorations ne sont pas maintenues sur le long terme. La pérennisation du projet constitue un enjeu essentiel pour garantir la durabilité des avancées obtenues, afin qu'il ne s'agisse pas de simples ajustements ponctuels, mais bien d'une transformation durable intégrée aux pratiques quotidiennes. Une stratégie de pérennisation repose sur une veille sanitaire active, un suivi rigoureux des indicateurs et une adaptation continue aux nouvelles exigences réglementaires. Cette orientation stratégique a également été définie dans le projet d'établissement élaboré en avril 2025⁴⁴ (annexe 20).

Veille sanitaire et actualisation des protocoles

Le secteur médico-social est en perpétuelle évolution, et les directives sanitaires sont régulièrement mises à jour par l'ARS et la HAS. Afin d'assurer une conformité constante, une veille sanitaire systématique sera mise en place pour repérer les évolutions normatives et adapter les procédures en conséquence. Les protocoles déjà intégrés dans l'organisation devront être révisés régulièrement, notamment à travers des groupes de travail interdisciplinaires, afin d'intégrer les nouvelles recommandations sans perturber le fonctionnement établi.

Formation pour intégration des bonnes pratiques

Une sensibilisation continue doit être assurée via des formations régulières, permettant aux nouveaux arrivants comme aux collaborateurs expérimentés de maintenir un haut niveau de conformité et de vigilance.

Suivi et amélioration continue

Le tableau de bord mis en place dans ce projet constitue un outil indispensable pour mesurer l'impact des modifications et identifier les axes d'amélioration. Il permettra d'analyser les résultats des audits, de suivre les diverses traçabilités, et d'évaluer l'adhésion des équipes aux nouvelles pratiques. Ce suivi régulier garantira une stabilité des progrès réalisés, tout en permettant des ajustements ciblés lorsque des dysfonctionnements seront constatés.

Implication des équipes et ancrage durable des pratiques

La pérennisation du projet repose également sur l'engagement des soignants. La mise en place d'un dispositif de réévaluation des pratiques, basé sur des sessions de REX et des groupes de réflexion, permettra aux équipes de s'approprier durablement les évolutions mises en place. L'objectif est de renforcer la culture de l'amélioration continue, en valorisant les initiatives des professionnels et en ajustant les formations en fonction des besoins identifiés.

Grâce à une veille sanitaire proactive, un suivi structuré via le tableau de bord, et une implication constante des équipes, les ajustements apportés au circuit du médicament pourront s'inscrire durablement dans le fonctionnement de l'EHPAD. En conservant une approche dynamique et évolutive, ce projet garantira non seulement une conformité constante, mais aussi une sécurité optimale pour les résidents et une meilleure organisation pour les soignants.

⁴⁴ Résidences du Val d'Essonne. (2025). *Projet d'établissement 2025-2029*. Saint-Vrain, France : Résidences du Val d'Essonne.

CONCLUSION

La sécurisation du circuit du médicament en EHPAD constitue aujourd'hui un enjeu central de qualité et de sécurité des soins, tout particulièrement dans les structures ne disposant pas de PUI. Ce projet, mené au sein de l'EHPAD Degommier, a permis d'aborder cette problématique non comme une simple réponse à une injonction réglementaire, mais comme une véritable opportunité stratégique de transformation organisationnelle.

Au fil de son déploiement, cette initiative a allié diagnostic approfondi, réflexion managériale et mise en œuvre concrète, dans une logique de conduite du changement progressive. Elle a favorisé une mobilisation forte des équipes autour d'un objectif partagé, une montée en compétences par la formation, et l'émergence de pratiques sécurisées et structurées. Le résident a été replacé au centre des préoccupations, et les soignants ont pu s'approprier des outils leur permettant de renforcer leur autonomie, leur rôle et leur implication.

Le recul que m'offre ce bilan m'amène toutefois à envisager plusieurs axes d'amélioration. J'anticiperais davantage certaines résistances au changement, en menant, en amont, une étude d'impact plus détaillée. Une implication plus précoce du médecin prescripteur, une communication régulière avec les familles, et un recueil systématique de la satisfaction des professionnels et des résidents permettraient d'enrichir la démarche, en renforçant l'adhésion collective et l'évaluation qualitative du projet.

Au-delà de ses résultats techniques, ce projet m'a permis de m'immerger pleinement dans les enjeux du leadership en santé. J'y ai développé des compétences essentielles pour une future cadre supérieure : piloter un projet complexe, fédérer des acteurs pluridisciplinaires, concilier exigence réglementaire et dynamique humaine, tout en instaurant un climat de confiance propice à l'engagement. J'ai appris à naviguer dans des environnements instables, à transformer les contraintes en leviers et à faire du changement un moteur d'amélioration continue.

Les perspectives ouvertes par ce projet sont nombreuses. Son extension aux deux autres établissements partenaires permettrait d'harmoniser les pratiques, de mutualiser les ressources et de diffuser une culture commune de la qualité. Plus encore, cette initiative a initié une dynamique de réflexion managériale qui pourrait inspirer d'autres actions centrées sur la sécurité, l'éthique et le bien-être des résidents et des équipes.

En définitive, ce projet démontre que, même dans un contexte contraint, il est possible de construire une stratégie managériale cohérente, ambitieuse et durable, capable d'améliorer la sécurité des soins tout en renforçant la performance collective et le sens du travail au quotidien.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

Autissier, D. (2012). Les principes de diagnostic, d'accompagnement et de pilotage pour structurer le changement. Paris : Éditions Eyrolles.

Autissier, D. (2012). Méthode de Conduite du Changement. Paris : Éditions Eyrolles.

Autissier, J.-M., & Moutot, J.-M. (2023). *Méthode de conduite du changement : diagnostic, accompagnement, performance* (5e éd.). Dunod.

Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A., & Johnson, K. (2018). *Conduite du changement : concepts clés*. Chapitre 24 : John P. Kotter. Dunod. Consulté le 30 mars 2025, sur Cairn.info.

Bridges, W. (1991). *Managing Transitions: Making the Most of Change*. Reading, MA : Addison-Wesley, consulté le 12/03/2025

Dionne, G. (2017). Gestion des risques : Théories et applications. Paris : Economica.

Marchat, H. (2006). *Le kit du chef de projet : livres outils* (2e éd., p. 9). Éditions d'Organisation.

THESE

Viale, M.-C. (2009). Maîtrise et sécurisation du circuit du médicament en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : un enjeu pour le directeur (Master's thesis). École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP).

ARTICLES

Agence régionale de Santé Ile-de-France. (2023). Rapport du contrôle inopiné de juin 2023 au sein de l'EHPAD Degommier.

Conseil Dépendance. (2024). *EHPAD : Quelle offre en 2024 en France?* Disponible sur <https://www.conseildependance.fr/ehpad-quelle-offre-en-2024-en-france/>

Granger, L. (2023). *Définir des objectifs efficaces avec la théorie de Locke et Latham*. Consulté sur Manager-Go.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Paris : HAS.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2023). Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : bilan annuel 2022. Paris : HAS.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2024). Évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : rapport annuel 2023. Paris : HAS.

Insee. (2024). *Perte d'autonomie – France, portrait social*. Insee Références. Consulté le 15 mai 2025, sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242365?sommaire=8242421>

Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2016). Projections de population à l'horizon 2070. INSEE Première, 1619.

SYNERPA. (2024). *EHPAD : Des disparités d'offre observées en 2024*. Disponible sur <https://synerpa.fr/ehpad-des-disparites-doffre-observees-en->

[2024/#:~:text=En%202024%2C%20le%20taux%20d,moyenne%20de%208%2C54%20%25.](#)

RECOMMANDATIONS OFFICIELLES

ARS Auvergne-Rhône-Alpes. (2017). Guide régional sur le circuit du médicament en EHPAD. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/media/18322/download>

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2023). *Bonnes pratiques de préparation.* ANSM. Disponible sur <https://ansm.sante.fr/uploads/2023/08/02/20230802-bonnes-pratiques-de-preparation-08-2023.pdf>

Code de l'action sociale et des familles. (2023). Article L.313-26. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020892776/2009-07-23

Code de la santé publique. (2023). Articles L.5121-1 à L.5121-21. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048701765.

Code de la santé publique. (2023). Articles R.4235-1 à R.4235-77. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006178625/.

Code de la santé publique. (2023). Article R. 4311-4. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913891/.

Code de la santé publique. (2023). Articles R.5121-150 à R.5121-152. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006190672/2022-03-31

Code de la santé publique. (2018). Article L.5125-25. Légifrance. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408500

Code de la santé publique. (2021). Article R. 5126-115. Légifrance. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA00006178654

Haute Autorité de Santé (HAS). (2011). Guide : Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments. Paris : HAS. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie2_mettre_en_oeuvre.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2022). Guide de sécurisation de l'administration des médicaments. Paris : HAS. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3411366/fr/auto-administration-des-medicaments-en-cours-d-hospitalisation.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (1999). Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000393107/2022-04-07>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2005). Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000449527>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2006). Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique, annexe I : Référentiel professionnel. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000818835>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2011). Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023865866>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2012). Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. Disponible sur : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgospf2201272-du-14-fevrier-2012-relative-au-management-de-la-qualite-de-la-prise-en-charge-medicamenteuse-dans-les-etablissements-de-sante>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2012). Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative à la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé. Disponible sur : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgospf2201272-du-14-fevrier-2012-relative-a-la-qualite-de-la-prise-en-charge-medicamenteuse-dans-les-etablissements-de-sante/>.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2016). Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000335076331>.

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2004). Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 relative à la gestion des risques dans les établissements de santé. Paris : Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

REFERENCES NUMERIQUES

Agence Régionale de Santé Île-de-France. (2024). Prise en charge médicamenteuse en EHPAD. Disponible sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prise-en-charge-medicamenteuse-en-ehpad>

Guérard, G. (2021, 23 juillet). *Analyse du code - Sécurisation du cycle de développement applicatif*. Blog WeScale. Consulté le 30 mars 2025. Disponible sur <https://blog.wescale.fr/analyse-du-code-securisation-du-cycle-de-developpement-applicatif>

Haute Autorité de Santé (HAS). (2021). Les erreurs associées aux produits de santé déclarées dans la base EIGS. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_eigs_medicament.pdf.

Haute Autorité de Santé (HAS). (2024). Visualisation des données sur les déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) reçues à la HAS. Mis en ligne le 12 septembre 2024.

Légifrance. (2023). Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Version en vigueur depuis le 20 décembre 2023. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136712/

Légifrance. (2002). Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel de la République française, 3 janvier 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTE>

Swiver. (2021, 1 novembre). Roue de Deming : La méthode PDCA pour l'amélioration continue. Consulté le 30 mars 2025. Disponible sur <https://swiver.io/blog/roue-de-deming/>.

REFERENCES INSTITUTIONNELLES

Résidences du Val d'Essonne. (2025). *Projet d'établissement 2025-2029*. Saint-Vrain, France : Résidences du Val d'Essonne.

NOTES DE COURS

Dumont, M. (2024, 1 octobre). La transformation des organisations de santé. Cours dispensé dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes, École Supérieure de Montsouris (ESM).

Marchand, X. (2024, 20 décembre). La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail (Cours UE 7.1). Cours dispensé dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes, École Supérieure de Montsouris (ESM).

Marchand, X. (2024, 22 novembre). Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. Cours dispensé dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes, École Supérieure de Montsouris (ESM).

Marchand, X. (2025, 27 février). La culture de l'évaluation comme reconnaissance au travail (Cours UE 7.1). Cours dispensé dans le cadre du Master 2 Management des Organisations Soignantes, École Supérieure de Montsouris (ESM).

Table des annexes

ANNEXE 1 : Le compte rendu du contrôle inopiné

ANNEXE 2 : L'audit initial

ANNEXE 3 : La lettre de missions

ANNEXE 4 : La fiche projet le compte rendu de l'ARS

ANNEXE 5 : CR réunion pluridisciplinaire

ANNEXE 6 : CR réunion pluridisciplinaire

ANNEXE 7 : Feuille de traçabilité livraison

ANNEXE 8 : Traçabilité vérification des déroulés

ANNEXE 9 : La procédure stock tampon

ANNEXE 10 : La gestion du stock tampon

ANNEXE 11 : La traçabilité des péremptions

ANNEXE 12 : Le support de formation

ANNEXE 13 : L'auto-évaluation

ANNEXE 14 : La procédure déclaration des EI

ANNEXE 15 : Protocole - Mode opératoire - Gestion de la « boîte aux lettres »

ANNEXE 16 : La procédure distribution, administration (aide à la prise) du médicament

ANNEXE 17 : La procédure gestion des stupéfiants + circuit du médicament

ANNEXE 18 : L'audit du GCSMS

ANNEXE 19 : Etat des lieux selon OMEDIT + analyse macro des risques essentiels

ANNEXE 20 : Fiche action circuit du médicament – Projet d'établissement

ANNEXE 1 : le compte rendu de l'ARS



Agence régionale de santé d'Ile-de-France
Délégation départementale de l'Essonne

Conseil départemental de l'Essonne

Monsieur Jean-Pierre OULHEN
Directeur de l'EHPAD DEGOMMIER
12 rue Degommier
91590 CERNY

Affaire suivie par : Matthieu JOCHUM
Courriel : matthieu.jochum@ars.sante.fr
Téléphone : 01 69 36 72 13

Lettre recommandée avec AR
N° 2C 174 631 5302 0

Evry, le 16 JUIN 2023

Monsieur le directeur,

Dans le cadre du programme pluriannuel de contrôles des EHPAD sur l'ensemble du territoire national, une inspection a été conduite le 6 avril 2023 au sein de l'EHPAD DEGOMMIER, situé 12 rue Degommier à 91590 CERNY (FINESS numéro 910700715).

L'inspection a été réalisée conjointement par les équipes de l'ARS et du Conseil départemental.

La mission nous a remis son rapport dont vous trouverez un exemplaire ci-joint.

Les principaux constats relatifs aux points ayant fait l'objet du contrôle portent sur :

- Pour la gestion des ressources humaines : conformité des effectifs présents par rapport au projet d'établissement et au budget alloué, absentéisme et recours à l'intérim, formations :
 - o Remarque 3 : absence de réunions pluridisciplinaires.
 - o Remarque 5 : éléments manquants dans des dossiers du personnel.
 - o Remarque 9 : glissement de tâche concernant la distribution des médicaments.
- Pour la communication interne avec les résidents et les familles, les modalités de prise en compte et de traitement de leurs demandes, la politique de bientraitance :
 - o Ecart 1 : des contrats de séjour non signés par le représentant légal.
 - o Ecart 2 : tous les résidents ne disposent pas d'un projet personnalisé.
 - o Ecart 3 : CVS en carence.
 - o Ecart 4 : organisation du recueil et traitement des événements indésirables non satisfaisante.
- Pour le cadre de vie :
 - o Ecart 5 : défauts de sécurisation des locaux.
 - o Remarque 15 : défauts concernant les changes.
 - o Ecart 6 : délais de réponse aux appels malades insatisfaisants.

- Pour l'organisation et le fonctionnement de l'établissement en vue de la dispensation des soins et la prise en charge médicale et soignante :
 - o Défauts généraux concernant la sécurisation de l'entreposage, l'organisation de la distribution et le circuit des médicaments.
 - o Remarque 23 : encadrement des contentions non satisfaisant.

Au regard de l'ensemble des constats réalisés par la mission, nous envisageons, afin que vous puissiez mettre en place des mesures correctrices adaptées, de vous notifier 5 injonctions, 5 prescriptions et 25 recommandations. Elles figurent en annexe du présent courrier et portent sur les points précités.

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par les articles L. 121-1 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous invitons à nous faire connaître vos observations sur les mesures envisagées dans un délai de quinze jours calendaires à compter de la réception du présent courrier.

Nous vous remercions de bien vouloir adresser la copie de vos éléments de réponse à matthieu.jochum@ars.sante.fr.

Sans réponse de votre part à l'issue de ce délai, nous vous notifierons nos décisions définitives telles que figurant dans l'annexe précitée.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de notre considération distinguée.

Le directeur
de la délégation départementale
de l'Essonne
Directeur Adjoint
Délégation départementale
de l'Essonne
Julien DELIE
Julien GALLI

Le Président
du Conseil départemental de l'Essonne

François DUROVRAY

ANNEXE 2 : L'audit initial

Date: 17/06/2024

	aide au remplissage	nb d'observation	Oui	No n	NA - NO	Remarques (en préciser la nature) :
MEDICAMENTS						
La livraison						
Dans la Pharmacie de service, les médicaments sont livrés dans un endroit identifié			1			pharmacie ferme à code
Dans la Pharmacie de service, les médicaments sont livrés dans des conteneurs sécurisés et fermés . La chaîne du froid est respectée pour le transport des produits thermosensibles (poche ou container réfrigéré)	NA si non observé au moment de la visite du service			1		sécurisée chaîne du froid respectée car livré dans sac isotherme si besoin, mais livreur n'informe pas de la
A la livraison, les infirmières vérifie la conformité de la commande, une traçabilité du livreur et receveur est faite				1		pas de traçabilité ni de vérification de la conformité de la commande
Le Stockage						
Dans la Pharmacie, les médicaments ne sont pas accessibles aux personnes non autorisées (local pharmacie fermé)			1			code
Le rangement des médicaments limite le risque de confusion (pensez à regarder dans le frigo : absence de produits autres que des médicaments)	1 dosage/ 1 molécule/ 1 compartiment/ 1 étiquette conforme à la réglementation La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON			1		étiquetage à revoir: prélèvement, ttt perso résident
- l'équipement réfrigéré est muni d'un système de contrôle de la température qui fonctionne - l'équipe connaît les valeurs seuils et la CAT si le seuil est dépassé	La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON		1			
Dans la pharmacie, le coffre à stupéfiants : - est fermée - le contrôle des stupéfiants est organisé et tracé	La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON		1			coffre à code, présence d'un cahier de traçabilité à j
Dans la pharmacie, les médicaments à risque sont clairement identifiés dans le lieu de stockage Liste des never events (médicaments à risque): Médicaments anticoagulants, Chlorure de potassium injectable, Spécialités injectables avec mode de préparation à risque, Insuline, Conditionnements unidoses)	Dans la pharmacie, par exemple le casier KCL est identifié selon la réglementation et séparé des autres électrolytes : médicament à risque étiquette rouge				1	pas de traitements à risque mais liste never events à afficher

Dans la pharmacie du service, la traçabilité du contrôle mensuel des péremptions est retrouvée				1		aucun contrôle
Dans la pharmacie du service, tirer au sort 5 produits (formes orales, produits qui tournent peu) et vérifiez l' absence de périmés	Répondre OUI si parmi les 5 produits tirés au sort, aucun n'est périmé		5			aucun périmés trouvés sur l'échantillonnage
La planification des IDE indique uniquement des classes pharmaceutiques des médicaments (absence de DCI, nom de spécialité ou dosage)	Répondre OUI si absence de retranscriptions médicamenteuses Si non, préciser le nombre de planifications NC			1		nom du ttt apparaît sur la plannif : pas d'accès direct via un PC
Dans la pharmacie, les traitements sont rangés nominativement				1		quelque casier nominative, beaucoup de hors pilulier regroupé
Dans la pharmacie, il existe un stock tampon permettant la gestion de l'imprévu	Vérifier l'absence de stock "sauvage"			1		Présence de stock sauvage et pas de stock tampon
La traçabilité des péremptions du stock tampon est effective				1		Pas de traçabilité de péremption
Le chariot à médicament						
Le chariot à médicaments : - Le chariot est propre et rangé - Le chariot est verrouillé	Chariot fermé en l'absence d'IDE			1		pas de chariot
Dans le chariot à médicaments, le rangement des médicaments hors piluliers patient est conforme (1 dosage/ 1 molécule/ 1 compartiment/ 1 étiquette conforme)				1		pas de chariot
Le pilulier est identifié avec l' étiquette du résident				1		présence de boîte à traitement, identifiées avec l'étiquette du résident
Les médicaments sont reconnaissables jusqu'à leur administration (découpage conforme, date de péremption)	Observations de 5 médicaments		1			
Les traitements multidoses sont identifiés avec l' étiquette du résident				1		pas d'étiquettes, multi dose utilisé pour plusieurs résidents !
Pour les solutions buvables , la date d'ouverture du flacon est notée sur le flacon			1			
Stylos à insuline - Le stylo est identifié par 1 étiquette résident - La date d'ouverture notée sur le stylo - La date d'ouverture est de moins d'1 mois	La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON			1		pas d'étiquettes
Administration des traitements						
Un registre électronique est utilisé pour suivre l'administration des médicaments, permettant de vérifier en temps réel que chaque résident reçoit le bon médicament, à la bonne dose, et au bon moment.				1		tablettes defectueuses et non utilisées

ANNEXE 3 : Lettre de missions

 <i>Résidence Degommier</i>	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	
---	---	---

Désignation du projet	SECURISATION DU CIRCUIT DU MEDICMANENT AU SEIN DES RESIDENCE DU VAL D'ESSONNE
Commanditaire	- La directrice de l'EHPAD, Mme VIDAL : responsable de la mise en œuvre des projets visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des résidents - Les autorités de santé, l'ARS : suite au contrôle inopiné
Nom du responsable du projet	MARAIS Marie-Charlotte, Cadre de Santé à l'EHPAD Degommier
Missions du responsable de projet	1. Planification et organisation • Définir les objectifs : Clarifier les buts du projet et les résultats attendus. • Élaborer le plan de projet : Détail des tâches, des délais, des ressources nécessaires et des responsabilités. • Identifier les risques : Analyser les risques potentiels et les faisabilités 2. Coordination et communication • Coordonner les équipes : Assurer la collaboration entre les différents acteurs (IDEC, personnel soignant, médecins, pharmacien référent, etc.). • Communiquer avec les parties prenantes : Maintenir une communication régulière avec la direction, les résidents, leurs familles et les autorités de santé. • Organiser des réunions : Planifier et animer des réunions de suivi et de coordination. 3. Mise en œuvre et suivi • Superviser la mise en œuvre : Veiller à l'application des nouvelles procédures de gestion des médicaments. • Assurer le suivi : Contrôler l'avancement

	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	
---	---	--

	du projet et ajuster les plans au regard de l'évolution du projet • Gérer les ressources : Allouer les ressources nécessaires (humaines, matérielles, financières) et s'assurer de leur utilisation optimale. 4. Formation et sensibilisation • Organiser des formations : Planifier et superviser les sessions de formation pour le personnel. • Sensibiliser les résidents et les familles : Informer sur les nouvelles mesures de sécurité et les bénéfices attendus. 5. Évaluation et amélioration continue • Évaluer les résultats : Mesurer l'impact du projet à travers des audits et des indicateurs de performance, EPP • Proposer des améliorations : Identifier les points d'amélioration et ajuster les procédures en conséquence. • Rédiger des rapports : Documenter les résultats du projet, les leçons apprises et les recommandations pour l'avenir. 6. Clôture du projet • Finaliser le projet : Assurer la clôture administrative et l'archivage des documents. • Présenter les résultats : Communiquer les résultats du projet aux parties. Réévaluer si écart constaté.
Moyens alloués	Temps dédié : réunion pilotage, groupe de travail sur les procédures Matériel mis à disposition : tablette, chariots
Modalités de reporting	Réunions co-dir bimensuelles pour reporting
Durée	Durée globale 12 mois



Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2024-2025



Documents de référence	CR contrôle ARS Documents législatifs : - Article R 4311-4 et R 4312-10 du code de la santé publique - Article L.313-26 du Code de l'action sociale et des familles - Article L3311-3 du code de l'action sociale et des familles - Référentiel HAS : les règles du 5b - Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant - Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique, annexe I : Référentiel professionnel
Date : 13/11/2024	
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet
	Marie-Charlotte MARAIS Cadre de santé Résidence Degommier 12, rue Degommier 91590 CERNY responsablesoins@residencedegommier.fr 01 64 57 78 88

ANNEXE 4 : La fiche projet

	Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025
NOM : MARAIS Marie-Charlotte INTITULE du projet managérial : Sécurisation du circuit du médicament au sein des Résidences du Val d'Essonne.	
CONTEXTE D'EMERGENCE : - Contrôle inopiné de l'ARS sur l'EHPAD Degommier : injonction quant à la sécurisation du circuit du médicament : pas de sécurisation du médicament, pas de traçabilité diverses (contrôle réception des traitements, vérifications des déroulés, péremptions) - Evaluation interne mai 2025 Ce projet répond à un besoin urgent suite à une injonction de l'ARS. Il est réalisable tant financièrement qu'humainement. Il vise à cadrer la sécurisation des résidents mais également du personnel soignant. Ce projet part d'un état des lieux aboutissant à des mesures correctives.	
REFERENCES REGLEMENTAIRES : - Article R 4311-4 et R 4312-10 du code de la santé publique - Article L.313-26 du Code de l'action sociale et des familles - Article L3311-3 du code de l'action sociale et des familles - Référentiel HAS : les règles du 5b - Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant - Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique, annexe I : Référentiel professionnel	
OBJECTIFS INSTITUTIONNELS : 1. Amélioration de la sécurité des résidents : - o Réduire les erreurs médicamenteuses. - o Assurer une administration correcte et sécurisée des médicaments. 2. Conformité réglementaire : - o Respecter les normes et réglementations en vigueur. - o Mettre en place des procédures conformes aux recommandations des autorités de santé. 3. Optimisation des processus :	

- Simplifier et standardiser le circuit du médicament.
- Améliorer l'efficacité et la traçabilité des opérations.
- 4. Formation et sensibilisation du personnel :**
 - Former le personnel aux bonnes pratiques de gestion des médicaments.
 - Sensibiliser aux risques liés à la iatrogénie médicamenteuse.
- 5. Qualité des soins :**
 - Améliorer la qualité des soins apportés aux résidents.
 - Assurer une prise en charge médicamenteuse adaptée et personnalisée.
- 6. Satisfaction des résidents et des familles :**
 - Renforcer la confiance des résidents et de leurs familles dans la prise en charge médicamenteuse.
 - Améliorer la communication et l'information sur les traitements

ACTEURS liés PROJET

- 1. Direction de l'EHPAD :**
 - Supervise et valide le projet.
- 2. Cadre de santé :**
 - Assure la coordination des différentes actions et s'assure de l'évolution du projet. Transmet les outils sur les deux autres établissements.
- 3. IDEC :**
 - Participe à l'élaboration et met en œuvre les procédures de sécurité.
 - Effectue des audits et des évaluations pour assurer la conformité.
- 4. Personnel soignant (infirmiers, aides-soignants) :**
 - Administre les médicaments aux résidents.
 - Suit les protocoles de sécurité et de traçabilité.
- 5. Médecin coordinateur + prescripteurs :**
 - Prescrivent les traitements médicamenteux.
 - Collaborent avec le personnel soignant pour ajuster les traitements.
- 6. Pharmacie :**
 - Conseille sur la gestion des médicaments.
 - Assurent la livraison des médicaments.
 - Doivent respecter les normes de qualité et de sécurité.
- 7. Résidents et leurs familles :**
 - Sont informés des traitements et des mesures de sécurité.
 - Peuvent donner leur avis et signaler des problèmes.
- 8. Autorités de santé (ARS, ANSM) :**
 - Fournissent des recommandations et des réglementations.
 - Peuvent effectuer des inspections et des contrôles.

CALENDRIER PREVISIONNEL:

Septembre 2024 : Planification et préparation

- Réunion de lancement du projet avec tous les acteurs.
- Analyse des besoins et des risques.
- Élaboration du plan de projet détaillé.
- Validation du plan de projet par la direction.

Octobre- Novembre 2024 : Formation et sensibilisation

- Réunion pluridisciplinaire : IDE, pharmacie, cadre de santé
- Elaboration des procédures
- Formation du personnel soignant
- Sensibilisation des résidents et de leurs familles.

Décembre-Janvier : Mise en œuvre des procédures

- Mise en place des nouvelles procédures de gestion des médicaments.
- Mise en place des outils de traçabilité (péremptions, vérification piluliers...)
- Test des procédures et ajustements nécessaires.
- Déploiement complet des procédures.

Février-Mars : Suivi et ajustements

- Suivi des premières semaines de mise en œuvre.
- Réunions de feedback avec le personnel et les résidents.
- Ajustements des procédures en fonction des retours.
- Formation complémentaire si nécessaire.

Avril-Mai : Évaluation et clôture

- Audit interne pour évaluer l'efficacité des nouvelles procédures.
- Rapport d'évaluation et recommandations finales.
- Réunion de clôture du projet avec tous les acteurs.
- Clôture administrative et archivage des documents du projet.

MOYENS :

Financiers :

- Budget de formations : Réalisées en interne : pas de budget à prévoir. Support de formation gratuit via OMEDIT
- Budget d'équipement : Equipements de stockage, équipement de tablettes numériques et autres matériels nécessaires.

Ressources RH :

- Personnel soignant : Infirmiers, aides-soignants, et médecins pour la mise en œuvre des nouvelles procédures.
- Pharmacien référent : Pour conseiller et superviser la gestion des médicaments.
- Formateurs : Pour dispenser les formations nécessaires au personnel.

Ressources matérielles :

- Équipements de stockage : Armoires sécurisées, chariots sécurisés

- Tablettes numériques : Pour assurer une traçabilité précise des médicaments.
- Supports de formation : Manuels, vidéos, et autres outils pédagogiques.

Ressources organisationnelles :

- Plan de projet détaillé : Incluant les étapes, les délais, et les responsabilités de chacun.
- Procédures et protocoles : Documents détaillant les nouvelles procédures de gestion des médicaments.
- Calendrier de suivi : Pour assurer un suivi régulier de l'avancement du projet et des ajustements nécessaires.

Personnes mobilisées : IDE, médecin coordinateur, direction, pharmacie, résidents

Réunions :

- Réunion Cadre de santé – IDE - pharmacie
- Réunion Cadre de santé – IDE - médecins
- Réunions Cadre de santé – IDE - équipes de soins
- Réunions prestataires matériels

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Groupe de travail : IDE – CDS – médecin coordinateur
- Consultant extérieurs : évaluation à blanc, autodiagnostic, Omédit

RESULTATS ATTENDUS :

Court terme (0-3 mois)

- Formation du personnel : Le personnel soignant et les médecins sont formés aux nouvelles procédures de gestion des médicaments.
- Mise en place des outils : équipements de traçabilité.
- Sensibilisation des résidents et des familles : Information sur les nouvelles mesures de sécurité et les bénéfices attendus.

Moyen terme (3-6 mois)

- Réduction des erreurs médicamenteuses : Diminution des incidents liés à la mauvaise administration des médicaments.
- Amélioration de la traçabilité : Suivi précis des médicaments depuis leur réception jusqu'à leur administration.
- Feedback positif : Retour d'expérience favorable de la part du personnel, des résidents et de leurs familles sur les nouvelles procédures.

Long terme (6-12 mois et au-delà)

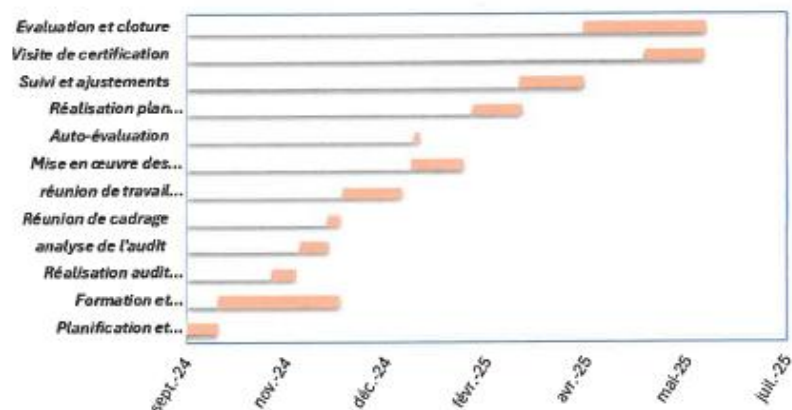
- Conformité réglementaire : Respect des normes et des réglementations en vigueur, avec des audits internes et externes réussis.
- Amélioration continue : Ajustements et améliorations des procédures basés sur les retours d'expérience et les audits.

- Satisfac  on accrue : Augmentation de la satisfac  on des résidents et de leurs familles grâce à une prise en charge médicamenteuse sécurisée et efficace.
- Réputation renforcée : Amélioration de la réputation de l'EHPAD en matière de qualité des soins et de sécurité des résidents

VALIDATION :

La validation des différentes étapes se fera selon l'avancée du projet.

Diagramme de Gantt pour la sécurisation du cricuit du medicament en EHPAD (Septembre 2024)



CRITERES D'ÉVALUATION

Court terme (0-3 mois)

1. **Formation du personnel :**
 -    Pourcentage de personnel formé aux nouvelles procédures.
 -    évaluation des connaissances acquises à travers des tests ou des

questionnaires.

2. Mise en place des outils :

- o Disponibilité et utilisation des équipements de traçabilité.

Moyen terme (3-6 mois)

1. Réduction des erreurs médicamenteuses :

- o Nombre d'erreurs médicamenteuses signalées avant et après la mise en œuvre du projet.
- o Types d'erreurs les plus fréquentes et leur réduction.

2. Satisfaction des parties prenantes :

- o Feedback des résidents et de leurs familles sur la sécurité et la qualité des soins.
- o Satisfaction du personnel soignant concernant les nouvelles procédures.

Long terme (6-12 mois et au-delà)

1. Conformité réglementaire :

- o Résultats des audits internes et externes.
- o Respect des normes et des recommandations des autorités de santé.

2. Amélioration continue :

- o Nombre et pertinence des ajustements apportés aux procédures basés sur les retours d'expérience.
- o Mise en place de nouvelles formations ou de sessions de rappel.

3. Impact sur la santé des résidents :

- o Réduction des hospitalisations liées à des erreurs médicamenteuses.
- o Amélioration des indicateurs de santé des résidents (par exemple, taux de complications médicamenteuses).

REFERENCES UNIVERSITAIRES

1. Guide régional de l'OMEDIT Centre :

- o Ce guide détaille les étapes du circuit du médicament et les exigences réglementaires pour les EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (PUI).

Lien du site : [Contrat de bon usage médicaments, produits et prestations - 3ème génération \(omedit-normandie.fr\)](https://www.omedit-normandie.fr/)

2. Guide de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes :

- o Propose des recommandations pour sécuriser le circuit du médicament en EHPAD.

Lien du site : [2023 GUIDE Circuit médicament ehpad V2 \(2\).pdf](#)

3. Publications de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- o La HAS fournit des guides et des recommandations spécifiques pour la sécurisation du circuit du médicament, incluant des outils de sensibilisation et des rapports sur les événements indésirables graves.

Lien du site : [Le circuit du médicament dans le sanitaire et le médico-social | AGEVAL](#)

4. Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie :

- Ce rapport traite des moyens pratiques à mettre en œuvre pour sécuriser le circuit du médicament dans les établissements de soins.

Lien du site : [1_rapport_securisation_medicaments.pdf \(acadpharm.org\)](#)

5. Documentation de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) :

- L'EHESP propose des études et des rapports sur la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD.

Lien du site : [Microsoft Word - Mémoire Préparation des médicaments.doc \(ehesp.fr\)](#)

6. Compte-rendu de l'ARS contrôle inopiné



ANNEXE 5 : Compte rendu réunion pluridisciplinaire



COMPTE-RENDU DE REUNION

Le 26/11/2024, réunion entre l'équipe soin et l'équipe IDE

Etaient présents : BLANDIN Marion, DUCHESNE Helen, EICHSTEDT Caroline, JOSSE Sandrine, MARAIS Marie-Charlotte, Dr THIBAUT Anne

Absence du Dr HARKAT. A prévenu de son absence le jour-même.

Demande des IDE :

- **Avoir un planning des jours et horaires de présence du Dr HARKAT afin d'adapter les effectifs à ses jours de visite**
 - ⇒ A revoir avec le Dr HARKAT.
 - ⇒ Dr HARKAT vu en entretien individuel le 27/11/2024 : signifie être plus stable début janvier car modifie sa répartition de travail avec les autres établissements. Sera donc en capacité à fournir un planning.
- **Demander l'avis des IDE avant prescriptions des perfusions**
 - ⇒ Les IDE ne comprennent pas toujours le sens de certaines prescriptions. Prescriptions de perfusion chez des résidents en totale opposition. Manque de communication et de concertation
 - ⇒ Dr HARKAT vu en entretien individuel le 27/11/2024 : Dit qu'elle prescrit en fonction de son diagnostic. Proposition faite par l'encadrement que les IDE participent à ses visites auprès des résidents. Ne semble pas opposée à partir du moment où « on ne la ralenti pas ». A programmer en fonction de ses jours de présence quand Dr HARKAT fournira un planning de présence.
- **Attention aux erreurs de prescriptions. Se trompe parfois de mode d'administration (IV au lieu de SC). Ne fait pas les renouvellements de traitement**
 - ⇒ Dr HARKAT vu en entretien individuel le 27/11/2024 : Dit parfois aller un peu vite. Les IDE peuvent l'appeler et elle régularise la PM. Pour les renouvellements elle n'y pense pas. Proposition que les IDE lui fasse le listing régulier de tous les renouvellements afin que le Dr HARKAT puisse les faire. Dit être ok.
- **Mettre les observations dès que le Dr HARKAT voit un résident**
 - ⇒ Dr HARKAT vu en entretien individuel le 27/11/2024 : Me dit les faire. Demande de vigilance et rappel de la législation : une observation médicale par mois et par résidents obligatoire.
- **Penser à imprimer et à transmettre les arrêts de traitements**
 - ⇒ Dr HARKAT vu en entretien individuel le 27/11/2024 : Me dit ne plus avoir d'encre dans son imprimante. Changement des cartouches fait ce jour.



COMPTE-RENDU DE REUNION

- **Les IDE s'interrogent sur la présence du Dr HARKAT. Est sensée être présente deux demi-journées, et est présente que 2h deux fois par semaine maximum.**
 - ⇒ Information remontée à la direction lors du Co-dir le 27/11/2024.
- **Les IDE sont unanimes et remontent un problème de communication entre le Dr HARKAT et les IDE. Pas de prise en compte de l'avis des équipes IDE. Disent parfois ne même pas être au courant de la présence du médecin, fait des changements de prescription et part sans même avoir informé les IDE.**
 - ⇒ Dr HARKAT vu en entretien individuel le 27/11/2024 : Dit se trouver très pédagogue, leur expliquer les informations dont elles ont besoin. Dit s'adapter en fonction du nombre d'IDE présente au jour le jour. Ne va pas les solliciter si elles sont seules. Ne comprend pas pourquoi les IDE ne leur dit pas. Dit avoir l'impression que l'équipe IDE ne lui fait pas confiance
 - ⇒ Proposition de reprogrammer assez rapidement une réunion médecin-IDE afin de pouvoir échanger. Rappel fait au Dr HARKAT que les IDE ont besoin de comprendre les changements de prescriptions afin de pouvoir aussi les expliquer aux résidents et aux familles. Rappel fait sur la connaissance des résidents par les IDE, et qu'elles ont une expertise du terrain que le Dr HARKAT n'a pas, malgré ses compétences médicales. Rappel fait sur le travail d'équipe en toute intelligence.
 - ⇒ Ne souhaite pas me communiquer de date de réunion pour l'instant.

Pas de soucis à faire remonter au Dr THIBAUT, médecin coordonnateur, lors de notre réunion.



ANNEXE 6 : Compte rendu réunion pluridisciplinaire



COMPTE-RENDU DE REUNION POINT PHARMACIE

Intitulé	Date	Participants
Point trimestriel	10/12/2024	DEFRANCE Amaury, Pharmacien DUCHESNE Helen, IDE JOSSE Sandrine, IDE Pauline, préparatrice en pharmacie MARAIS MC, cadre de santé

Demande de l'EHPAD :

- Classer et livrer les déroulés par étage
⇒ Décision : favorable. Les déroulés seront maintenus par un élastique pour éviter qu'ils se mélangent. Merci de penser à les remettre dans la caisse vide.
- Ne pas délivrer les hors sachet sur les ordonnances lorsqu'il est notifié ne pas délivrer
⇒ Décision : un tableau de commande sera envoyé toutes les semaines pour les hors sachets. Nominatif à chaque résident
- Investir Netsoin pour transmission automatique des modifications ou alerte de traitement
⇒ Décision : Ok si système fonctionne correctement. Nouveau code de connexion fourni ce jour. Message laissé à Netsoins pour prise de contact pour paramétrage de Netsoins pour la pharmacie : en attente.
- Demande d'avancer l'heure de la livraison à 15h
⇒ Décision : Devrait être possible : à voir
- Demande de traçabilité des réceptions de commande
⇒ Décision : Feuille à mettre en place par l'EHPAD. Info à transmettre à la pharmacie lors du déploiement de la feuille.
- Demande de production pour 15 jours en cas de vacances des IDE
⇒ Décision : ok mais à planifier en amont avec la pharmacie (possible que s'ils sont deux)

Demande de la pharmacie :

- Penser à transmettre systématiquement les nouvelles feuilles de sécurité sociale et mutuelle pour pouvoir faire les facturations
⇒ Accès donné à Netsoins pour avoir directement les informations
- Information sur changement de fournisseur du paracétamol à partir de janvier : probable changement de couleur des gélules
- Attention aux prescriptions sécurisées : doivent être écrites en toute lettre, stipulé : chevauchement autorisé, non renouvelable, délivré en une fois.

Responsabilité de l'équipe infirmière + livreur

.....2025

[illegible]

Responsabilité de l'équipe infirmière

..... 2025

[illegible]

ANNEXE 9 : Le stock tampon

	RESIDENCE DEGOMMIER		
	Codification : PO-SOINS-015	Version 1	Date d'application : 03/04/2025
PROCEDURE : La gestion du stock tampon			
Destinataires : Tous les professionnels de l'EHPAD impliqués dans le circuit du médicament			

DEFINITION

Les EHPADs accueillent des personnes pour lesquelles l'initiation d'un nouveau traitement (chronique ou non) peut-être nécessaire, suite à une modification brutale de leur état de santé. Aussi, afin de garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse, un « **stock tampon** » de produits de santé peut être mis en place.

Il s'agit d'une **réserve de médicaments** de première intention permettant de débiter le plus tôt possible, lorsque la pharmacie référente est fermée (soir, nuit, WK, jours fériés). Le stock tampon correspond à des médicaments délivrés par la pharmacie référente avec laquelle l'établissement a signé une convention.

I. Objectifs

1. Assurer la disponibilité des médicaments essentiels pour les résidents en attente de réapprovisionnement depuis la pharmacie référente.
2. Garantir une gestion rigoureuse pour éviter les ruptures ou gaspillages.
3. Respecter les obligations réglementaires concernant le stockage sécurisé des médicaments.

II. Composition et Localisation du Stock Tampon

1. Composition :

Le stock tampon doit inclure uniquement les médicaments les plus fréquemment utilisés et nécessaires en urgence, au regard des besoins des personnes, de la capacité d'accueil et du stockage du local dédié. Sa composition et sa prescription sont réalisées par le médecin coordonnateur, le pharmacien, en concertation avec l'équipe IDE.

Chaque médicament, doit être identifié avec son nom, son dosage, et sa date de péremption.

La dotation du stock tampon doit faire l'objet d'une réévaluation annuelle.

2. Localisation :

Le stock tampon est situé dans une armoire dédiée, sécurisée (fermée à clé) dans la pharmacie sécurisée du 1^{er} étage. L'accès à l'armoire de stock tampon est strictement limité aux professionnels autorisés (IDE, IDE coordonnateur).

III. Gestion du stock tampon

1. Responsable :

L'IDE référente est chargée de la gestion du stock tampon. Elle veille à garantir une traçabilité rigoureuse de la dotation des médicaments ainsi qu'au contrôle systématique de leurs dates de péremption.

2. Utilisation du stock tampon

Le stock tampon est utilisé uniquement en cas de besoin urgent, en attendant la réception des médicaments prescrits via la pharmacie. Sur prescription médicale ou en application de protocoles généraux, un médicament est sorti du stock tampon pour débiter le traitement d'un usager.

Cette sortie est tracée : date, dénomination du produit, quantité, nom de l'usager, signature IDE

Les unités de médicaments sorties du stock tampon, destinées à un résident, sont placées dans le casier de médicaments de ce dernier.

3. Réapprovisionnement :

Le réapprovisionnement doit être effectué sur prescription médicale du médecin coordonnateur et est transmis à la pharmacie référente pour une dispensation et un réapprovisionnement du stock tampon.

Une traçabilité rigoureuse doit être assurée sur la fiche de suivi du stock tampon, permettant de documenter le réapprovisionnement en détail.

Cette fiche doit inclure les informations suivantes :

- La date de l'opération,
- La dénomination du produit,
- La quantité utilisée ou reçue,
- L'identité du résident et du professionnel ayant utilisé le médicament.
- La signature de l'IDE responsable.

IV. Contrôle et Inventaire :

Un inventaire mensuel doit être effectué pour vérifier les quantités, les dates de péremption et les conditions de stockage.

Toute anomalie (manque, erreur, produit périmé) doit être signalée immédiatement et corrigée.

V. Stockage et Sécurisation

Les médicaments doivent être conservés dans leur emballage d'origine avec la notice.

Respect strict des conditions de stockage indiquées (température, hygrométrie, etc.).

Les produits périmés doivent être écartés immédiatement et placés dans le bac « Cyclamed » pour leur élimination.

VI. Formation et Sensibilisation

Les équipes doivent être formées régulièrement sur la gestion du stock tampon, notamment sur :

- Les conditions de stockage et de traçabilité.
- L'importance de signaler les besoins ou anomalies.
- Les règles liées à l'utilisation des médicaments d'urgence.

Procédures complémentaires :

PO-SOINS-011 : Distribution, administration (aide à la prise) du médicament.

PO-SOINS-013 : Circuit du médicament

PO-SOINS-014 : La gestion des stupéfiants

Rédaction	Validation	Approbation
Nom(s) : SIRON Valérie MARAIS MC	Nom(s) : A. THIBAUT	Le Directeur : C. VIDAL
Date : 03/04/2025	Date : 03/04/2025	Date : 03/04/2025
Signature : 	Signature : 	Signature : 

ANNEXE 10 : La gestion du stock tampon

DOTATION STOCK TAMPON 08/04/2025					
DCI + FORME + DOSAGE	DOTATION	Date de sorties / quantité sortie	Nom/Prénom	Date de remise en stocks /	Nom/Prénom
INFECTIOLOGIE					
Amoxicilline 1g cp orodispersible	1 boîte				
Amoxicilline/Acide clavulanique 1g/125mg sachets	2 boîtes				
Amoxicilline/Acide clavulanique 1g/125mg comprimés	1 boîte				
Pyostacine 500mg	1 boîte				
Cefixime 200 mg	1 boîte				
Fosfomycine 3g (Monuril)	1 sachet				
Bactrim forte 800mg/160mg cp	1 boîte				
Flagyl 500 mg cp	1 boîte				
Ceftriaxone 1g IM injectable	3 boîtes				
Selexid 200mg	1 boîte				
Valaciclovir 500mg	1 boîte				
Oflozet 200mg	1 boîte				
Rovamycine 3 millions d'unités	1 boîte				
Ciprofloxacine 500mg	1 boîte				
Fungizone 10% solution buvable	1 flacon				
Econazole émulsion	1 flacon				
OPHTALMOLOGIE					
Tobramycine 0,3% collyre	1 flacon				
Rifamycine pommade	1 tube				
Dacryoserum (Borax et Ac. borique)	20 flacons unidoses				
Azyter (Azithromycine) collyre	1 flacon				
PNEUMOLOGIE					
Budesonide 1mg/2ml (Pulmicort) pour inhalation nébulisation	1 boîte unidose				
Terbutaline 5mg/2ml (Bricanyl) pour inhalation nébulisation	1 boîte unidose				
Ipratropium 0,25mg/1ml (Atrovent) pour inhalation nébulisation	1 boîte unidose				
Salbutamol 100µg/dose (Ventoline) spray	1 flacon				
Scopolamine 1mg/72h (Scopoderm) patch	1 boîte				
GASTROENTEROLOGIE					
Vogalène lyc 7,5mg (Metopizamine)	1 boîte				
Vogalène 5mg suppo	1 boîte				
Racecadotril 100mg (Tiorfan)	1 boîte				
Diosmectite 3g (Smecta)	1 boîte				
Alginate de sodium + Bicarbonate de sodium (Gaviscon)	1 boîte				
Mopral 20mg	1 boîte				
Phloroglucinol 80 mg orodispersible (Spasfon)	1 boîte				
Ultralevure 100mg sachet	1 boîte				
Ultralevure 200mg gel	1 boîte				
SOLUTES					
Chlorure de sodium 500ml	5 poches				
Chlorure de sodium 1000ml	2 poches				
Glucose 5% 500ml	5 poches				
Glucose 5% 1000ml	2 poches				
Chlorure de sodiu 20%/10ml	10 ampoules				
Chlorure de sodiu 10%/10ml	10 ampoules				
CARDIOLOGIE					
Lovenox 4000 UI (<i>rangement à part armoire à médicaments</i>)	6 seringues				
Lasilix 20 mg cp	1 boîte				
Kayexalate 15g/dose	1 flacon				
Eliquis 5mg	1 boîte				
Exacyl ampoules	1 boîte				
Loxen 20 mg cp	1 boîte				
NEUROLOGIE					
Oxazepam 10mg (Seresta)	1 boîte				
Risperidone sol. Buvable 1mg/ml	1 flacon				
Lysanxia 15mg/ml sol. Buvable	1 flacon				
Loxapine 25mg/ml (loxapac)	1 flacon				
Alprazolam 0,25mg (xanax)	1 boîte				
ALLERGOLOGIE					
Aerius 0,5mg/ml (Desloratadine) sol. Buvable	1 flacon				
Cetirizine 20 mg	1 boîte				
Prednisolone 20 mg	1 boîte				
ANTALGIE					
Paracetamol 500 mg sachet	1 boîte				
Paracetamol 1000mg sachet	5 boîtes				
Doliprane suppositoires 1g (<i>frigo</i>)	1 boîte				
Doliprane suppositoires 600mg (<i>frigo</i>)	1 boîte				
Nefopam 20mg/2ml	1 boîte				
Acupan 30mg cp	1 boîte				
Morphine (Chlorydrate) 1mg/ml injectable ampoule (<i>coffre à stu</i>)	20 ampoules				
Oramorph 20mg/ml (<i>coffre à stup</i>)	1 flacon				

DOTATION STOCK TAMPON MAJ 08/04/2025		
DCI + FORME + DOSAGE	DOTATION	Date de peremption
INFECTIOLOGIE		
Amoxicilline 1g cp orodispersible	1 boîte	09/2027
Amoxicilline/Acide clavulanique 1g/125mg sachets	2 boîtes	11/2027
Amoxicilline/Acide clavulanique 1g/125mg comprimés	1 boîte	07/2026
Pristinamycine 500 mg (pyostacine)	1 boîte	12/2028
Cefixime 200 mg	1 boîte	09/2025
Fosfomycine 3g (Monuril)	1 sachet	04/2027
Bactrim forte 800mg/160mg cp	1 boîte	04/2029
Flagyl 500 mg cp	1 boîte	09/2026
Ceftriaxone 1g IM injectable	2 boîtes	07/2026
Selexid 200mg	1 boîte	04/2027
Valaciclovir 500mg	1 boîte	11/2025
Ofloctet 200mg	1 boîte	04/2026
Rovamycine 3 millions d'unités	1 boîte	06/2027
Ciprofloxacine 500mg	1 boîte	10/2026
Fungizone 10% solution buvable	1 flacon	10/2026
Econazole émulsion	1 flacon	04/2027
OPHTALMOLOGIE		
Tobramycine 0,3% collyre	1 flacon	10/2025
Rifamycine pommade	1 tube	01/2026
Dacryoserum (Borax et Ac. borique)	20 flacons unidoses	06/2026
Azyter (Azithromycine) collyre	1 flacon	08/2025
PNEUMOLOGIE		
Budesonide 1mg/2ml (Pulmicort) pour inhalation nébulisation	1 boîte unidose	09/2026
Terbutaline 5mg/2ml (Bricanyl) pour inhalation nébulisation	1 boîte unidose	07/2026
Ipratropium 0,25mg/1ml (Atrovent) pour inhalation nébulisation	1 boîte unidose	07/2026
Salbutamol 100µg/dose (Ventoline) spray	1 flacon	01/2026
Scopolamine 1mg/72h (Scopoderm) patch	1 boîte de 5	07/2026
GASTROENTEROLOGIE		
Vogalène lyoc 7,5mg (Metopizamine)	1 boîte	07/2027
Vogalène 5mg suppo	1 boîte	12/2025
Mopral 20mg	1 boîte	09/2026
Racecadotril 100mg (Tiorfan)	1 boîte de 20 gélules	09/2025
Diosmectite 3g (Smecta)	1 boîte de 24 sachets	04/2026
Phloroglucinol 80 mg orodispersible (Spasfon)	1 boîte	08/2026
Ultralevure 100mg sachets	1 boîte	04/2027
Aequasial spray	1 boîte	02/2027
Ultralevure 200mg gel	1 boîte	09/2027
SOLUTES		
Chlorure de sodium 500ml	5 poches	01/2026
Chlorure de sodium 1000ml	2 poches	06/2025
Glucose 5% 500ml	5 poches	07/2026
Glucose 5% 1000ml	2 poches	06/2026
Chlorure de sodium 20%/10ml	10 ampoules	01/2026
Chlorure de sodium 10%/10ml	10 ampoules	09/2026
CARDIOLOGIE		
Lovenox 4000 UI (rangement à part armoire)	6 seringues	04/2027

Eliquis 5mg cp	1 boîte	03/2027
Exacyl ampoules	1 boîte	02/2027
Lasilix 40 mg cp	1 boîte	02/2027
Kayexalate 15g/dose	1 pot	08/2027
Loxen 20 mg cp	1 boîte	05/2026
NEUROLOGIE		
Oxazepam 10mg (Seresta)	1 boîte	06/2027
Risperidone sol. Buvable 1mg/ml	1 flacon	11/2025
Lysanxia 15mg/ml sol. Buvable	1 flacon	05/2026
Loxapine 25mg/ml (loxapac)	1 flacon	03/2026
Alprazolam 0,25mg (xanax)	1 boîte	05/2026
ALLERGOLOGIE		
Aérius 5mg cp	1 boîte	12/2026
Cetirizine 10 mg	1 boîte	01/2026
Prednisolone 20 mg	1 boîte	06/2027
ANTALGIE		
Paracetamol 500 mg sachet	1 boîte	10/2025
Paracetamol 1000mg sachet	5 boîtes	10/2026
Nefopam 20mg/2ml	1 boîte	10/2026
Doliprane 1g suppositoire (frigo)	1 boîte	12/2025
Doliprane 600mg suppositoire (frigo)	1 boîte	12/2027
Nefopam 30mg cp	1 boîte	01/2029
Morphine (Chlorydrate) 1mg/ml injectable ampoule (coffre à stup)	20 ampoules	03/2026
Oramorph 20mg/ml (coffre à stup)	1 flacon	12/2025

ANNEXE 11 : La traçabilité des péremptions



FICHE DE TRACABILITE : CONTROLE MENSUEL DES DATES DE PEREMPTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Responsabilité de l'équipe infirmière

Périodicité : 1 x /mois dernière semaine du mois

ANNEE 2025

Mois	Date	Nom de l'IDE qui contrôle	Signature de l'IDE qui contrôle
Janvier			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
Juillet			
Août			
Septembre			
Octobre			
Novembre			
Décembre			

Date, nom, signature	Anomalie constatée, produits périmés	Mesures mises en place

Fiche de traçabilité contrôle mensuel des dates de péremption médicaments, produits pharmaceutiques & DM



**FICHE DE TRACABILITE :
CONTROLE MENSUEL DES DATES DE PEREMPTION DES
MEDICAMENTS, PRODUITS PHARMACEUTIQUES &
DISPOSITIFS MEDICAUX**

Responsabilité de l'équipe infirmière

Périodicité : 1 x /mois dernière semaine du mois

ANNEE 2025

Mois	Date	Nom de l'IDE qui contrôle	Signature de l'IDE qui contrôle
Janvier			
Février			
Mars			
Avril			
Mai			
Juin			
Juillet			
Août			
Septembre			
Octobre			
Novembre			
Décembre			

Date, nom, signature	Anomalie constatée, produits périmés	Mesures mises en place

Fiche de traçabilité contrôle mensuel des dates de péremption médicaments, produits pharmaceutiques & DM

Annexe 12 : Le support de formation

Guide de Formation pour les Aides-Soignants : Administration et/ou Aide à la Prise des Médicaments

Objectifs pédagogiques de la formation :

- Comprendre les limites légales et le rôle des aides-soignants dans la distribution et l'aide à la prise des médicaments.
- Maîtriser la règle des 5B pour sécuriser la prise en charge des résidents.
- Renforcer la collaboration et la communication entre aides-soignants (AS) et infirmiers (IDE) dans la gestion des médicaments.
- Savoir réagir de manière appropriée en cas d'incident ou d'erreur médicamenteuse.
- Redonner du sens à ce soin : temps d'échange avec le résident

Public cible : Aides-soignants en EHPAD

Rappel du contexte : La distribution ou l'aide à la prise des médicaments fait partie des missions d'accompagnement des résidents. Elle doit toujours être faite sous la supervision de l'infirmier. C'est une occasion précieuse d'échanger et de dialoguer avec le résident. Utiliser ce temps pour renforcer la relation de confiance est essentiel, car le résident se sentira écouté et impliqué.

Les attendus :

- Inciter les AS à exprimer les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne.
- Adapter la formation aux besoins réels.
- Sécuriser la distribution et/ou aide à la prise des médicaments
- Redonner du sens à l'aide à la prise des médicaments

1. Rôle de l'AS dans l'aide à la prise des médicaments

1.1 Cadre légal et réglementaire

- **Rappel du cadre législatif**
 - Article **R.4311-5** du Code de la santé publique, définit clairement le rôle des AS dans l'accompagnement des soins sous la responsabilité de l'infirmier :
 - Les AS peuvent **aider à la prise des médicaments** mais **n'ont pas le droit de les administrer**. Cela signifie qu'ils ne peuvent pas décider du traitement, ajuster les doses ou préparer les médicaments.
 - L'**aide à la prise** consiste à présenter le médicament au résident, et l'aider à l'avalier avec de l'eau ou une compote si besoin.
 - L'**administration** implique la préparation et la vérification des doses, qui sont des actes réservés aux IDE uniquement.
- **Conditions d'exercice de l'aide à la prise**

- Les médicaments doivent être **préparés à l'avance par l'IDE** (mise en pilulier, dosage précis).
- L'AS agit **sous la supervision de l'IDE**, et doit toujours pouvoir se référer à lui en cas de doute ou de difficulté (par exemple, si le résident refuse de prendre son traitement).
- Un protocole d'établissement autorise les AS de nuit à donner les traitements préalablement préparés par les IDE (somnifère, antalgique palier 1 et 2 si besoin, **pas de palier 3**).
- LES ASH n'ont pas le droit de distribuer les traitements. Ils peuvent cependant participer aux actes de la vie courante, soit donner un traitement à un résident dès lors qu'il a été donné par un soignant habilité.

1.2 Responsabilités des aides-soignants

- **Surveillance lors de la prise**

L'aide-soignant veille à ce que le résident prenne son médicament conformément aux instructions. Il doit s'assurer que le résident avale bien le médicament, en particulier dans les cas de troubles cognitifs où il y a un risque de fausse route ou de dissimulation du comprimé

- **Observation et communication**

Si le résident présente des signes d'inconfort ou refuse de prendre ses médicaments, l'AS doit alerter immédiatement l'infirmier. Une traçabilité dans le plan de soin et transmissions est attendue. Par exemple, un résident peut manifester des effets secondaires (nausées, vomissements, étourdissements) nécessitant une intervention rapide de l'IDE.

- Étant en contact direct avec les résidents, les aides-soignants sont idéalement placés pour observer les effets des traitements et signaler d'éventuels problèmes ou changements à l'équipe médicale. Il est donc essentiel qu'ils s'intéressent et connaissent les principaux effets secondaires des traitements utilisés au sein de l'EHPAD."

- **Rapports d'incidents**

Toute situation anormale (erreur de médicament, refus du résident, etc.) doit être consignée dans le dossier du résident et signalée à l'équipe médicale et/ou paramédicale afin d'effectuer une prise en charge rapide. Si pas de présence IDE, appeler le 15 pour avis et/ou transfert. Puis faire un EIGS, selon la procédure.

2. La collaboration avec l'infirmier

2.1 Rôle de l'infirmier

- **Préparation des médicaments**

L'infirmier est **responsable de la préparation des médicaments** : il les dispose dans des piluliers, les écrase si besoin, prépare sous forme liquide, en vérifiant les doses et en respectant strictement les prescriptions médicales. L'aide-soignant n'a **aucun droit** de modifier les doses ou les préparations.

- **Fiches de transmission**

L'infirmier laisse des **instructions précises** aux aides-soignants via les fiches de soins (horaires de prise, précautions particulières comme prendre avant ou après un repas). Ces informations sont essentielles pour s'assurer que le résident prend son traitement correctement.

2.2 Communication entre infirmier et aide-soignant

- **Transmissions orales et écrites**

Les AS doivent **recevoir et transmettre clairement** les informations importantes. Par exemple, si un résident a un problème de déglutition, cela doit être transmis immédiatement à l'infirmier pour adapter la prise en soin.

- **Signaler les incidents**

L'aide-soignant doit savoir quand alerter l'infirmier, notamment dans les cas suivants :

- Refus du résident de prendre le médicament.
- Effets secondaires visibles (réactions cutanées, vertiges, etc.).
- Erreurs de préparation ou de prise (médicament tombé, dose oubliée).

3. La règle des 5B pour sécuriser la prise des médicaments

Introduction à la règle des 5B

La règle des **5B** est une procédure qui permet de garantir que chaque médicament est administré de manière sûre. Tout intervenant dans la distribution ou l'aide à la prise des traitements, doit **obligatoirement** respecter cette règle :

- **Bonne personne** : S'assurer systématiquement de l'identité du résident avant toute aide à la prise de médicament. Cela inclut de demander son nom ou de se référer à sa fiche de soins. En cas d'incapacité à s'exprimer, se référer à la photo du résident sur le pilulier. Cette étape est cruciale pour éviter les erreurs de médication, notamment dans les services où plusieurs résidents peuvent avoir des traitements similaires.
- **Bon médicament** : Veiller à ce que le médicament proposé au résident corresponde exactement à celui préparé par l'infirmier. Les erreurs de médication, telles que donner un médicament destiné à un autre résident, peuvent avoir des conséquences graves.
- **Bonne dose** : Vérifier que la dose est correcte. Si l'aide-soignant remarque une différence entre la dose attendue et celle préparée (par exemple, un comprimé en trop ou en moins), il doit **immédiatement en informer l'infirmier** avant de donner le médicament.
- **Bonne voie d'administration** : Respecter la méthode par laquelle le médicament doit être pris (par voie orale, sublinguale, ou dans certains cas, voie cutanée pour les crèmes). Si la voie d'administration n'est pas respectée, cela peut affecter l'efficacité du médicament ou entraîner des effets indésirables.
- **Bon moment** : Respecter le moment précis pour la prise du médicament (avant ou après les repas, à un moment spécifique de la journée). Certains médicaments doivent être pris à un moment précis pour garantir leur efficacité.

4. Gestion des incidents et des erreurs médicamenteuses (20 minutes)

4.1 Définition des erreurs médicamenteuses

Une **erreur médicamenteuse** peut inclure :

- Donner un mauvais médicament.
- Donner un traitement à un autre résident
- Oublier une dose ou la donner à un moment inapproprié.
- Administrer une dose incorrecte (trop ou pas assez).
- Utiliser une mauvaise voie d'administration.

4.2 Protocole à suivre en cas d'erreur

Si une erreur est constatée, l'aide-soignant doit immédiatement :

- **Alerter l'infirmier** pour qu'il évalue la situation, alerte le médecin et prenne des mesures correctives.
- **Surveiller le résident** pour détecter d'éventuels effets indésirables.
- Réaliser un EIGS pour consigner l'erreur et ses circonstances dans le dossier du résident (événement indésirable afin que le cadre de santé puisse analyser la situation et mettre des actions en place si nécessaire)

Exemple de gestion d'erreur :

Un résident a pris une double dose de son médicament par inadvertance. L'aide-soignant doit immédiatement informer l'infirmier et surveiller le résident pour détecter tout signe de surdosage.

5. Conclusion et évaluation des acquis

Évaluation rapide : quiz

2. Questions ouvertes

2.1 Citez les 5 étapes de la règle des 5B.

2.2 Comment réagiriez-vous si un résident présente des signes d'effets secondaires après la prise de médicaments ?

2.3 Quelle est la différence entre « aide à la prise » et « administration » de médicaments ?

2.4 Donnez un exemple d'incident médicamenteux que vous pourriez rencontrer et comment vous le géreriez.

3. Vrai ou Faux

3.1 L'aide-soignant peut administrer des médicaments en l'absence de l'infirmier.

☐ Vrai ☐ Faux

3.2 Il est possible d'ajuster la dose d'un médicament si le résident en demande plus.

☐ Vrai ☐ Faux

3.3 L'aide-soignant doit toujours vérifier l'identité du résident avant de l'aider à prendre ses médicaments

☐ Vrai ☐ Faux

3.4 Si un résident refuse son médicament, il est possible de le forcer à le prendre

☐ Vrai ☐ Faux

3.5 Si une erreur médicamenteuse se produit, il faut la signaler à l'infirmier et remplir un événement indésirable

☐ Vrai ☐ Faux

4. Cas pratique

Cas n°1

Contexte : Vous êtes aide-soignant en EHPAD et vous vous apprêtez à aider Mme Jacques à prendre ses médicaments. En vous approchant, vous réalisez qu'elle vous semble avoir déjà pris ses médicaments plus tôt.

Questions : Que faites-vous ?

Cas n°2

Contexte : Vous êtes en charge de la distribution des médicaments pour Mme Dupont, qui souffre de troubles cognitifs. Elle a tendance à oublier de prendre ses médicaments et parfois à les cacher sous sa langue.

Question : Quelles sont les étapes à suivre pour vous assurer que Mme Dupont prend correctement son médicament ?

Cas n°3

Contexte : Après avoir administré un nouveau médicament à Mme Durand, vous remarquez qu'elle présente des signes de somnolence inhabituelle et des vertiges.

Question : Quelle est votre démarche pour gérer cette situation et à qui devez-vous signaler ces observations ?

Cas n°4

Contexte : M. Leblanc doit prendre un médicament avant le repas, mais il refuse de manger ce jour-là.

Question : Que faites-vous pour assurer la prise du médicament conformément aux instructions ?

Quiz de fin de formation : Aide à la prise des médicaments

1. Questions à choix multiples (QCM)

1.1 Quel est le rôle principal de l'aide-soignant dans l'aide à la prise des médicaments ?

- a) Administrer les médicaments préparés.
 - b) Modifier la dose si nécessaire.
 - c) Aider les résidents à prendre les médicaments préparés par l'infirmier.
 - d) Décider du traitement médicamenteux.
-

1.2 Selon la loi, qui est responsable de la préparation des médicaments ?

- a) L'aide-soignant.
 - b) L'infirmier.
 - c) Le médecin.
 - d) Le pharmacien.
-

1.3 Que devez-vous faire si un résident refuse de prendre son médicament ?

- a) Insister pour qu'il prenne le médicament.
 - b) Informer immédiatement l'infirmier.
 - c) Jeter le médicament et ne rien dire.
 - d) Le donner plus tard sans en informer l'infirmier.
-

1.4 Quelle est la première étape à vérifier lors de l'application de la règle des 5B ?

- a) La bonne voie d'administration.
 - b) Le bon médicament.
 - c) La bonne personne.
 - d) Le bon moment.
-

1.5 Que devez-vous faire en cas d'erreur lors de l'aide à la prise de médicaments ?

- a) Continuer comme si de rien n'était.
 - b) Informer immédiatement l'infirmier et surveiller le résident.
 - c) Réessayer de donner le médicament.
 - d) Ne rien dire pour éviter d'avoir des problèmes.
-

ANNEXE 13 : L'auto-évaluation

Date: 07/02/2025

	aide au remplissage	nb d'observation	Oui	No n	NA - NO	Remarques (en préciser la nature) :
MÉDICAMENTS						
La livraison						
Dans la Pharmacie de service, les médicaments sont livrés dans un endroit identifié			X			
Dans la Pharmacie de service, les médicaments sont livrés dans des conteneurs sécurisés et fermés . La chaîne du froid est respectée pour le transport	NA si non observé au moment de la visite du service		X			
A la livraison, les infirmières vérifie la conformité de la commande, une traçabilité du livreur et receveur est faite			X			
Le Stockage						
Dans la Pharmacie, les médicaments ne sont pas accessibles aux personnes non autorisées (local pharmacie fermé)			X			
Le rangement des médicaments limite le risque de confusion (pensez à regarder dans le frigo : absence de produits autres que des médicaments)	1 dosage/ 1 molécule/ 1 compartiment/ 1 étiquette conforme à la réglementation La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON		X			
- l'équipement réfrigéré est muni d'un système de contrôle de la température qui fonctionne - l'équipe connaît les valeurs seuils et la CAT si le seuil est dépassé	La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON		X			
Dans la pharmacie, le coffre à stupéfiants : - est fermée - le contrôle des stupéfiants est organisé et tracé	La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON		X			
Dans la pharmacie, les médicaments à risque sont clairement identifiés dans le lieu de stockage Liste des never events (médicaments à risque): Médicaments anticoagulants, Chlorure de potassium injectable, Spécialités injectables avec mode de préparation à risque, Insuline, Conditionnements unidoses)	Dans la pharmacie, par exemple le casier KCL est identifié selon la réglementation et séparé des autres électrolytes : médicament à risque étiquette rouge				X	Pas de traitement à risques identifiés

Dans la pharmacie du service, la traçabilité du contrôle mensuel des péremptions est retrouvée			X			
Dans la pharmacie du service, tirer au sort 5 produits (formes orales, produits qui tournent peu) et vérifiez l'absence de périmés	Répondre OUI si parmi les 5 produits tirés au sort, aucun n'est périmé		X			
La planification des IDE indique uniquement des classes pharmaceutiques des médicaments (absence de DCI, nom de spécialité ou dosage)	Répondre OUI si absence de retranscriptions médicamenteuses Si non, préciser le nombre de planifications NC			X		exemple : retrouvé inscrit ce jour sur une plannif la DCI de l'aérosol
Dans la pharmacie, les traitements sont rangés nominativement			X			
Dans la pharmacie, il existe un stock tampon permettant la gestion de l'imprévu	Vérifier l'absence de stock "sauvage"		X			
La traçabilité des péremptions du stock tampon est effective			X			
Le chariot à médicament						
Le chariot à médicaments : - Le chariot est propre et rangé - Le chariot est verrouillé	Chariot fermé en l'absence d'IDE		X			
Dans le chariot à médicaments, le rangement des médicaments hors piluliers patient est conforme (1 dosage/ 1 molécule/ 1 compartiment/ 1 étiquette conforme)				X		un compartiment par résident
Le pilulier est identifié avec l'étiquette du résident			X			
Les médicaments sont reconnaissables jusqu'à leur administration (découpage conforme, date de péremption)	Observations de 5 médicaments		X			Manque la date de péremption : vérif fait par la pharmacie
Les traitements multidoses sont identifiés avec l'étiquette du résident			X			
Pour les solutions buvables, la date d'ouverture du flacon est notée sur le flacon			X			
Stylos à insuline - Le stylo est identifié par 1 étiquette résident - La date d'ouverture notée sur le stylo - La date d'ouverture est de moins d'1 mois	La présence d'un seul élément non conforme conduit à cocher NON			X		manque la date d'ouverture
Administration des traitements						
Un registre électronique est utilisé pour suivre l'administration des médicaments, permettant de vérifier en temps réel que chaque résident reçoit le bon médicament, à la bonne dose, et au bon moment.			X			

ANNEXE 14 : Procédure déclaration des EIGS

	MAISON DE RETRAITE DEGOMMIER		
	Codification : PO-QUAL-018	Version 1	Date d'application : 14/11/2024
CIRCUIT DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES ASSOCIES AUX SOINS SOUMIS A DECLARATION			
Destinataires : tout le personnel			

1 - Objet :

Cette procédure a pour objet de décrire les principes de signalement, de traitement, de suivi et d'évaluation de la gestion des événements indésirables graves et événements indésirables graves associés aux soins.

2 - Domaine d'application :

Cette procédure concerne la déclaration des événements indésirables graves et associés aux soins qui surviennent à la résidence AMODRU, au regard de l'état de santé des résidents.

3 - Documents de références :

- Article L1413-14, R1413-68 et D1413-58 du code de la santé publique
- Article L331-8-1 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales
- Arrêté du 28 Décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées.

Sont soumis à **déclaration aux autorités compétentes** :

« Tout dysfonctionnement grave dans [la] gestion ou [l'] organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. »

4 - Personnels concernés – Responsabilités :

Les événements indésirables graves (EIG) et associés aux soins (EIGS) doivent être déclarés et analysés par tous les professionnels de santé quel que soit leur secteur d'exercice.

5 - Définitions :

On regroupe sous le terme d'événement indésirable associé aux soins (EIGS) toute situation qui, à l'occasion d'un acte à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive, en perturbe la réalisation ou impacte directement la santé du patient.

Exemples d'EIGS :

- infection urinaire liée à la pose ou la présence d'une sonde vésicale

- fracture d'un membre après la chute d'une chaise à l'occasion de la toilette d'un résident
- erreur d'administration d'un médicament (le mauvais médicament ou le mauvais patient)
- accident thérapeutique lié à la non-communication d'une allergie connue
- prise en charge inadaptée liée à une erreur de dossier
- retard diagnostique par méconnaissance des résultats d'examens
- effet inattendu d'un médicament ou d'un dispositif médical implanté
- non administration d'un médicament au moment prévu par rupture d'approvisionnement
- impossibilité d'accès au dossier informatique du patient, empêchant la poursuite normale des soins
- erreur de traitement liée au mauvais étiquetage d'un examen de laboratoire.

A contrario, les situations suivantes ne sont pas des EIGS :

- les conséquences d'une rixe ou de gestes déplacés entre 2 résidents (en dehors de tout contexte susceptible de la/les rattacher aux soins) ;
- une toxi-infection alimentaire collective en milieu de soins.

6 - Description :

L'encadrement médical et paramédical doivent être informés. Ceux-ci alerteront le directeur ou son représentant (administrateur de garde).

Avant la déclaration, la survenue d'un EI doit déclencher la mise en œuvre d'actions correctives immédiates et en cas d'évènement indésirable grave associé aux soins.

Etapas de la déclaration :

Dès la survenue d'un EIG, tout professionnel de l'établissement doit d'abord le déclarer en interne sur le logiciel « Net soins ».

Après échange avec les professionnels concernés, un membre de la direction informe les autorités de tutelles (ARS et Département).

A l'ARS :

Déclaration sur le portail national de signalement signalement-sante.gouv.fr en utilisant un formulaire prédéfini. Celui-ci comporte deux parties, chacune d'elle correspondant à un temps de gestion de l'évènement grave :

- **La première partie** (volet 1) doit être transmise sans délai. Concerne les premiers éléments de compréhension de l'EIGS, sa gestion immédiate et les mesures conservatoires prises (Annexe 1).

(Annexe 1 : Aide à la déclaration d'Evènement Indésirable Grave associé aux Soins Volet 1).

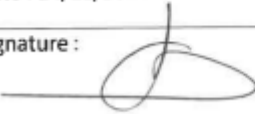
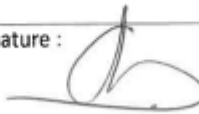
- **La seconde partie** (volet 2) doit être transmise **dans les 3 mois**. Concerne l'analyse approfondie de l'évènement, la compréhension des causes et des barrières ainsi que la mise en place d'un plan d'actions. Elle sera à compléter à l'issue d'une RMM (Revue de Morbidité et de Mortalité) (voir méthodologie en Annexe) ou d'un CREX (Comité de Retour d'Expérience).

La HAS met à disposition des modèles éditables pour permettre de travailler à distance d'un poste informatique connecté au portail des signalements... (Annexe 2).

(Annexe 2 : Aide à la déclaration d'Evènement Indésirable Grave associé aux Soins Volet 2).

ACTION	ETAPE	RELATIONS
I	1. ALERTER EN INTERNE	
	L'administrateur de garde doit être informé immédiatement par le personnel constatant l'EIG. L'EIG doit être saisi dans le logiciel « Net soins » par le membre du personnel ayant constaté l'EIGS ou par le cadre de santé dans les 24h00 en mettant systématiquement en copie les membres de la direction du site.	
II	2. RECUEILLIR LES PREMIERS ELEMENTS DE COMPREHENSION SUR L'EIGS	
	Le cadre de santé est en charge de recueillir les premiers éléments de compréhension de l'EIG: Appels téléphoniques, visite sur place, entretiens, consultation des documents, réunion de l'équipe, etc...	
III	3. ALERTER LES AUTORITES DE TUTELLE	
	L'objectif est d'informer rapidement l'organe de tutelle après avoir pris les premières mesures de maîtrise et recueilli des informations de compréhension de l'événement. ARS : La première partie de la déclaration est saisie sur la plateforme et transmise directement à l'ARS par ce même moyen. L'ARS accuse réception de la première partie de la déclaration et apprécie la nature de l'événement et la gestion immédiate qui en a été faite par le déclarant. Cette appréciation conditionne les moyens développés par l'ARS en réponse. Lors de la déclaration de la première partie sur le portail des vigilances, le déclarant reçoit un accusé de réception numérique et un numéro de déclaration. Ce numéro est à conserver absolument et à retranscrire sur la deuxième partie de la déclaration qui sera faite dans les 3 mois au plus tard.	
IV	4. REALISER L'ANALYSE APPROFONDIE DE L'EVENNEMENT (CREX, RMM)	
	C'est une démarche collective d'analyse de l'événement et de recherche de solutions. La démarche intéresse tous les professionnels et toutes les structures impliquées dans la prise en charge du patient. Elle est réalisée dans les 3 mois après la déclaration. La structure régionale d'appui, Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité	

	des patients d'Île-de-France (STARAQS) peut être sollicitée, à la demande du déclarant ou de l'ARS, pour apporter un appui dans la réalisation de l'analyse approfondie de l'événement.	
V	5. RENSEIGNER ET DECLARER LA DEUXIEME PARTIE DES FORMULAIRES AUX AUTORITES DE TUTELLES	
	L'objectif est de montrer la capacité du professionnel de santé et de l'établissement à auto-évaluer un EIGS et à maîtriser à l'avenir ce risque. Ainsi, la précision de la description, et la pertinence de l'analyse sont primordiaux pour la compréhension de l'événement. ARS : La deuxième partie de la déclaration (volet 2) est de la même manière, saisie sur la plateforme et transmise directement à l'ARS dans un délai de trois mois. L'ARS accuse réception de la deuxième partie de la déclaration et apprécie la qualité de l'analyse et la gestion de l'événement par le déclarant. Cette appréciation conditionne ses réponses, la demande d'informations et de pièces complémentaires et le délai de clôture de l'événement. Après la clôture de l'événement, le système d'information de l'ARS anonymise l'EIGS et l'adresse à la HAS qui va l'intégrer dans une base de retour d'expérience. Ainsi les données nominatives concernant le déclarant et la structure de soins ne sont pas communiquées à la HAS. La HAS est chargée d'exploiter au niveau national ces EIG pour en tirer des enseignements.	
	6. METTRE EN ŒUVRE LES MESURES ET LES SUIVRE DANS LE TEMPS	
	Au niveau de l'établissement, les actions d'améliorations sont inscrites dans le « tableau de bord et de suivi des EI » et sont évaluées lors du bilan et la mise à jour de celui-ci ;	

Rédaction	Validation	Approbation
Nom(s) : Céline VIDAL, Directrice	Nom(s) : Céline VIDAL, Directrice	Le directeur : Céline VIDAL, Directrice
Date : 14/11/2024	Date : 14/11/2024	Date : 14/11/2024
Signature : 	Signature : 	Signature : 

ANNEXE 15 : Protocole – Mode opératoire – Gestion de la « boîte aux lettres » - CYCLAMED

	RESIDENCE DEGOMMIER		
	Codification : MO-QUAL-02	Version 1	Date d'application : 11/04/2025
Protocole Mode opératoire – Gestion de la « boîte aux lettres » - CYCLAMED			
Destinataires : tout le personnel			

Objectif

Établir un mode opératoire pour la gestion des médicaments non pris ou retrouvés dans un endroit inapproprié par des agents de soins (à l'exception des IDE/IDEC), les ASH, agents techniques ou le personnel administratif, **en dehors des présences infirmières ou médicales**. Ces médicaments seront sécurisés dans une boîte fermant à clé jusqu'à vérification et gestion par les infirmières.

Domaine d'application

S'applique à tout le personnel de la résidence, hors IDE/IDEC/MEDCO ou médecins, et en leur absence. Concerne la récupération et la sécurisation des médicaments non absorbés par les résidents dans une boîte dédiée.

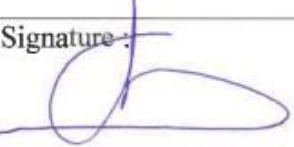
Mode opératoire

Cas 1 : En présence d'un IDE/IDEC/MEDCO ou médecin prescripteur

- **Récupération** : Utiliser des gants à usage unique pour ramasser le médicament.
- **Remise** : Remettre immédiatement le médicament au professionnel présent.
- **Informations** : Indiquer le lieu, l'heure et les circonstances de la découverte au professionnel concerné.
- **Traçabilité** : Si le résident est identifié, rédiger un événement indésirable (EI) sur NET SOINS.

Cas 2 : En l'absence d'un IDE/IDEC/MEDCO ou médecin prescripteur

- **Récupération** : Ramasser le médicament à l'aide de gants à usage unique.
- **Enveloppe** : Insérer le médicament dans une enveloppe disponible au bureau des IDE.
 - Noter sur l'enveloppe : date, heure, lieu, circonstances, personne concernée (si identifiable) et nom de l'agent ayant ramassé le médicament.
- **Boîte de recueil** : Placer l'enveloppe dans la boîte sécurisée située au 1er étage, identifiée « Médicaments Cyclamed ».
- **Déclaration** : Rédiger un EI sur NET SOINS selon le protocole de saisie des événements indésirables (cf. MO-QUAL-01).
- **Gestion ultérieure** : À son arrivée, l'IDE relève quotidiennement la boîte, vérifie le contenu et évacue les médicaments au Cyclamed dans le local à pharmacie.
- **Analyse** : Un EI est analysé par l'IDE/IDEC.

Rédaction	Validation	Approbation
Noms(s) : V.SIRON Infirmière coordinatrice	Noms(s): THIBAUT A Médecin coordinateur	Noms(s) : VIDAL C Directrice
MARAIS MC Cadre de santé		
Date : 11/04/2025	Date : 11/04/2025	Date : 11/04/2025
Signature : 	Signature : 	Signature : 

ANNEXE 16 : Procédure distribution, administration (aide à la prise) du médicament

	RESIDENCE DEGOMMIER		
	Codification : PO-SOINS-011	Version 2	Date d'application : 13/10/2023 Date de MAJ : 11/12/2024 Date de MAJ : 02/04/2025
PROCEDURE : Distribution, Administration (Aide à la prise) du médicament			
Destinataires : Equipe infirmière Equipes soignantes (jour et nuit)			

Cadre juridique :

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit les dispositions suivantes dans le code de l'action sociale et des familles (ou CASF) :

« 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. » (art. L. 313-26 du CASF).

En application des dispositions de l'article L. 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), **il appartient donc au prescripteur de se positionner clairement sur la prescription médicale. A défaut de mention sur cette prescription de la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, l'aide à la prise médicamenteuse est considérée comme une aide aux actes de la vie courante.**

I. Objectif et responsabilité

Garantir une administration et une aide à la prise des médicaments sécurisée pour les résidents.
Clarification des responsabilités :

- **IDE** : Rôle exclusif pour la distribution et l'administration nécessitant un acte technique.
- **AS/AMP/AES** : Aide à la prise sans acte technique sous délégation de l'IDE.

II. Distribution des Médicaments

Responsable : Exclusivement l'IDE. **Les traitements sont vérifiés par l'IDE après réception des déroulés, avec une traçabilité obligatoire.**

Lieu : Local à pharmacie (1er étage) équipé de chariots avec rangements nominatifs.

Fréquence : Quotidienne, la PDA arrive le mardi soir.

Conditions :

- Distribution réalisée dans le calme, sans interruptions sauf urgence.
- Utilisation de gilets signalant la distribution en cours.
- Organisation interne pour limiter les appels : sensibilisation des équipes et filtrage des appels non urgents par le secrétariat.

Processus détaillé :

- Médicaments préparés dans des tiroirs individuels et nominatifs.
- Gouttes et traitements écrasables préparés au besoin, dans des pots nominatifs, au lit du résident. La liste des traitements écrasables est respectée.

- Médicaments de nuit préparés quotidiennement par l'IDE et placés dans des guéridons sécurisés. Les listes des éléments de surveillance et de potentielles allergies sont à disposition des AS de nuit.

III. Administration (Aide à la Prise)

Responsable :

- **IDE** : Administration avec acte technique (injection, aérosol, collyres).
- **AS/AMP/AES** : Aide à la prise sans acte technique sous délégation.

Processus :

1. **Respect de la règle des 5B :**
 - Bon médicament.
 - Bon résident.
 - Bonne posologie.
 - Bon moment.
 - Bonne voie.
2. **Matin :**
 - En chambre, délégation aux AS/AMP/AES lors du petit-déjeuner pour les résidents nécessitant une aide totale.
 - Administration par l'IDE pour les autres, avec possibilité de délégation en cas d'urgence.
3. **Midi et Soir :**
 - Administration par l'IDE en salle de restauration et au PASA.
 - Délégation pour les résidents nécessitant une aide en chambre.
4. **Nuit :**
 - Aide à la prise par l'AS avec médicaments préalablement préparés par l'IDE.

IV. Traçabilité

Responsable : IDE, AS/AMP/AES.

Outil : Dossier du résident dans Net-Soins.

Principes :

- Traçabilité immédiate et précise de chaque prise ou non prise.
- Validation des traitements par molécules par les IDE et AS de nuit.
- Validation du soin « aide à la prise » par les AS de jour
- Inscription des événements anormaux (refus, incidents).
- Traçabilité des effets indésirables ou escomptés.

V. Surveillance Thérapeutique

Responsable : IDE, en collaboration avec l'équipe soignante.

Actions :

- Détection des effets indésirables ou escomptés.
- Signalement au médecin traitant ou coordinateur et au pharmacien si nécessaire.
- Transmissions écrites dans Net-Soins.
- Réalisation d'un événement indésirables graves via Netsoins

VI. Protocole en cas d'absence d'infirmière (Aides-Soignants de Nuit)

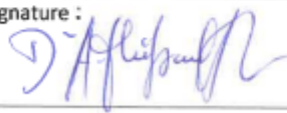
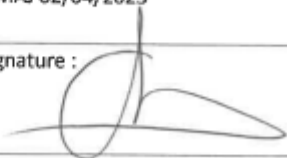
1. **Préparation** : Médicaments préparés et étiquetés par l'IDE avant son départ. Ils doivent être clairement étiquetés avec le nom du résident, la dose, et l'heure de prise.
2. **Stockage** : Sécurisé, accessible uniquement aux aides-soignants autorisés.
3. **Distribution** : Respect strict des consignes et de la règle des 5B.
4. **Aide à la Prise** : Les aides-soignants peuvent aider les résidents à prendre leurs médicaments en leur fournissant de l'eau, en ouvrant les emballages, etc. L'administration de **morphiniques** ou de médicaments **injectables** est **strictement interdite**.
5. **Enregistrement** : Traçabilité dans le dossier du résident. Validation à la molécule
6. **Gestion des incidents** : Application du protocole d'urgence (appel au 15 si nécessaire).
7. **Formation** : Les aides-soignants doivent être régulièrement formés sur le circuit du médicament et les procédures à suivre en cas d'absence d'infirmière

VII. Sécurisation et Qualité

1. **Gestion des erreurs médicamenteuses** :
 - Signalement via Net-Soins.
 - Analyse en équipe et mise en place d'actions correctives.
2. **Indicateurs de qualité** :
 - Taux de traçabilité des prises.
 - Signalement des incidents et des effets indésirables.

VIII. Communication avec les Familles

Informar les familles des changements majeurs dans les prescriptions ou des refus prolongés de traitement par les résidents.

Rédaction	Validation	Approbation
Nom(s) : MC MARAIS	Nom(s) : A. THIBAUT	Le Directeur : C. VIDAL
Date : 13/10/2023 MAJ 11/12/2024 MAJ 02/04/2025	Date : 13/10/2023 MAJ 11/12/2024 MAJ 02/04/2025	Date : 13/10/2023 MAJ 11/12/2024 MAJ 02/04/2025
Signature : 	Signature : 	Signature : 

CHARTRE D'INCITATION AU SIGNALEMENT

La sécurité de nos activités, notamment celles liées aux soins, est la préoccupation première et permanente de notre établissement

Ensemble, tous acteurs dans le signalement

E Toute déclaration a pour but d'améliorer la visibilité et la connaissance des événements indésirables (EI), de repérer les risques liés aux activités, d'en analyser les causes sans rechercher de faute éventuelle.

Non sanction

N L'établissement s'engage à ne pas entreprendre d'action disciplinaire à l'encontre d'un agent dans la survenue d'un incident, d'un dysfonctionnement ou d'une erreur signalée spontanément et sans délai (y compris les erreurs liées au circuit du médicament). Ce principe ne peut s'appliquer en cas de non-respect délibéré ou répété des règles et des organisations.

Garant de la sécurité

G La démarche de signalement des événements indésirables est source d'expérience. Elle participe à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents, en apportant des mesures préventives et/ou correctives.

Amélioration continue

A Tout EI déclaré vous rend acteur de la démarche d'amélioration continue de la qualité et du développement de la culture sécurité.

Gagner en visibilité

G Il est de la responsabilité de chaque professionnel, quelle que soit sa fonction, de déclarer immédiatement tout événement indésirable.

EI signalés= prise en compte institutionnelle

É Tous les événements indésirables signalés ne trouvent pas leur solution immédiatement, mais tous sont ainsi pris en compte.

Les Résidences du Val d'Essonne

ANNEXE 17 : Procédure circuit du médicament et gestion des stupéfiants

	RESIDENCE DEGOMMIER	
	Codification : PO-SOINS-013	Date d'application : 24/01/2025 Date de mise à jour : 02/04/2025
Version 2		
PROCEDURE : Circuit du médicament en EHPAD sans PUI interne		
Destinataires : Tous les professionnels de l'EHPAD impliqués dans le circuit du médicament		

I. OBJET ET DOMAINE d'APPLICATION

Cette procédure a pour but de sécuriser le circuit du médicament au sein de l'EHPAD et ainsi de réduire les risques d'iatrogénie médicamenteuse ou liés à la dispensation et à la distribution.

Elle définit les actions et moyens mis en œuvre afin d'optimiser le circuit médicamenteux au niveau de :
Sa prescription (acte médical)
Sa dispensation (qui relève du pharmacien)
Son administration (acte infirmier et médical)

Son objectif principal est d'assurer que les bons médicaments soient prescrits, dispensés et administrés aux bons résidents, au bon moment et au bon dosage.

Cette procédure s'applique aux traitements médicamenteux non injectables

II. REGLEMENTATION A APPLIQUER

Prescription

- Code de la santé publique : Les articles L.5121-1 à L.5121-21 définissent les règles de prescription des médicaments.
- Arrêté du 31 mars 1999 : Cet arrêté précise les modalités de prescription et de délivrance des médicaments.

Dispensation

- Code de la santé publique : Les articles R.4235-1 à R.4235-77 régissent la dispensation des médicaments par les pharmaciens.
- Arrêté du 6 avril 2011 : Cet arrêté, complété par la circulaire du 14 février 2012, établit les bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les établissements de santé.

Préparation et Administration

- Référentiel HAS : règle des 5B.
- Article R 4311-4 du code de la santé publique : Concerne le rôle propre de l'IDE. L'infirmier peut, sous sa responsabilité, assurer ces soins avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux, dans les limites de la qualification reconnue à chacun en fonction de leur formation.
- Article L.313-26 du Code de l'action sociale et des familles traite de l'aide à la prise de médicaments dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant.
- Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide médico-psychologique, annexe I : Référentiel professionnel.
- « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD » (direction générale de la Santé /direction générale de l'action sociale/Société française de Gériatrie et Gériatologie) oct 2007

Gestion des stocks et Sécurisation

- Arrêté du 6 avril 2011 : Cet arrêté impose des mesures de sécurisation du circuit du médicament, incluant la gestion des stocks, le stockage sécurisé des médicaments, et la traçabilité des produits de santé.
- Circulaire du 14 février 2012 : Cette circulaire complète l'arrêté du 6 avril 2011 en détaillant les exigences de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Gestion des risques

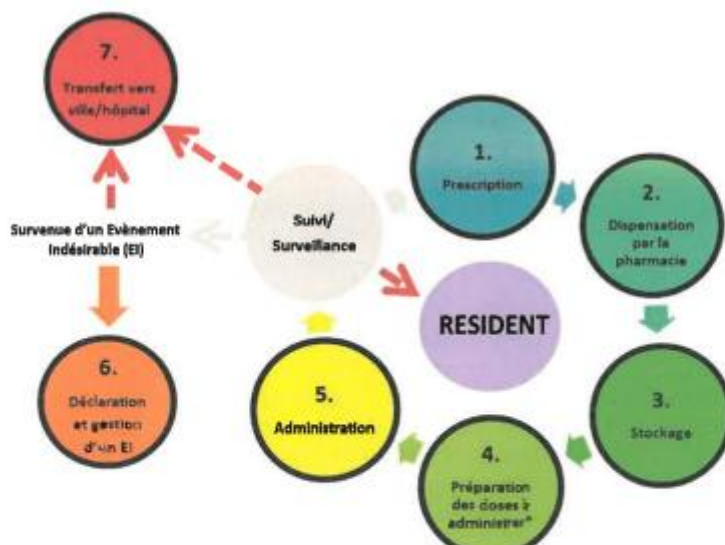
- Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004 relative à la gestion des risques dans les établissements de santé.
- Guide de l'ARS Rhône Alpes « sécurisation du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » Mars 2012.
- Circuit médicamenteux en secteur EHPAD 16 septembre 2022

Pharmacovigilance et Surveillance

- Code de la santé publique : Les articles R.5121-150 à R.5121-152 définissent les obligations de pharmacovigilance, incluant la déclaration des effets indésirables et la surveillance continue des médicaments après leur mise sur le marché.

Schématisation de la prise en charge médicamenteuse du résident en EHPAD

Culture qualité/sécurité de la prise en charge médicamenteuse



*La préparation des doses à administrer est réalisée juste avant l'administration ou au moment de la dispensation des médicaments par la pharmacie.

III. RESPONSABILITES

Cette procédure s'adresse à tous les professionnels impliqués dans l'organisation fonctionnelle du circuit médicamenteux, et ce, dès le moment de la prescription jusqu'à celui de l'administration et de la surveillance.

- **Le médecin coordonnateur :**
 - « Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation et aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits de prestation sur une liste du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien avec qui l'EHPAD a passé une convention ».
 - « Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions en cas de situation d'urgence ou de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées »
- **Le médecin traitant/prescripteur** assure la rédaction d'une prescription adaptée et détaillée ainsi que la surveillance pouvant y être associée.
Cette prescription peut être manuscrite mais idéalement encodée via le logiciel de soins NET SOINS
- **L'infirmière** intervient lors de la dispensation pour optimiser et vérifier les bonnes conditions de livraison puis de stockage. Elle assure ensuite l'administration, la traçabilité et la surveillance des traitements
- **L'AS ou AMP/AES** participe éventuellement à l'aide à la prise médicamenteuse en collaboration avec l'infirmière
- **Le pharmacien** est responsable de l'approvisionnement et de la livraison. Il peut également collaborer avec les médecins traitants et le médecin coordonnateur à l'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement en EHPAD.

IV. LA PRESCRIPTION

La prescription constitue le point de départ essentiel du circuit du médicament, dont la qualité impacte directement celle des étapes suivantes.

Elle est généralement établie par le médecin traitant, désigné par le résident et chargé de son suivi médical. Cependant, elle peut également être réalisée par des médecins spécialistes libéraux, hospitaliers, ou d'autres médecins généralistes.

La prescription doit comporter : Nom et prénom/âge, poids/identification du prescripteur/dénomination du médicament, durée de traitement /A renouveler ou non/date/signature. Le médecin rédige une prescription pour chaque résident, en s'assurant de sa clarté et de sa conformité aux besoins du résident.

- ⇒ Limiter la prescription des « si besoin » : rappeler que dans ce cas elle doit être précise et chiffrée (seuil de TA, douleur ...)
- ⇒ Adapter la forme galénique afin d'éviter le recours à « l'écrasement » des médicaments

Prévention de la retranscription : privilégier l'utilisation du logiciel par les prescripteurs et si la retranscription est inévitable, elle doit être faite par le médecin coordonnateur. Il est **interdit de retranscrire** ou de recopier sur un support intermédiaire afin d'éviter les erreurs.

Tout médicament administré doit être prescrit ou protocolisé. Pas de prescription verbale sauf urgence vitale (dans ce cas noter « par oral » et demander validation dès que possible). Toute modification médicamenteuse **doit être prescrite** y compris les arrêts de traitement.

La prescription doit être conservée dans le dossier du résident et consultable si besoin à tout moment et donc accessible (regroupée dans classeurs par étages).

L'utilisation d'un support est acceptée afin de prioriser et regrouper les demandes de renouvellement des ordonnances aux médecins traitants/prescripteur.

⚠ Cas particulier des stupéfiants : la prescription se fera sur une ordonnance sécurisée. La quantité prescrite, les unités thérapeutiques ainsi que les doses seront écrites en toutes lettres. L'ordonnance pourra être rédigée informatiquement ou manuellement. La quantité sera limitée à 7,14 ou 28 jours de traitement. Une nouvelle ordonnance ne pourra être établie pendant la période couverte par l'ordonnance, sauf si le prescripteur en décide autrement, et porte une mention sur l'ordonnance (voir procédure « gestion des stupéfiants »).

Transmission des Ordonnances

- Une télétransmission directe via le logiciel Netsoins est effective. Cependant, en complément, l'infirmière peut transmettre les ordonnances par mail.
- En cas de panne informatique, un double des ordonnances est conservé dans les dossiers médicaux de l'EHPAD afin d'assurer un suivi dégradé.

V. LA DISPENSATION PHARMACEUTIQUE

Il s'agit de l'acte de la pharmacie qui va délivrer le médicament (tient compte des quantités non consommées). Une convention est établie, afin de préciser les rôles et les devoirs de la pharmacie.

La dispensation associe l'analyse de la prescription, la préparation des doses à administrer (PDA / sous forme de déroulés établis pour chaque résident sur une semaine du lundi au lundi), la mise à disposition du médicament dans un délai défini.

Elle se réalise toujours à partir de l'ORIGINAL de la prescription.

La grande pharmacie De l'AUNAIE (Ballancourt) gère la dispensation des médicaments en déroulés via l'utilisation d'un robot, étiquetés individuellement pour chaque résident, en respectant les prescriptions médicales.

VI. LE TRANSPORT, RECEPTION, CONTROLE

La livraison des déroulés est effectuée tous les MARDIS, et est effectuée par le personnel de la pharmacie.

Pour les traitements *ponctuels ou d'urgence*, la livraison se fait dès que nécessaire en fin d'après-midi. Il existe aussi à cet effet, *un stock « tampon »*, une dotation de besoins urgents afin d'éviter les délais (voir procédure correspondant).

Une IDE de l'EHPAD réceptionne les médicaments. Le livreur et l'IDE receveur signe la feuille de l'effectivité de la livraison. Les IDE vérifient dans un délai imparti la conformité de la livraison par rapport aux ordonnances et en assure une traçabilité sur la feuille dédiée.

Un bon de livraison est rempli et signé par l'infirmière qui réceptionne et transmet à la pharmacie.

Les produits froids sont rangés directement dans le réfrigérateur dédié.

- ⇒ Faire une déclaration d'EI si mauvaise condition de transport ou de livraison, avec renvoi des médicaments concernés.

Pour les stupéfiants : voir procédure gestion des stupéfiants.

VII. LE STOCKAGE

Les médicaments sont stockés dans le local pharmacie du 1^{er} étage, sécurisé par un digicode (connu uniquement des IDE, CDS, MEDCO). Un contrôle régulier des péremptions est effectué avec traçabilité.

Les armoires de stockage font l'objet d'un entretien mensuel, avec un suivi systématique et une traçabilité rigoureuse.

Les chariots de distribution sécurisés par code, sont stockés dans la salle de soin, faute de place en pharmacie.

Ce local est maintenu à l'abri de la lumière, à une T° en dessous de 25 ° (thermomètre installé dans la pièce). Un climatiseur mobile est installé pour les périodes estivales.

Les médicaments thermosensibles sont conservés dans un réfrigérateur dédié, le relevé de T° est effectué chaque jour et tracé sur une fiche de suivi. Son entretien est tracé et effectif une fois par mois. La liste des traitements thermosensibles est mise à disposition des IDE, proche du réfrigérateur.

Le stock tampon est séparé et identifié. Un inventaire du stock tampon et des réserves de traitements personnels des résidents est tenu à jour pour éviter les ruptures de stock et les périmés. Une traçabilité des péremptions est effective et tracée.

Les stupéfiants sont spécifiquement rangés dans un coffre-fort (avec accès limité aux IDE /MEDCO/CDS). Les entrées et sorties sont tracées sur un registre dédié. Cf procédure

VIII. L'ADMINISTRATION DU MEDICAMENT

L'administration est l'étape ultime du circuit du médicament qui conduit ainsi à la prise effective de celui-ci.

L'acte d'administration consiste à faire prendre le **Bon** médicament, au **Bon** résident, à la **Bonne** posologie, au **Bon** moment, et par la **Bonne** voie. C'est **la règle des 5 « B »**.

Elle doit être réalisée sans interruption de tâche.

Au moment de la prise, l'IDE doit :

- Vérifier concordance entre l'identité du résident et celle figurant sur le sachet (photos sur les casiers des chariots de distribution)
- Respecter les horaires d'administration prescrits
- Déconditionner au moment de la prise (jeter le reste des comprimés au Cyclamed lorsqu'ils ont été coupés)
- S'assurer de la prise effective
- Repérer les troubles de déglutition et faire adapter la forme galénique
- Vérifier que les médicaments puissent être écrasables, ou, le cas échéant, sécables ou possibilité d'ouvrir les gélules (attention aux gélules LP notamment). Les IDE ont à leur disposition la liste des traitements écrasables.
- Les flacons sont nominatifs, notifiés de la date d'ouverture et de conservation
- La vérification régulière des dates de péremption est effective et tracée.

L'administration doit être réalisée principalement par l'IDE mais peut s'effectuer par délégation aux AS ou AMP/AES.

Les modalités sont décrites dans la procédure version 2 « distribution, administration « aide à la prise » des médicaments ».

⇒ Cas particulier /préparation de doses à administrer

Il s'agit de la préparation de doses buvables et de gouttes qui doit être effectuée juste avant la prise.

Elle est réalisée dans la pharmacie (zone dédiée), et surtout il ne doit JAMAIS y avoir d'interruption de tâche (pas de tel, isolement).

IX. LA TRACABILITE, SURVEILLANCE

La traçabilité doit être faite individuellement pour chaque résident et pour chaque médicament. Elle s'effectue à l'aide de tablettes transportables sur les chariots de distribution.

Elle s'effectue en temps réel ou au plus près de la distribution.

La surveillance est assurée par l'IDE dans le cadre de son rôle propre et est effectuée en collaboration avec l'AS /AMP/AES.

Elle est fondée sur l'*observation du résident* afin de déceler tout signe potentiellement révélateur d'une anomalie. Elle permet de s'assurer de l'efficacité du traitement et de conduire à sa réévaluation.

Il convient de ne jamais oublier que *tout symptôme clinique* peut être l'expression d'un effet indésirable médicamenteux et de toujours penser aux médicaments en cas d'altération rapide et inexpliquée de l'état général d'un résident.

Des audits réguliers sont réalisés pour évaluer l'efficacité du circuit du médicament et identifier les points d'amélioration.

En cas de doute sur une pharmacovigilance, vous pouvez vous adresser au *centre régional de pharmacovigilance de la région Ile de France* (CRPV) :

CRPV Cochin Port Royal – Service de Pharmacologie Clinique – Hôpital Cochin AP - HP

27, rue du Faubourg Saint-Jacques – 75014 Paris

Téléphone : 01 58 41 34 79

Mail : pharmacovigilance.hupc@aphp.fr

⇒ **LA DECLARATION DES EI (événements indésirables)**

La déclaration des erreurs médicamenteuses est une étape essentielle pour limiter leur récurrence, analyser leurs causes et apporter les corrections nécessaires.

Il est important de souligner qu'une erreur médicamenteuse résulte souvent d'une chaîne de défaillances et ne peut être attribuée à une seule personne. Les incidents ou erreurs de ce type doivent être signalés en tant *qu'événements indésirables graves liés aux soins*, puis analysés afin de mettre en œuvre des actions correctives adaptées. CF procédures déclarations des EIGS.

Toute erreur médicamenteuse doit impérativement être déclarée au sein de l'EHPAD, via l'outil interne NET SOINS. En fonction de leur gravité, certains événements indésirables seront également reportés sur le portail national ou auprès de l'ARS.

X. LA GESTION DES RETOURS ET DECHETS

Les médicaments non utilisés doivent être retournés à la pharmacie et, en attendant leur collecte, sont stockés dans un bac « Cyclamed » situé dans le local à pharmacie.

Une boîte aux lettres a été installée dans la salle de soin pour conserver, en l'absence des IDE, les médicaments retrouvés au sol ou non pris. Ces médicaments doivent systématiquement faire l'objet d'un événement indésirable (EI).

Le médicament doit être placé dans une enveloppe, avec une indication précise du lieu où il a été trouvé, ainsi que du résident concerné, si celui-ci a été identifié. L'enveloppe sera ensuite glissée dans la boîte aux lettres prévue à cet effet.

À son arrivée, l'IDE prendra en charge le médicament, le déposera dans le bac « Cyclamed » et rédigera un événement indésirable si cela n'a pas déjà été fait.

XI. LA FORMATION

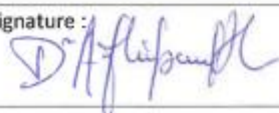
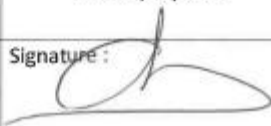
Le personnel de l'EHPAD reçoit une formation continue sur les bonnes pratiques de gestion des médicaments et les procédures internes.

Procédures complémentaires :

PO-SOINS-011 : Distribution, administration (aide à la prise) du médicament.

PO-SOINS-014 : La gestion des stupéfiants

PO-SOINS-015 : Le stock tampon

Rédaction	Validation	Approbation
Nom(s) : SIRON Valérie MARAIS MC	Nom(s) : A. THIBAUT	Le Directeur : C. VIDAL
Date : 24/01/2025 MAJ 02/04/2025	Date : 24/01/2025 MAJ 02/04/2025	Date : 24/01/2025 MAJ 02/04/2025
Signature : 	Signature : 	Signature : 



RESIDENCE DEGOMMIER

Codification : PO-SOINS-014

Version 1

Date d'application : 24/01/2025

PROCEDURE : La gestion des stupéfiants en EHPAD

Destinataires : Tous les professionnels de l'EHPAD impliqués dans la gestion des stupéfiants.

1. Objectif

- Garantir une gestion sécurisée et conforme aux réglementations des stupéfiants en EHPAD, en collaboration avec la pharmacie de ville.

2. Parties prenantes

- Médecins prescripteurs
- Personnel soignant (infirmiers, aides-soignants)
- Pharmacien partenaire
- Gestionnaire de l'EHPAD

3. Réglementation

- **Code de la Santé Publique (CSP) :**
 - Article R5132-74 à R5132-103 : Réglementation sur la gestion des substances vénéneuses, y compris les stupéfiants.
- **Arrêté du 31 mars 1999 :** Modalités de prescription, de délivrance et d'administration des médicaments contenant des substances classées comme stupéfiants.
- **Bonnes Pratiques de Pharmacie Clinique (BPPC) :** Recommandations pour la gestion sécurisée des stupéfiants.
- **Guide de Bonnes Pratiques des Maisons de Retraite et EHPAD :** Directive pour la gestion des stupéfiants en EHPAD.
- **Réglementation sur la gestion des déchets de soins à risques infectieux (DASRI) :** Articles R1335-1 à R1335-8 du Code de la Santé Publique : Normes pour l'élimination sécurisée des stupéfiants périmés ou non utilisés.

4. Étapes de la Gestion des Stupéfiants

A. Prescription Médicale

- Le médecin rédige une prescription sécurisée, manuscrites et informatisée pour les stupéfiants, en respectant les normes de sécurité et de traçabilité.
- Le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prises et le dosage sont indiqués en toutes lettres.
- La dose maximale de prescription est de 28 jours (4 semaines), non renouvelable. Si le médecin souhaite une livraison en une seule fois, inscrire « à délivrer en une seule fois » sur l'ordonnance.

B. Transmission des Ordonnances

- Les ordonnances pour les stupéfiants sont transmises à la pharmacie de ville par mail.
- Les ordonnances sont conservées dans les dossiers médicaux de l'EHPAD.

C. Préparation des Stupéfiants

- La pharmacie prépare les stupéfiants en doses unitaires, étiquetées individuellement pour chaque résident, en respectant les prescriptions médicales et les réglementations en vigueur.

D. Livraison et réception des Stupéfiants

- Les stupéfiants préparés sont livrés à l'EHPAD par le pharmacien ou le préparateur/livreur, sous la responsabilité du pharmacien
- Les stupéfiants sont remis en mains propres aux infirmières, cadre de santé ou médecin prescripteur ou coordonnateur. Une traçabilité est effective sur le registre avec un relevé nominatif d'administration et de gestion des stupéfiants en EHPAD.
- Une Vérification de conformité, entre la prescription et la livraison, est réalisée par l'IDE en présence du livreur.

E. Stockage des Stupéfiants

- Les stupéfiants sont stockés dans un coffre sécurisé, fermée à code, conformément aux normes de sécurité. Le coffre est placé dans une armoire sécurisée, elle-même située dans une pharmacie protégée par un code.
- Un registre des entrées et sorties des stupéfiants est tenu à jour pour assurer la traçabilité. Doit y apparaître :
 - Le nom de l'établissement,
 - Nom et prénom du résident + n° de chambre,
 - Identification du prescripteur,
 - La dose à administrer,
 - Dénomination du stupéfiant et forme galénique.

A joindre au registre une copie de l'ordonnance sécurisée valide.

F. L'administration des stupéfiants

Elle s'effectue en conformité avec l'ordonnance valide, en fait l'objet d'un enregistrement immédiat dans le registre dédié, permettant un état récapitulatif des substances délivrés.

Elle comporte :

- La date et heure d'administration,
- La dose administrée,
- A chaque administration, le comptage du stock est réalisé, assurant une conformité des quantités reçues et administrées,
- Identification de la personne ayant procédé à l'administration + signature

Tout vol ou détournement est signalé sans délai aux autorités de police, à l'ARS et à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (CDS/directeur)

G. Gestion des Retours et Déchets

- Les stupéfiants non utilisés ou périmés sont retournés à la pharmacie de ville conformément aux réglementations en vigueur. Une traçabilité avec double signature (IDE/pharmacie) est effective.
- Une attestation de destruction est fournie à l'EHPAD par la pharmacie, preuve de destruction de leur part.
- Aucun stockage de stupéfiants n'est autorisé

5. Suivi et Évaluation

- Les incidents ou erreurs médicamenteuses sont documentés en événements indésirables graves liés aux soins et sont analysés pour mettre en place des actions correctives.

6. Formation

- Le personnel de l'EHPAD reçoit une formation continue sur les bonnes pratiques de gestion des stupéfiants et les procédures internes.

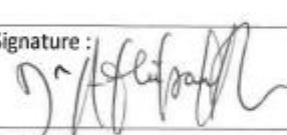
7. Documentation

- Toutes les étapes de la gestion des stupéfiants doivent être documentées de manière rigoureuse et conservées pour assurer la traçabilité et la conformité aux normes.

Procédures complémentaires :

PO-SOINS-011 : Distribution, administration (aide à la prise) du médicament.

PO-SOINS-013 : Le circuit du médicament en EHPAD sans PUI interne

Rédaction	Validation	Approbation
Nom(s) : MC MARAIS	Nom(s) : A. THIBAUT	Le Directeur : C. VIDAL
Date : 24/01/2025	Date : 24/01/2025	Date : 24/01/2025
Signature : 	Signature : 	Signature : 

ANNEXE 18 : L'audit du GCSMS



Audit circuit du médicament

SANS Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)

Volet Stratégie - Risque structurel de l'EHPAD

Organisation de l'établissement

Organisation de l'établissement - Critère A

Éléments d'appréciation	
A.01 - La Direction de l'établissement a acté une politique de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans le projet d'établissement. Constats Prévu dans le projet PE	Non
A.02 - L'organisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents est abordée dans le cadre du Conseil de la vie sociale.	Non
A.03 - La fonction Responsable Qualité et/ou gestion des risques est identifiée au sein de l'établissement ou le cas échéant est mutualisée entre plusieurs établissements.	Non
A.04 - Le médecin coordonnateur est désigné.	Oui
A.05 - Les intervenants libéraux (médecins traitants, kinésithérapeutes...) ont signé avec l'établissement le contrat type portant sur les conditions d'interventions.	Partiellement
A.06 - Le(s) pharmacien(s) d'officine a(ont) signé avec l'établissement la convention type portant sur les conditions d'interventions.	Oui
A.07 - Les médecins traitants signalent leur présence lors de leur arrivée dans l'établissement. Constats Les rendez vous sont pris en avance, l'équipe est au courant de leur venue	Oui
A.08 - La Commission de coordination Gériatrique est constituée. Constats 1 fois par an	Oui
A.09 - La Commission de coordination Gériatrique est réunie au minimum 2 fois par an. Constats 1 fois par an	Non
A.10 - Les médecins traitants participent à la Commission de coordination Gériatrique.	Oui
A.11 - Le pharmacien référent (ou pharmacien d'officine) participe à la Commission de coordination Gériatrique. Constats Il est invité	Non
A.12 - Une liste préférentielle des médicaments a été élaborée/sélectionnée.	Non
A.13 - Cette liste a été élaborée/sélectionnée par le médecin coordonnateur, en lien avec les médecins traitants des résidents et le(s) pharmacien(s) d'officine ou pharmacien référent le cas échéant.	Non
A.14 - Cette liste est accessible à l'ensemble des prescripteurs.	Non
A.15 - Il existe une infirmière référente pour les relations avec la(les) pharmacie(s) d'officine. Constats IDE référente mais fiche mission non signée	Partiellement

Édité le : 07/04/2025

Géré avec Agerval

3/23



Audit circuit du médicament

A.16 - Votre établissement n'accueille pas d'infirmier(e)s / aides-soignant(e)s intérimaires ou vacataires. • Cotez "Non", si votre établissement accueille au moins une fois par mois une ou des infirmières / aides-soignantes intérimaires ou vacataires (présence d'un risque). Constats aide soignant	Non
A.17 - Votre établissement n'accueille pas d'élève infirmier(e). • Cotez "Non", si votre établissement accueille au moins une élève infirmière par an (présence d'un risque). Constats existence d'un livret d'accueil des stagiaires	Non
A.18 - Le fonctionnement de votre établissement ne conduit pas au recours à des heures supplémentaires. • Cotez "Non", si le fonctionnement de votre établissement conduit au recours à des heures supplémentaires chaque mois (présence d'un risque).	Non
A.19 - Des transmissions quotidiennes sont assurées systématiquement entre les équipes de jour et de nuit. Constats Le matin transmissions entre AS de nuit et IDE Le soir transmissions entre AS de Jour et de Nuit, absence de l'IDE	Partiellement

Édité le : 07/04/2025

Géré avec Agerval

4/23



Audit circuit du médicament

Modalité de prise en charge

Modalité de prise en charge - Critère B

Éléments d'appréciation	
B.01 - Les résidents ayant un comportement à risque sont identifiés (résidents fumeurs, violents, chuteurs).	Oui
B.02 - Les résidents présentant des troubles de la déglutition sont identifiés.	Oui
B.03 - Les résidents présentant des troubles Alzheimer et apparentés sont identifiés.	Oui
B.04 - Dans votre établissement, si un résident est amené à changer de chambre, c'est moins d'une fois par mois.	Non
B.05 - Votre établissement ne comprend aucune chambre à deux lits ou plus. • Cotez "Non", si votre établissement comprend au moins une chambre à deux lits ou plus (présence d'un risque).	Oui
B.06 - Si un résident est amené à changer de place à la table de la salle de restaurant, c'est moins d'une fois par semaine. Constats Plan de table réalisé à partir d'un support à part hors net soins - lors de l'audit plan de table non à jour	Partiellement
B.07 - Les personnes en charge de l'administration sont informées des changements de place avant de commencer l'administration des médicaments aux résidents et au moment de passer à table (plan de table). Constats Les changements de place sont validés par les IDE	Oui



Audit circuit du médicament

Volet Stratégie - Politique de sécurisation de l'EHPAD

Axe 1 : Prévention

Protocoles / procédures - Critère C

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

C.01 - Dans votre établissement, il existe une procédure générale décrivant le processus de prise en charge médicamenteuse et les responsabilités de chacun. Constats A compléter	Partiellement
C.02 - Dans votre établissement, des documents décrivant approvisionnement, gestion, règles d'utilisation... des médicaments sont disponibles pour les équipes médicales et soignantes. Constats A compléter	Partiellement
C.03 - Les documents relatifs aux médicaments et protocoles de votre établissement sont actualisés / revués régulièrement en tant que de besoin.	Oui
C.04 - a) Les documents relatifs aux médicaments et protocoles de votre établissement sont accessibles. Constats Dans un classeur	Oui
C.04 - b) Les documents relatifs aux médicaments et protocoles de votre établissement sont connus de tous. Constats En cours - sessions animées par la cadre de santé	Partiellement
C.05 - Les modalités de la commande urgente des médicaments auprès de la (les) pharmacie(s), (pendant les horaires d'ouverture et de fermeture de la (les) pharmacie(s)) sont disponibles pour les équipes médicales et soignantes. Constats Pharmacie à accès au dossier de soins et des PM informatisées, les autres ordonnances (retour hôpital / consultation) >> ordonnances scannées puis envoyées par mail à la pharmacie doublé d'un appel téléphonique	Oui
C.06 - Les modalités de la commande de médicaments auprès d'une pharmacie hospitalière pour les médicaments uniquement disponibles à l'hôpital sont disponibles pour les équipes médicales et soignantes.	Non
C.07 - Un protocole décrit les modalités de prise en charge du résident en cas d'urgence. Constats Absence de fiche conduite à tenir ARS ou ASSURE	Partiellement
C.08 - Un protocole décrit la conduite à tenir en cas d'impossibilité d'accéder au logiciel informatique de soins ou de prescription (panne informatique, panne réseau...) Constats Absent de la procédure mais existence des classeurs sur chacun des chariot comprenant les ordonnances en cours pouvant être utilisées en cas de panne informatique	Non
C.09 - Les consignes d'entretien des chariots et piluliers utilisés pour l'administration des médicaments aux résidents sont disponibles pour les personnes concernées. Constats Absence de mode opératoire et traçabilité pour le bionettoyage	Non
C.10 - La liste des différentes confusions de noms de médicaments (confusions entre dénominations de spécialités pharmaceutiques ou dénomination communes) diffusée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) est disponible pour les personnes concernées.	Oui

Information / formation - Critère D

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

E.01 - Tous les membres de l'équipe soignante de votre établissement ont bénéficié d'une séance de sensibilisation aux événements indésirables liés aux médicaments.	Oui
E.02 - Une fiche de déclaration d'événement indésirable médicamenteux est mise à la disposition des soignants dans votre établissement.	Oui
E.03 - Les modalités d'utilisation de cette fiche sont connues de tous les personnels de votre établissement.	Oui
E.04 - Pour encourager la déclaration des erreurs médicamenteuses, une charte d'incitation à la déclaration, signée par la direction de l'établissement, existe.	Oui
E.05 - L'analyse des événements indésirables liés aux médicaments est organisée lors des réunions de coordination entre médecins (traitants et coordonnateurs), équipe soignante de votre établissement et le pharmacien référent.	Oui
E.06 - Des actions correctives décidées durant ces réunions pluridisciplinaires sont mises en place et évaluées.	Oui
E.07 - Les IDE de votre établissement sont impliquées concrètement (réunion, relecture...) dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.	Oui
E.08 - Les effets indésirables médicamenteux sont signalés au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV).	Oui
E.09 - Les coordonnées du CRPV (numéro de téléphone, fax, mail) sont accessibles. Constats Absent de la procédure	Non



Audit circuit du médicament

D.01 - Les horaires d'ouverture de la(les) pharmacie(s) sont connues du personnel. Constats Absence d'affiche des heures d'ouverture	Non
D.02 - Les modalités de la prise en charge médicamenteuse de votre établissement sont expliquées lors de l'accueil d'une nouvelle IDE / AS.	Oui
D.03 - Les modalités de la prise en charge médicamenteuse de votre établissement sont expliquées lors de l'accueil d'un nouveau médecin coordonnateur.	Non applicable
D.04 - L'organisation de la prise en charge médicamenteuse de votre établissement sont expliquées lors de l'accueil d'un nouveau médecin traitant.	Oui
D.05 - Le médecin coordonnateur de votre établissement contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs géographiques des prescriptions des médicaments.	Oui
D.06 - Le médecin coordonnateur de votre établissement ou le pharmacien référent anime des séances d'information du personnel soignant sur certains médicaments.	Non
D.07 - La liste préférentielle actualisée est disponible dans votre établissement sous une forme adaptée à la consultation par l'équipe soignante et les médecins traitants (ou autres).	Non
D.08 - Les médecins traitants (ou autres) et l'équipe soignante sont informés de la mise à jour de la liste préférentielle.	Non
D.09 - Le traitement médicamenteux et les changements de traitement sont expliqués au résident et, le cas échéant, avec son accord, à sa personne de confiance. Constats Rarement à la personne de confiance	Partiellement

Retour d'expérience - Critère E

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

Axe 2 : Pilotage

Bon usage des médicaments - Critère F

Éléments d'appréciation

F.01 - Un pharmacien référent a été désigné pour votre établissement.	Oui
F.02 - Le médecin coordonnateur de l'établissement, en lien avec le pharmacien référent, analyse lors des réunions de coordination la consommation des médicaments prescrits aux résidents. Constats Le pharmacien ne se déplace pas	Non
F.03 - Votre établissement participe aux démarches institutionnelles régionales ou nationales visant à maîtriser la iatrogénie médicamenteuse (formations régionales, études ou projets régionaux, contributions aux travaux de l'OMEDIT,...).	Oui
F.04 - Le médecin coordonnateur, en lien avec le pharmacien référent, définit des objectifs spécifiques à votre établissement pour améliorer certaines pratiques de prescriptions (psychotropes, relais IV/PO, adaptation de la posologie...).	Non
F.05 - Vous avez identifié dans votre établissement des médicaments "à risque" (AVK, insuline ...) et mis en place des dispositions spécifiques de gestion / préparation / administration / formation. Constats Absence d'affiche	Non

Synergie avec la(les) pharmacie(s) d'officine - Critère G

Éléments d'appréciation

G.01 - Votre établissement a clarifié sous forme d'une convention les liens organisationnels avec la(les) pharmacie(s) d'officine (heure et jour de délivrance, modalités de commandes, bons d'urgence, modalités de préparation des doses à administrer...).	Oui
G.02 - L'organisation du circuit du médicament en place repose sur une concertation formalisée, et renouvelée chaque année, entre le médecin coordonnateur, le cadre ou l'infirmier en charge de la coordination de l'équipe soignante (IDEC) et le(s) pharmacien(s).	Oui
G.03 - Le pharmacien informe l'EH PAD en cas de retraits ou rappels de lots de médicaments.	Oui



Audit circuit du médicament

Volet Processus - Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Axe 3 : Entrée et transfert du résident

Entrée et dossier du résident - Critère H

Éléments d'appréciation

H.01 - Un dossier médical et un dossier de soins "type" ont été élaborés par le médecin coordonnateur.	Oui
H.02 - Le dossier médical et le dossier de soins sont accessibles 24h/24h au médecin traitant, dans des conditions propres à assurer sa confidentialité.	Oui
H.03 - Le dossier médical est informatisé.	Oui
H.04 - Le dossier de soins est informatisé.	Oui
H.05 - Les éventuels troubles de déglutition du résident sont recensés et indiqués dans son dossier.	Oui
H.06 - Les allergies éventuelles des résidents sont systématiquement mentionnées dans son dossier.	Oui
H.07 - A l'entrée dans votre établissement, le poids du résident est : - mesuré - indiqué dans son dossier. Constats La taille n'est pas mesurée « > absence de toise	Partiellement
H.08 - Le poids du résident est : - mesuré à intervalles réguliers (recommandation d'une pesée mensuelle) - indiqué dans son dossier.	Oui
H.09 - La fonction rénale du résident est : - évaluée à intervalles réguliers - notée dans son dossier - systématiquement visible sur les prescriptions. Constats La fonction rénale n'apparaît pas sur les PM	Partiellement
H.10 - Les prescriptions médicamenteuses des résidents sont reçues avant ou en même temps que le résident lui-même, qu'il vienne d'un établissement de santé, d'un établissement médico-social ou du domicile.	Oui

Autonomie du résident - Critère I

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

K.01 - Lors de l'admission du résident, l'établissement s'efforce de connaître ses traitements antérieurs (avant l'entrée en institution).	Oui
K.02 - A l'admission du résident, le médecin coordonnateur est en lien avec le médecin traitant qui prescrit les traitements en justifiant toute modification (conservé, substitué ou arrêté). Constats Pas systématiquement avec le médecin traitant	Partiellement
K.03 - A l'admission du résident, toutes les modifications de traitement sont tracées dans son dossier.	Oui
K.04 - A l'admission du résident, les modifications du traitement (arrêt ou substitution) lui sont expliquées et avec son accord, à sa personne de confiance. Constats Pas systématiquement à la personne de confiance	Partiellement
K.05 - Lors d'une hospitalisation du résident, une confrontation de son traitement avant et au retour dans l'établissement est effectuée.	Oui
K.06 - Lors du retour d'hospitalisation du résident, le médecin coordonnateur est en lien avec le médecin traitant qui prescrit les traitements en justifiant toute modification (conservé, substitué ou arrêté).	Oui
K.07 - Lors du retour d'hospitalisation du résident, toutes les modifications de traitement sont tracées dans son dossier.	Oui
K.08 - Lors du retour d'hospitalisation du résident, les modifications du traitement (arrêt ou substitution) sont expliquées au résident et/ou à la famille/entourage.	Partiellement



Audit circuit du médicament

I.01 - Lors de l'admission du résident, le médecin coordonnateur, en lien avec le médecin traitant et l'IDE, évalue le degré de dépendance du résident, notamment en ce qui concerne la prise en charge de son traitement. Constats Pas systématiquement tracé dans le dossier du résident	Partiellement
I.02 - Un protocole définit de quelle manière est déterminée l'autonomie qui peut être laissée au résident pour la prise de ses médicaments, ainsi que les médicaments concernés.	Non
I.03 - L'autonomie du résident pour prendre lui-même ses médicaments est réévaluée régulièrement.	Oui
I.04 - Le niveau d'autonomie laissé au résident est indiqué en clair dans son dossier. Constats Absent du PAP, indiqué dans le plan de soins	Partiellement
I.05 - Si le résident gère seul son traitement, les conditions de gestion et de détention des médicaments dans sa chambre sont sécurisées.	Non
I.06 - Dans le cas où le résident est autonome, les IDE ou le pharmacien lui expliquent le traitement et s'assurent de sa compréhension. Constats Les IDE seulement	Oui
I.07 - Dans le cas où le résident est autonome, les consignes particulières de prises (avant, pendant, après le repas...) lui sont rappelées par les IDE ou le pharmacien.	Oui
I.08 - Dans le cas où le résident est autonome, la prise effective des médicaments est vérifiée.	Oui
I.09 - Dans le cas où le résident est autonome dans la gestion de son traitement, il est encouragé à signaler au personnel toute automédication.	Oui

Préparation du transfert du résident - Critère J

Éléments d'appréciation

J.01 - En cas de transfert programmé du résident vers un établissement de santé ou un autre établissement médico-social, l'état complet de la prescription (y compris collyres...) est systématiquement transmis, avec mention de : - la dénomination internationale commune (DCI) - la posologie - la voie d'administration - la durée de traitement - la date d'initiation des médicaments qui le justifient (benzodiazépines...).	Oui
J.02 - En cas de transfert programmé du résident vers un établissement de santé ou un autre établissement médico-social, les données cliniques et biologiques sont systématiquement transmises.	Oui
J.03 - En cas de transfert en urgence du résident vers un établissement de santé ou un autre établissement médico-social, l'état complet de la prescription (y compris collyres...) est systématiquement transmis, avec mention de : - la dénomination internationale commune (DCI) - la posologie - la voie d'administration - la durée de traitement - la date d'initiation des médicaments qui le justifient (benzodiazépines...).	Oui
J.04 - En cas de transfert en urgence du résident vers un établissement de santé ou un autre établissement médico-social, les données cliniques et biologiques sont systématiquement transmises.	Oui
J.05 - En cas d'absence programmée du résident, son traitement est donné et expliqué, avec son accord, à sa personne de confiance.	Oui

Conciliation médicamenteuse - Critère K

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

Axe 4 : Prescription et dispensation

Prescription - Critère L

Éléments d'appréciation

L.01 - Les prescriptions médicamenteuses des résidents sont informatisées pour la totalité du traitement du résident.	Oui
L.02 - L'accès au logiciel de prescription est sécurisé par un identifiant et un mot de passe confidentiels et réservés exclusivement à chaque prescripteur.	Oui
L.03 - L'établissement dispose d'une base de données sur le médicament, certifiée par la Haute Autorité de Santé. Constats BCB	Oui
L.04 - Le cas échéant, les prescriptions informatisées sont transmises à la pharmacie (compatibilité système informatique EHPAD/système informatique Pharmacie).	Oui
L.05 - Les prescriptions sont intégralement conformes aux bonnes pratiques (datées, lisibles, signées, identification du résident et du médecin, dosages, posologies, conditions d'administration, durées).	Oui
L.06 - La prescription se fait préférentiellement en dénomination commune internationale (DCI).	Partiellement
L.07 - Dans le logiciel de prescription, les médicaments de la liste préférentielle sont identifiés.	Non
L.08 - Lorsque la prescription mentionne les noms de spécialités, la DCI est aussi systématiquement indiquée.	Oui
L.09 - Dans la mesure du possible, les médecins traitants s'astreignent à prescrire à la liste préférentielle. Constats Absence de liste	Non
L.10 - Dans la mesure du possible, les médecins traitants prennent en compte les capacités de déglutition des résidents dans le choix des formes galéniques des médicaments qu'ils prescrivent.	Oui
L.11 - La voie des médicaments injectables est systématiquement prescrite.	Oui
L.12 - Les modalités de dilution des médicaments injectables (nature et volume du véhicule) sont prescrites ou renvoient à un protocole validé par l'établissement.	Oui
L.13 - Les prescriptions conditionnelles (si besoin) d'antalgiques font l'objet d'un protocole d'administration nominatif.	Oui
L.14 - Médecins et IDE ont défini ensemble les symboles utilisés pour la prescription (arrêt de traitement, sous condition...) [mettre NA si prescription informatisée]	Non applicable
L.15 - Les IDE ne transcrivent jamais elles-mêmes les prescriptions de l'ordonnance papier dans le logiciel informatique. « Cotez "Non", s'il arrive que les IDE transcrivent elles-mêmes les prescriptions de l'ordonnance papier dans le logiciel informatique (présence d'un risque).	Oui
L.16 - Des réévaluations régulières des traitements médicamenteux des résidents sont effectuées entre médecin coordonnateur et médecins traitants.	Oui
L.17 - La réévaluation des prescriptions est effectuée au moins tous les 3 mois.	Oui
L.18 - La réévaluation des prescriptions est tracée dans le dossier du résident.	Oui
L.19 - Des réévaluations régulières des traitements médicamenteux sont programmées pour les résidents identifiés à risque (Alzheimer, dénutrition, troubles de la déglutition...).	Oui



Audit circuit du médicament

L20 - En cas de transmission orale des prescriptions, celles-ci sont par la suite régularisées systématiquement par le médecin.	Oui
L21 - Les prescriptions médicales sont archivées dans le dossier médical du résident.	Oui
L22 - Les prescriptions de benzodiazépines font l'objet d'un suivi particulier par l'EHPAD (médecin coordonnateur en lien avec les médecins traitants). > L23 - Si oui, à quelle fréquence ?	Oui
L24 - Si oui, des actions correctives sont entreprises pour optimiser la prescription des benzodiazépines chez les résidents.	Oui
L25 - Les prescriptions de neuroleptiques font l'objet d'un suivi particulier par l'EHPAD (médecin coordonnateur en lien avec les médecins traitants). > L26 - Si oui, à quelle fréquence ?	Oui
L27 - Si oui, des actions correctives sont entreprises pour optimiser la prescription des neuroleptiques chez les résidents.	Oui

Analyse pharmaceutique - Critère M

Éléments d'appréciation

M.01 - Le pharmacien dispose de l'historique des traitements du résident nécessaires à son analyse pharmaceutique.	Oui
M.02 - Le pharmacien dispose des données cliniques du résident nécessaires à son analyse pharmaceutique.	Oui
M.03 - Le pharmacien dispose des données biologiques du résident nécessaires à son analyse pharmaceutique.	Oui
M.04 - Le pharmacien transmet à l'équipe médicale et à l'équipe soignante des avis pharmaceutiques d'adaptation des prescriptions en tant que de besoin. Constats Pharmacien ne trace pas dans le dossier du résident	Partiellement
M.05 - Les modalités de transmission des avis pharmaceutiques ont fait l'objet d'une concertation entre médecins coordonnateur, traitants ou autres et pharmacien(s).	Oui
M.06 - Les avis pharmaceutiques sont notés ou insérés dans le dossier du résident.	Non

Délivrance nominative - Critère N

Éléments d'appréciation

N.01 - Avec l'accord du résident, le pharmacien a créé son dossier pharmaceutique (DP official) et le met à jour à chaque dispensation.	Oui
N.02 - Des mesures sont prises pour garantir, en dehors de la délivrance nominative, la disponibilité des médicaments prescrits à tout moment (urgences, nouveaux traitements ou modifications de traitements...).	Partiellement
N.03 - Si un médicament n'est pas délivré, le pharmacien vous en donne la raison.	Oui
N.04 - En cas de non-délivrance en raison de rupture de stock laboratoire, le pharmacien donne des conseils de substitution à valider par le médecin.	Oui
N.05 - Les délivrances nominatives arrivent dans des contenants (bacs, tiroirs, casiers, sachets...) adaptés au mode de rangement dans votre établissement.	Oui
N.06 - Les arrêts de traitement sont pris en compte et les médicaments sont retirés des contenants (bacs, tiroirs, casiers...).	Oui



Audit circuit du médicament

O.19 - Le matériel utilisé pour écraser les comprimés est nettoyé entre chaque utilisation.	Oui
O.20 - Les médicaments multidoses ne sont jamais partagés entre plusieurs résidents. • Cotez "Non", si les médicaments multidoses peuvent être partagés entre plusieurs résidents (présence d'un risque).	Oui
O.21 - Chaque stylo injecteur d'insuline est utilisé pour un seul et même résident.	Oui
O.22 - Les médicaments multidoses (gouttes buvables...), les médicaments écrasés, le cas échéant, sont préparés au plus près du moment de l'administration (pour éviter la dégradation des médicaments...).	Oui
O.23 - Les différentes solutions buvables prescrites pour un résident ne sont jamais mélangées ensemble dans un seul et même contenant. • Cotez "Non", si les différentes solutions buvables prescrites pour un résident peuvent être mélangées ensemble dans un seul et même contenant (présence d'un risque).	Non applicable

Administration - Critère P

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

Axe 5 : Préparation et administration

Préparation de l'administration - Critère O

Éléments d'appréciation

O.01 - Les médicaments sont préparés par du personnel habilité.	Oui
O.02 (a) - Une consigne ou une règle prévoit que la personne qui prépare les médicaments ne réponde plus au téléphone lors de la préparation des médicaments. Constats absence de règle - risque de rupture de tâches entraînant une erreur médicamenteuse	Non
O.02 (b) - Cette consigne/règle est respectée.	Non
O.03 - La personne qui prépare les médicaments porte gants, masque et charlotte lors de la préparation des piluliers.	Non
O.04 - Les piluliers sont préparés dans un local propre et suffisamment ventilé.	Oui
O.05 - Les piluliers sont préparés dans une zone de travail identifiée et dédiée à cette tâche.	Oui
O.06 - Un double contrôle des tiroirs ou piluliers préparés est effectué.	Oui
O.07 - La préparation et l'administration des médicaments sont faites au vu de la prescription initiale, et non d'une retranscription de cette prescription.	Oui
O.08 - Le tiroir ou pilulier utilisé pour apporter les doses à administrer jusqu'au résident est identifié avec le nom, prénom et date de naissance du résident. Constats La photo des étiquettes n'est pas au format CNI	Partiellement
O.09 - Les dimensions du tiroir ou pilulier sont adaptées au volume des produits (pas de déconfortement, pas de sachet plié, pas de case qui déborde...).	Oui
O.10 - Le tiroir ou pilulier est compartimenté par moment de prise (matin, midi, soir, éventuellement nuit).	Oui
O.11 - Le tiroir ou pilulier est préparé pour une durée tenant compte des conditions de conservation des médicaments.	Oui
O.12 - La préparation des tiroirs ou piluliers se fait résident par résident et non pas médicament par médicament.	Oui
O.13 - A l'intérieur du tiroir ou pilulier, tous les médicaments sont identifiables (nom du médicament, dosage...).	Oui
O.14 - En cas de modification d'un traitement (remplacement, suppression), le médicament concerné est remplacé ou retiré du pilulier du résident sans délai.	Oui
O.15 - Le chariot d'administration est organisé de manière à éviter les confusions de médicaments et de dosage (éviter les erreurs de dosage).	Oui
O.16 - Si l'IDE dispose d'une liste à jour et validée des équivalences et substitutions de médicaments.	Oui
O.17 - La personne qui prépare les médicaments dispose de la liste des médicaments à ne pas écraser et la liste des gélules à ne pas ouvrir. Constats Liste non présente sur le chariot de distribution	Partiellement
O.18 - Si nécessaire, les médicaments pour un résident sont écrasés séparément et ne sont pas mélangés.	Non



Audit circuit du médicament

P.01 - L'identité du résident est vérifiée systématiquement avant toute administration. Constats Le nom du résident est cité avant l'administration	Oui
P.02 - La concordance entre les doses préparées et la prescription est réalisée.	Oui
P.03 - L'intégrité des médicaments est vérifiée avant leur administration (aspect, forme, absence de particules dans une solution...).	Oui
P.04 - La date de péremption des médicaments est vérifiée avant leur administration.	Oui
P.05 - L'administration des médicaments est enregistrée sur un support validé par le médecin, en regard de la prescription.	Oui
P.06 - L'administration des médicaments prescrits de façon conditionnelle (si besoin...) est enregistrée sur le support d'administration.	Oui
P.07 - Les motifs de l'administration des médicaments en prescription conditionnelle sont indiqués sur le support d'administration ou dans le dossier du résident.	Oui
P.08 - Les médicaments prescrits à l'oral ne sont jamais administrés avant la régularisation écrite de la prescription (hors urgence vitale). • Cotez "Non", si des médicaments prescrits à l'oral peuvent être administrés avant la régularisation écrite de la prescription (hors urgence vitale) (présence d'un risque).	Oui
P.09 - La prise effective des médicaments est vérifiée et les difficultés d'administration sont enregistrées (refus, problèmes de déglutition...).	Oui
P.10 - Lorsqu'un médicament a été broyé et mélangé aux aliments, l'absorption de la totalité des aliments est vérifiée.	Oui
P.11 - Les motifs de la non-administration sont tracés.	Oui
P.12 - Les médecins (traitants, coordonnateur ou autres) sont informés en cas de non-administration de médicaments.	Oui
P.13 - IDE et médecins ont défini ensemble les symboles utilisés pour tracer l'administration et la non-administration des médicaments [répondre NA si prescription informatisée].	Non applicable
P.14 - Les horaires et les durées entre chaque administration de médicaments sont respectés.	Oui
P.15 - L'administration des médicaments est enregistrée en temps réel à chaque prise.	Oui
P.16 - Le moment de l'administration de chaque médicament est tracé (l'heure pour les médicaments injectables).	Non applicable
P.17 - La personne qui administre les médicaments est identifiée.	Oui
P.18 - La date limite d'utilisation après ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement. Constats Non systématique - néanmoins les stylos, collyres, solutions ont majoritairement une date	Partiellement
P.19 - Les aides-soignant(e)s n'administrent pas de médicaments en l'absence de l'IDE. • Cotez "Non", si des aides-soignantes administrent des médicaments en l'absence de l'IDE (présence d'un risque).	Non

Aide à la prise - Critère Q

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

Q.01 - Les règles d'aide à la prise sont définies (COMEDIMS ou équivalent, médecin coordonnateur, commission de coordination gériatrique...).	Oui
Q.02 - La nécessité d'une aide à la prise est évaluée régulièrement et tracée dans le dossier du résident.	Oui
Q.03 - Les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments sont informées : - des moments de prise - des doses prescrites.	Partiellement
Q.04 - Les personnes chargées d'aide à la prise des médicaments n'administrent que des médicaments par voie orale.	Oui
Q.05 - Les personnes chargées d'aide à la prise des médicaments informent l'IDE de toute difficulté survenue lors de l'administration.	Oui



Audit circuit du médicament

Volet Processus - Sécurisation du stockage des médicaments

Axe 6 : Organisation du stockage

Conception du stockage - Critère R

Éléments d'appréciation	
R.01 - Votre établissement dispose d'un document décrivant le principe de rangement des médicaments de votre établissement.	Partiellement
R.02 - La pièce où sont rangés les médicaments est munie d'un système de fermeture permettant l'accès uniquement aux personnels de soin.	Oui
R.03 - Les médicaments pour soins urgents sont séparés des médicaments des résidents.	Oui
R.04 - Le stockage des médicaments des résidents est nominatif.	Oui
R.05 - Les piluliers des résidents sont rangés de manière à être facilement identifiables dans l'espace de rangement.	Oui
R.06 - Les médicaments pour soins urgents sont accessibles rapidement et facilement en cas de besoin.	Oui
R.07 - Dans votre établissement, le réfrigérateur dédié aux médicaments ne contient pas de produits non médicamenteux (nourriture, boisson...). • Cotez "Non", si le réfrigérateur dédié aux médicaments peut contenir des produits non médicamenteux (présence d'un risque).	Oui
R.08 - Le principe de rangement des médicaments permet d'éloigner physiquement les médicaments à risque de confusion.	Oui
R.09 - Les ampoules de chlorure de potassium sont stockées à l'écart des autres petites ampoules afin d'éviter tout risque de confusion au moment de l'administration.	Oui
R.10 - Les dosettes de sérum physiologiques et les dosettes de chlorhexidine sont strictement séparées afin d'éviter tout risque de confusion au moment de l'administration.	Oui
R.11 - Les médicaments injectables se présentant sous différentes voies d'administration parentérale (voie intramusculaire, intra-veineuse...) sont stockés de manière à éviter tout risque de confusion au moment de l'administration.	Oui
R.12 - Dans votre établissement, s'il existe différents dosages pour un même médicament, ils ne sont pas mélangés dans la même case de l'espace de rangement. • Cotez "Non", si plusieurs dosages du même médicament sont parfois mélangés dans la même case de l'espace de rangement de votre établissement (présence d'un risque).	Oui
R.13 - Les conditionnements primaires des médicaments multidoses sont clairement identifiés au nom du résident.	Oui
R.14 - Les stylos injecteurs d'insuline sont clairement identifiés au nom du résident.	Oui
R.15 - Les médicaments stupéfiants sont conservés dans un dispositif de rangement : - séparé - fermé à clé après chaque utilisation.	Oui
R.16 - Les bouteilles d'oxygène au sein de l'établissement sont détenues dans un local aéré et loin de toute source de chaleur.	Oui
R.17 - Les bouteilles d'oxygène sont arrimées et en position verticale. Constats Une bouteille non sécurisée mais en attente de retour	Partiellement



Audit circuit du médicament

Dotation pour soins urgents - Critère S

Éléments d'appréciation

S.01 - Le stock de médicaments pour soins urgents de votre établissement a fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative, définie par le médecin coordonnateur.	Oui
S.02 - Cette dotation est révisée au moins une fois par an, entre le médecin coordonnateur et le pharmacien.	Oui
S.03 - La liste de dotation actualisée est affichée sur l'armoire ou disponible à proximité de celle-ci.	Oui
S.04 - Concernant le stock de médicaments pour soins urgents, votre établissement dispose d'un document décrivant les modalités : - de détention - d'utilisation - de réapprovisionnement. Constats Feuille de traçabilité - Manque les modalités dans la procédure	Non
S.05 - Toute utilisation du stock de la dotation pour soins urgents est tracée.	Oui
S.06 - Des mesures sont prises pour éviter toute rupture de stock de la dotation pour soins urgents.	Oui
S.07 - Le pharmacien référent transmet autant que nécessaire des consignes sur les modifications de rangement des médicaments de la dotation pour soins urgents suite à un changement de marché.	Oui
S.08 - Le pharmacien référent transmet autant que nécessaire des informations sur les évolutions des médicaments de la dotation (référence, forme galénique, conditionnement...).	Oui

Contrôle - Critère T

Éléments d'appréciation



Audit circuit du médicament

T.01 - Votre établissement dispose d'un document décrivant l'entretien de l'armoire à médicaments et du réfrigérateur dédié aux médicaments.	Oui
T.02 - L'entretien de l'armoire et du réfrigérateur est enregistré. Constats Réfrigérateur tracé - traçabilité armoire est absente	Partiellement
T.03 - Votre établissement dispose d'un document décrivant les modalités de contrôle de la dotation pour soins urgents.	Non
T.04 - Le contrôle de la dotation pour soins urgents est enregistré.	Oui
T.05 - Lors du contrôle de la dotation pour soins urgents, la date de péremption des médicaments est lisible et l'identification est lisible.	Oui
T.06 - Le contrôle des péremptions de la dotation pour soins urgents est effectué régulièrement et est tracé par les IDE.	Oui
T.07 - Le contrôle de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments de votre établissement est tracé.	Oui
T.08 - Votre établissement dispose d'un document décrivant la procédure à mettre en œuvre si la température du réfrigérateur n'est pas comprise entre +2°C et +8°C.	Oui
T.09 - Le personnel de votre établissement a été formé aux enjeux sécuritaires, environnementaux et économiques de l'élimination des médicaments non utilisés.	Oui
T.10 - Les médicaments non utilisés par un résident sont identifiés et retournés à la pharmacie ou sont directement collectés dans un carton CYCLAMED.	Oui
T.11 - Les retraits de lot sont mis en œuvre dès publication.	Oui
T.12 - Les actions mises en œuvre dans le cadre de retraits de lot de médicaments sont tracées.	Oui



Axe 7 : Gestion du stockage

Transport et livraison - Critère U

Éléments d'appréciation

U.01 - Les modalités de transport sont organisées de manière à garantir que le bon médicament arrive au bon résident, au bon moment.	Oui
U.02 - En cas d'urgence, la livraison du médicament est effectuée dans les meilleurs délais pour garantir l'efficacité et la continuité du traitement.	Oui
U.03 - Les personnes chargées du transport des médicaments entre la pharmacie d'officine (ou, le cas échéant, l'hôpital) et votre établissement sont sensibilisées aux spécificités du transport des médicaments.	Oui
U.04 - Le transport des médicaments de la pharmacie d'officine (ou, le cas échéant l'hôpital) à votre établissement préserve la confidentialité.	Oui
U.05 - Le transport des médicaments est effectué à l'aide de conditionnement permettant de garantir la bonne conservation des médicaments.	Oui
U.06 - Le transport des médicaments à conservation entre +2 à +8°C est réalisé de manière à conserver la chaîne du froid.	Oui
U.07 - Les médicaments sont délivrés dans un contenant hermétiquement fermé et sécurisé.	Oui
U.08 - Il existe un protocole de nettoyage des contenants de délivrance des médicaments.	Non

Réception et rangement - Critère V

Éléments d'appréciation

V.01 - Dans votre établissement, la réception des médicaments fait l'objet d'un contrôle qualitatif et quantitatif par l'IDE.	Oui
V.02 - La date et l'heure de réception des médicaments dans l'établissement sont tracées.	Oui
V.03 - Les médicaments sont rangés immédiatement après réception ou isolés dans des conditions propres à assurer leur conservation dans l'attente de leur prise en charge.	Oui

Organisation de l'établissement : Critère A

Points forts

Le médecin coordonnateur est présent au sein de la structure.

Le futur projet d'établissement prendra en compte la politique de sécurisation du circuit du médicament.

La cadre de santé a mis en œuvre une réelle politique de sécurisation du circuit du médicament à chacune des étapes en réalisant un accompagnement à la conduite du changement auprès de l'équipe IDE et AS en place.

Points faibles

La commission de coordination gériatrique - CCG est constituée mais le pharmacien invité ne se déplace pas.

La CCG se réunit qu'une fois par an (cf anesm 01/2018) + <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024537584/>

La pecm n'est pas abordée en CVS.

Modalité de prise en charge : Critère B

Points forts

Les dossiers de soins sont à jour

Les changements de place à table sont validés par les IDE

Points faibles

Plan de table non réalisé à partir du logiciel de soins - risque de discordance entre le dossier de soin et le plan de table pour les régimes et textures.

Protocoles / procédures : Critère C

Points forts

Les procédures et protocoles sont régulièrement remis à jour par le médecin coordonnateur et la cadre de santé

Des sessions de prise de connaissance des protocoles et procédures animées par le médecin coordonnateur et la cadre de santé sont en cours

Points faibles

Protocole sur les conduites à tenir en cas d'urgence en place, absence des fiches réflexes ARS ou ASSURE

Absence de mode opératoire et la traçabilité du bionettoyage des chariots / armoires à pharmacie

Information / formation : Critère D

Points forts

Médecin coordonnateur réalise des sessions de formation / information sur les pratiques gériatriques

Points faibles

Absence de liste préférentielle

Retour d'expérience : Critère E

Points forts

La politique de déclaration des EI est en place au sein de l'établissement

Points faibles

Les coordonnées du CRPV non accessibles

Bon usage des médicaments : Critère F

Points forts

Participation aux réunions OMEDIT

Points faibles

Le pharmacien ne se déplace pas lors de la CCG

Entrée et dossier du résident : Critère H

Points forts

Dossier médical informatisé

Points faibles

Absence de toise pour mesurer les résidents

La fonction rénale n'apparaît pas sur les PM

Autonomie du résident : Critère I

Points forts

L'autonomie est prise en compte au moment de l'admission - élaboration du Gir

Évaluation régulière de l'autonomie

Points faibles

La traçabilité de l'autonomie sur la PECM n'est pas retrouvée dans le PAP, ni tracé systématiquement dans le dossier à l'entrée.

Absence de protocole lorsque le résident peut gérer seul son traitement pour la journée.

Préparation du transfert du résident : Critère J

Points forts

Le dossier est complet en cas de transfert

Conciliation médicamenteuse : Critère K

Points forts

A l'admission, retour d'hospitalisation, le traitement est évalué / réévalué

Points faibles

Médecin traitant et personne de confiance (avec accord du résident) non informés systématiquement

Prescription : Critère L

Points forts

Les prescriptions médicamenteuses sont régulièrement réévaluées et informatisées.

Les ordonnances mentionnent si le traitement est à écraser ou acte de la vie courante

Points faibles

Les médecins ne prescrivent pas systématiquement en DCI

Absence de liste préférentielles de médicaments

Analyse pharmaceutique : Critère M

Points forts

Le pharmacien a accès aux données de santé lui permettant de réaliser l'analyse pharmaceutique

Points faibles

Le pharmacien ne trace pas dans le dossier du résident

Délivrance nominative : Critère N

Points forts

La délivrance est conforme

Préparation de l'administration : Critère O

Points forts

La pharmacie est identifiée

Les piluliers sont tous individualisés avec le nom prénom DN N° Ch + Photo

Un double contrôle est réalisé et tracé lors de la réception des déroulés

La machine pour écraser les médicaments permet de respecter les règles d'hygiène et d'éviter le mélange de médicament d'un résident à l'autre

Chaque stylo à insuline est identifié par résident

Points faibles

Absence de règle - risque de rupture de tâches entraînant une erreur médicamenteuse

La photo des étiquettes n'est pas au format CNI

Les IDE ne connaissent pas les règles de sécurité lors de la préparation des médicaments (port des gants voir masque si traitement écrasé)

Administration : Critère P

Points forts

L'administration est effectuée en extemporanée, l'identivigilance est respectée

Aide à la prise : Critère Q

Points forts

Les AS de nuit sont toutes diplômées et la cadre de santé réalise des formations sur l'aide à la prise des médicaments

Points faibles

Absence de transmissions entre les IDE et les AS de nuit le soir pour les traitements de nuit à administrer

Aide à la prise non formalisée selon le parcours d'habilitation d'aide à la prise

Absence d'IDEL la nuit

Conception du stockage : Critère R

Points forts

La pharmacie est sécurisée

Le stockage des médicaments est nominatif et tous les médicaments nominatif ont une étiquette comprenant le nom prénom DN N° de chambre + photo

Les risques évitables sont respectés (ex: pipettes sérum physiologique et Chlorexidine sont séparées, absence d'ampoule de K+)

Le coffre à stupéfiant comprend que les stupéfiants en cours

Points faibles

Procédure ne décrit pas le principe de rangement des médicaments

Une bouteille d'O2 non sécurisée

Manque les ordonnances sécurisées avec le carnet à souche des stupéfiants

Dotation pour soins urgents : Critère S

Points forts

Le sac à dos d'urgence et la DBU sont en place avec une feuille de traçabilité

Le médecin coordonnateur met à jour chaque année la liste du sac à dos d'urgence et DBU qui sont à proximité.

Vérification mensuelle

Points faibles

Manque les modalités DBU dans la procédure

Contrôle : Critère T

Points forts

La traçabilité de réfrigérateur + CAT sont en place

Le carton cyclamed est en place

Les péremptions sont tracées

Points faibles

Manque les traçabilité entretien Chariot et armoire à pharmacie + Mode opératoire

Transport et livraison : Critère U

Points forts

Les modalités de transport sont respectées

Points faibles

Absence de mode opératoire de bionettoyage des containers par le pharmacien

Réception et rangement : Critère V

Points forts

Les IDE Réalisent et tracent le contrôle qualitatif et quantitatif à la réception des médicaments

ANNEXE 19 : Etat des lieux selon OMEDIT + analyse macro des risques essentiels

Etat des lieux flash
Etat de la PECM et de son management dans votre établissement
<i>Selon l'OMEDIT, cet état des lieux est à réaliser régulièrement le temps de l'accompagnement puis tous les 6 mois pour un suivi permettant une vision rapide du niveau de maîtrise de la PECM. Il vient en appui au plan d'action ANAP.</i>

Nom de l'établissement : Degommier

N°	Indicateur de suivi	Réponses (renseigner la date de réponse)			Commentaire libre
		24/01/2025	11/03/2025	05/05/2025	
1.a	La direction s'est engagée dans une démarche de sécurisation de la PECM via notamment le projet d'établissement	Non	En cours	Oui	
1.b	Le référent PECM est nommé	Oui	Oui	Oui	JOSSE Sandrine
1.c	Toutes les personnes impliquées dans la prise en charge médicamenteuse savent identifier le référent PECM	Oui	Oui	Oui	
2	Les nouveaux arrivants ont suivi une formation ou ont eu une communication particulière sur le circuit du médicament dans	En cours	En cours	En cours	Support de formation finalisé : formations en cours
3.a	Les étapes du circuit du médicament dans l'établissement ont été schématisées et le schéma est à jour	En cours	Oui	Oui	Schéma du circuit du médicament mis dans procédure circuit du médicament : en attente dze validation medco
3.b	Le schéma du circuit du médicament est connu de toutes les personnes impliquées dans la prise en charge médicamenteuse	En cours	En cours	Oui	Sessions de formations en cours pour tous les AS, ASH et nouveaux arrivants
4	Le comité PECM (ou autre instance en charge de la PECM) existe et s'est réuni au moins une fois sur les 6 derniers mois	Non	En cours	En cours	Composé du medco, CDS, IDE référente circuit du médicament, pharmacien : réunion faite mais non formalisée en comité
5	Il existe une liste des procédures existantes avec leur date de mise à jour et une liste des procédures à écrire ou mettre à jour	Oui	Oui	Oui	remise à jour en fonction des audits
6	Certains agents (réfèrent PECM, nouveaux arrivants...) ont suivi des formations externes sur la PECM dans l'année écoulée ou ont une	Oui	Oui	Oui	FO OMEDIT
7	Une analyse macro des risques a été réalisée dans l'année écoulée	En cours	Oui		Faite en février 2025
8.a	Un document indiquant la procédure de déclaration d'un événement indésirable est connu de tous et est facilement consultable	Oui	Oui	Oui	Information auprès des soignants faite par la direction en janvier 2025, rappels réguliers fait lors des transmissions, FO qur le mode oérateur de la déclaration faite en avril 2025
8.b	Une charte d'incitation à la déclaration ou un document équivalent existe et a été communiqué aux équipes	Oui	Oui	Oui	Charte présentée contre émargement en février 2025 + envoi à tous le personnel sur Netsoins
9.a	Les EI médicamenteux graves ou fréquents ont été analysés par le comité PECM ou toute organisation traitant de la PECM	Oui	Oui	Oui	Pas de comité, mais tout EI fait l'objet d'une analyse avec les IDE, le medco et le CDS
9.b	La mise en œuvre d'actions correctives suite à l'analyse des EI fait	Oui	Oui	Oui	cf EI
10	Le personnel soignant a été sensibilisé à l'identitovigilance et aux actions mises en place par l'établissement à ce sujet	En cours	En cours	En cours	Sessions de formations en cours

11.a	Tous les soignants ont questionné leurs pratiques en termes de distribution, d'administration, d'aide à la prise des médicaments et de surveillance du résident	En cours	En cours	En cours	Participations de certains AS au support de formation + Sessions de formations en cours
11.b	En cas de non-observance ou iatrogénie médicamenteuse, une traçabilité et/ou communication particulière vers les personnes ressources (dont le prescripteur) est faite systématiquement et une	Oui	Oui	Oui	Transmissions avec le medecin prescripteur ou medco
12.a	Une liste préférentielle des médicaments existe et est facilement accessible par tous les prescripteurs et le(s) pharmacien(s)	Oui	Oui	Oui	Liste Omedit Normandie mise dans repertoire Z "soins", "Infirmière", "médicaments pharmacie" + stock tampon
12.b	La réévaluation pluriprofessionnelle des traitements est organisée et fait l'objet d'un protocole écrit	Non	Non	Non	à faire
13	Des actions sont mises en oeuvre pour éviter tout risque de retranscription, de la prescription à l'administration	Oui	Oui	Oui	aucune retranscription de faite : logiciel prescription automatiquement lié à la planification des IDE
14	EHPAD sans PUI : il existe une convention entre l'établissement et la (les) pharmacie(s) délivrant des médicaments EHPAD avec PUI : il existe un document formalisant les liens avec la	Oui	Oui	Oui	
15.a	Le stockage des médicaments a fait l'objet d'une réflexion et est décrit dans une procédure	En cours	En cours	Oui	Procédure validée, Stock tampon à jour, pas de stock sauvage
15.b	Les péremptions sont régulièrement vérifiées	Oui	Oui	Oui	cf traçabilité
16	La liste des résidents présentant des troubles de la déglutition existe	Oui	Oui	Oui	Revue tous les mois par référente soin
18	Un autodiagnostic type Interdiag a été réalisé depuis moins de 2 ans	Oui	Oui	Oui	Evaluation à blanc en janvier 2025 + audit par GCSMS mars 2025 + évaluation interne en mai 2025
19	Un plan d'action personnalisé sur la PECM de l'établissement existe et a été mis à jour dans les 6 derniers mois	Oui	Oui	Oui	
20.a	Un audit en interne ou en externe sur la PECM des résidents a été réalisé au cours des 2 dernières années	Oui	Oui	Oui	audit interne à Degommier
20.b	Une analyse complète des risques a été réalisée dans les 3 dernières	En cours	Oui	Oui	

Date	10/02/2025	11/03/2025	05/05/2025
% d'avancement de la démarche d'amélioration :	75,0%	83,9%	85,7%

Nom de l'établissement : DEGOMMIER

Date : MAJ 13/05/2025

Questions	Réponse	Réponses facultatives			
		% de maîtrise du	Niveau de	Priorisation (1= le plus prioritaire)	Commentaire libre
1. Gestion de l'identité					
1.1 L'identité du résident est vérifiée systématiquement avant toute administration de médicaments	Oui	75%			Session de formations en cours pour sensibilisation des soignants, pas de distribution des ttt par les nouveaux arrivants ou vacataire (binôme réalisé avec AS)
1.2 Les contenants individuels utilisés lors de la préparation des traitements (piluliers, godets...) et jusqu'à l'administration comportent toutes les mentions nécessaires à l'identification du résident	Oui	100%			
2. Prescription					
2.1 Une liste préférentielle de médicaments existe, est à jour et est disponible dans votre établissement sous une forme adaptée à la consultation par l'équipe soignante et les médecins traitants (ou	Oui	100%			Liste Omedit Normandie mise dans repertoire Z "soins", "Infirmière", "médicaments pharmacie" + stock tampon
2.2 Les prescriptions sont conformes à la réglementation (Comprend nom, prénom, sexe, date de naissance, poids et taille si nécessaire, dénomination,	Oui	100%			
2.3 La prise en charge thérapeutique de chaque résident est régulièrement réévaluée	Oui	100%			Renouvellement revue tous les mois par le medecin traitant en lien avec les IDE
2.4 Le médecin coordonnateur de l'établissement, en lien avec le pharmacien référent, analyse lors des réunions de coordination l'observance de la prise médicamenteuse et la pertinence des prescriptions au regard de l'état du résident	Non	25%	Moyen	3	Réunion initié avec la pharamcie mais pas pour l'observance des ttt, Travail fait en interne avec les IDE et le médecin prescripteur
2.5 Des organisations sont mises en place pour éviter les prescriptions orales (hors urgence vitale)	Oui	75%			Interdiction des PM via Watsapp, traçabilité par mail non autorisée, si pas de présence médicale allo 15
2.6 Les changements de traitement (modification d'un traitement existant ou nouveau traitement) sont	Oui	100%			télétransmission via le logiciel
3. Dispensation					
3.1 Le pharmacien dispose de l'ensemble des informations du résidents nécessaires à l'analyse	Oui	100%			Accès à Netsoins depuis janvier 2025
3.2 Le pharmacien transmet à l'équipe médicale et à l'équipe soignante des avis pharmaceutiques en	Oui	100%			Communication efficace entre les parties prenantes
3.3 Les modalités de transmission des avis pharmaceutiques ont fait l'objet d'une concertation entre médecins (coordonnateurs, traitants, autres) et pharmaciens	Non	25%	Moyen	3	Pas de concertations directe entre pharmacie et medecin : par l'intermédiaire des IDE ou CDS
4. Préparation des doses à administrer					
4.1 Une consigne ou une règle prévoit que la personne qui prépare les médicaments n'est pas dérangée lors de la préparation des médicaments (téléphone, professionnels, résidents...). Cette règle est respectée.	Oui	75%			Présence de 2 IDE : une se détache pour la vérification des TTT et l'autre fait les soins et répond au téléphone, demande faite à l'administration de limiter les appels le matin, sauf urgence, et privilégier l'AM, mise en place de gilet rose
4.2 La préparation des piluliers est toujours faite au vue de la (les) dernière(s) prescription(s) médicale(s) en cours	Oui	75%			Parfois modif de TTT après reception du déroulé, la pharmacie renvoie un déroulé ou le TTT à rajouter ou les IDE retire des sachets si arrêt de TTT
4.3 Un système de contrôle est mis en place par la pharmacie avant la préparation et avant le retour	Oui	100%			Double vérification : robot + réparateur en pharmacie
4.4 Un double contrôle des tiroirs ou piluliers préparés est effectué	Oui	100%			double contrôle via la pharmacie + contrôle d'une IDE à reception de la commande

Distribution/ administration					
Un protocole définit de quelle manière est déterminée l'autonomie qui peut être laissée au résident pour la prise de ses médicaments, ainsi que les médicaments concernés	En partie	75%	Moyen	2	Il n'existe pas de protocole, mais les résidents en possibilité de gérer leur traitements sont identifiés par les médecins et notifiés dans leur dossier
L'autonomie du résident est régulièrement réévalué et tracée dans le dossier patient	Oui	100%			Si baisse de l'autonomie constatée, reprise de la distribution des TTT par les IDE
La concordance entre les doses préparées et la prescription est réalisée au moment de l'administration	En partie	75%			Faite par les IDE au moment de la préparations des TTT chaque matin, mais parfois TTT distribué par AS donc vérifié en amont par l'IDE
L'administration des médicaments est tracée sur un support unique (papier ou informatique), au regard	Oui	100%			tablettes
Les prescriptions conditionnelles (si besoin) font	Oui	100%			
Les résidents présentant des troubles de la	Oui	100%			liste régulièrement mise à jour
La personne qui administre les médicaments est	Oui	100%			cf traçabilité
Quand l'aide à la prise est confiée à du personnel habilité à réaliser des actes de la vie courante, cet	Oui	75%			traitements prescrits en "acte de la vie courante" par le medco
Quand l'aide à la prise est confiée à du personnel habilité à réaliser des actes de la vie courante,	Oui	75%			
Stockage des médicaments					
Votre établissement dispose d'un document décrivant le principe de rangement des médicaments de votre établissement (dans les	Oui	100,0%			pas de PUI, stock tampon, pas de stock sauvage, une case par résidents pour les SB
Le local où sont stockés les médicaments est muni d'un système de fermeture permettant l'accès	Oui	100,0%			Code connu uniquement des IDE, medco et CDS
En dehors de la pharmacie, le stockage des médicaments des résidents hors dotation est	Oui	100%			
Pour éviter tout risque de confusion, l'organisation du stockage fait qu'il n'y a jamais plusieurs dosages du même médicament mélangés dans la même case	Oui	75%			
Les médicaments stupéfiants sont conservés dans un dispositif de rangement séparé et fermé à clé après chaque utilisation	Oui				Coffre à stup à code dans une armoire sécurisée à clef dans un local sécurisé à code
Le contrôle de la température du réfrigérateur dédié aux médicaments de votre établissement est	Oui				
Un suivi de la péremption des médicaments est effectué régulièrement par un	Oui				
Gestion de la dotation pour soins urgents					
Le stock de médicaments pour soins urgents de votre établissement a fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative, définie par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'IDEC et le pharmacien (officine ou PUI)	Oui	100%			Sac à dos d'urgence mis en place en 2024 (anciennement chariot d'urgence), dotation de ce sac revu avec le medco et les IDE + stock tampon
Les médicaments pour soins urgents sont séparés des médicaments des résidents. Ils sont accessibles	Oui	100%			Sac à dos dans l'infirmerie
Toute utilisation du stock de la dotation pour soins	Oui	100%			
Le contrôle des péremptions de la dotation pour soins urgents est effectué régulièrement et est	Oui	100%			
Tranfert/admission/hospitalisation d'un résident					
Le dossier de liaison d'urgence contient le dernier traitement médicamenteux du résident (vers ou	Oui	100%			Enregistrement automatique tous les soirs de DLU
Des actions sont mises en place pour prévenir tout risque de rupture de la prise en charge	Oui	75%			stock tampon mis en place pour prévenir le risque de rupture
Communication et lien pluriprofessionnel					
Il existe une instance (exemple : commission de coordination gériatrique ou autre) à laquelle	Oui	50%	Moyen	3	commission gériatrique faite en avril 2025
Le médecin coordonnateur de votre établissement contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne	Oui	100%			
Votre établissement a clarifié sous forme d'une convention les liens organisationnels avec la(les) pharmacie(s) d'officine (heure et jour de délivrance,	Oui	100%			
Le pharmacien informe l'EHPAD en cas de retraits ou rappels de lots de médicaments et s'assure de leur mise sous quarantaine	Oui	100%			

ANNEXE 20 : Fiche action circuit du médicament – Projet d'établissement

RESIDENCE DEGOMMIER – CERNY (91 590)

FICHE ACTION – AXE OPERATIONNEL N° 3 : NOTRE PROJET AIDES ET SOINS

- **CONTEXTE :**

L'établissement DEGOMMIER met en place une prise en soins globale sécurisée et de qualité à la fois bienveillante et à l'écoute des résidents dont l'objectif principal est **le bien être du résident**.

Des transmissions journalières sont effectives et des réunions pluridisciplinaires sont réalisées une fois par mois avec l'intégralité de l'équipe pluriprofessionnelle.

La continuité des soins est assurée entre équipes et contre-équipes AS, ainsi qu'entre équipes de jours et équipe de nuit AS.

Une équipe IDE est présente tous les jours et 7 jours sur 7.

L'intervention de la psychologue à l'entrée du résident, à la demande et sur tout le parcours au sein de l'établissement est un atout.

La présence d'un ergothérapeute est également un atout.

L'établissement met également en place avec d'autre établissement du territoire des astreintes IDE de nuit réalisées par des IDEL (IDE Libérales).

Notre projet est décliné en 10 axes.

- **GROUPE PROJET OPERATIONNEL DU PROJET D'ETABLISSEMENT :** MEDEC, CADRE DE SANTE, Psychologue, AS jour et AS nuit, ASG, IDE, AS Référente de Soins, Elue CSE.

- **PILOTES :** MEDEC – CADRE DE SANTE - IDE - AS REFERENTE DE SOINS - AS

- **PERSONNES/SERVICE/ ORGANISMES CONCERNES :** SERVICE DE SOINS

- **PARTENAIRES ASSOCIES :**

- Salariés et élus du CSE
- Résidents/proches

- **ECHEANCIER : 2025-2029**

- **ACTION 1 :**

LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

PILOTES : CADRE DE SANTE/MEDEC

MODALITES / MOYENS DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS :

- Pérenniser la sensibilisation des IDE sur le circuit du médicament, 2026/2029, Pilotes : Cadre de Santé, MEDEC, IDE,
- Pérenniser la réalisation d'audit mis en place en 2025, 2026/2029, Pilotes : Cadre de Santé, MEDEC, IDE,
- Mettre en place un calendrier d'auto-évaluations IDE, 2026/2029, Pilotes : Cadre de Santé, IDE,
- Mettre en place une formation interne à la qualité de la PECM pour le personnel et les nouveaux arrivants, Pilotes : Cadre de Santé, MEDEC, IDE,
- Pérenniser les RETEX en interne, 2026/2029, Pilotes : Cadre de Santé,

	○ Mettre en place des audits croisés avec les 2 autres EHPAD, 2027, Pilotes : Cadre de Santé, MEDEC, ○ Mettre en place des RETEX CROISES (retour d'expérience) avec les 2 autres EHPAD, 2028, Pilotes : IDEC, MEDEC, ○ S'interroger sur une analyse des pratiques professionnelle (APP) ou une EPP – ou Organiser régulièrement des temps d'échanges, notamment pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives à la consommation médicamenteuse, 2026/2029, Pilotes : Cadre de Santé, MEDEC.
--	--

Sécuriser le circuit du médicament en EHPAD public sans pharmacie à usage intérieur

Marie-Charlotte MARAIS

MOTS CLÉS

Accompagnement, conduite du changement, Qualité, co-construction, autonomie, management participatif

KEY WORDS

Support, Change management, Quality, Co-development, Autonomy, Participatory management

RÉSUMÉ

Mon projet retrace un parcours méthodique et engagé visant à sécuriser le circuit du médicament au sein de l'EHPAD Degommier, tout en transformant profondément les pratiques professionnelles et organisationnelles. Portée par une volonté d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, j'ai mené une réflexion approfondie sur la conduite du changement dans un environnement marqué par de multiples contraintes.

Les défis étaient nombreux : répondre aux exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS), réorganiser le circuit du médicament, revoir les processus internes et accompagner les équipes dans cette transition. Un enjeu clé a été de surmonter les résistances au changement, d'apaiser les tensions intergénérationnelles et de favoriser une collaboration harmonieuse entre les professionnels.

Pour mener à bien ce projet, j'ai adopté un leadership participatif, permettant d'impliquer les équipes dans la co-construction des nouvelles pratiques et de renforcer leur autonomie. En structurant l'approche autour de la révision des protocoles, l'optimisation des processus et l'organisation de formations adaptées, j'ai pu garantir une sécurisation optimale du circuit du médicament.

L'évaluation, conduite à travers des audits internes et externes, a révélé une amélioration significative des pratiques, une réduction des erreurs médicamenteuses et une satisfaction accrue des équipes. Cette transformation réussie offre aujourd'hui une base solide pour une amélioration continue de la qualité des soins en EHPAD, ouvrant la voie à une prise en charge toujours plus sécurisée et efficiente.

Ce projet met en lumière la nécessité d'une approche rigoureuse et concertée pour assurer la gestion efficace des médicaments, dans le respect des normes de qualité et des exigences réglementaires. Il illustre également l'importance du management participatif et de la collaboration interdisciplinaire pour inscrire ces changements dans la durée et garantir des soins de qualité aux résidents.

ABSTRACT

My project outlines a methodical and committed approach to securing the medication circuit within the Degommier EHPAD, while profoundly transforming professional and organizational practices. Driven by a desire to improve the quality and safety of care, I conducted an in-depth reflection on change management in an environment marked by multiple constraints.

The challenges were numerous: meeting the requirements of the Haute Autorité de Santé (HAS), reorganizing the medication circuit, reviewing internal processes, and supporting teams through this transition. A key issue was overcoming resistance to change, easing intergenerational tensions, and fostering harmonious collaboration among professionals.

To successfully implement this project, I adopted a participatory leadership approach, involving teams in the co-construction of new practices and strengthening their autonomy. By structuring the approach around protocol revisions, process optimization, and tailored training programs, I ensured optimal security for the medication circuit.

Evaluation through internal and external audits revealed significant improvements in practices, a reduction in medication errors, and increased team satisfaction. This successful transformation now serves as a solid foundation for continuous improvement in care quality within EHPADs, paving the way for a safer and more efficient medication management system.

This project highlights the necessity of a rigorous and collaborative approach to ensure the effective management of medications while adhering to quality standards and regulatory requirements. It also emphasizes the importance of participatory management and interdisciplinary collaboration to sustain these changes over time and guarantee high-quality care for residents.