



# Groupe de Travail Convention EHPAD-Officine

Lundi 11 septembre 2017

Blandine VONGKHOUNE, Pharmacien

Elvire NOGUEIRA, Chargée de mission CEPPRAAL

# Plan

- **Introduction**
- **Rappel sur le processus de PECM et place du pharmacien en Ehpad**
- **Partage d'expérience**
- **Les points clés d'une convention Ehpad-Officine**
- **Synthèse**



# INTRODUCTION

# Origines du projet

- **Besoins exprimés lors des rencontres avec les professionnels du secteur médico-social :**
  - Rencontres des Directeurs
  - Formations inter-établissements
  - Formations intra-établissement
- **Contexte réglementaire**
  - Obligation de convention (art. L5126-1 CSP)
  - Obligation d'engagement de sécurisation du circuit du médicament et de la PECM

# Contexte réglementaire

Tel que prévu par l'article **L5126-1** du **CSP**, les EHPAD qui ne disposent pas PUI doivent conclure, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des **conventions relatives à la fourniture en médicaments** des personnes hébergées en leur sein.



# Bénéfices escomptés



L'amélioration de la coopération EHPAD-Officine est un levier d'action essentiel pour l'amélioration du processus de la prise en charge médicamenteuse.

- ✓ Répondre à l'exigence réglementaire
- ✓ Structurer la collaboration entre les acteurs
- ✓ Définir les rôles et responsabilités respectifs
- ✓ Organiser les rapports dans le respect du libre choix et de la dignité du résident
  - ✓ Améliorer la coopération EHPAD-Officine
  - ✓ Prévenir le risque de iatrogénie médicamenteuse

# Modalités de travail - livrables

- Partage d'expérience
- Rappel des obligations
- **Méthodologie pour la rédaction d'une convention Ehpad-Officine**



# **PARTIE 1**

## **PROCESSUS PECM EN EHPAD**



# Contexte : Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

## Un enjeu majeur de santé publique

En France : **10 000 DC/an** et **130000 Hospitalisations** liés à une erreur médicamenteuse ou EIM

Enquête ENEIS (Etude Nationale des Evènements Indésirables liés aux Soins) :

### ENEIS 2009 –EIG liés aux médicaments

51,2% étaient évitables  
54,5% ont motivé l'hospitalisation  
31% étaient associés à un traitement anticoagulant  
16% ont été observés dans des services de gériatrie-gérontologie  
71% chez des patients de 65 ans et plus

## Risque majeur chez les sujets âgés en EHPAD

### Lié à l'âge

Poly pathologies (8 maladies concomitantes)  
Pathologie aiguë surajoutée  
Mauvaise compréhension, troubles cognitifs, dénutrition  
Mauvaise observance / automédication  
Gravité des EI majorée par la fragilité et les co-morbidités  
Les modifications physiologiques / modifications du comportement des médicaments

### Lié aux prescripteurs

Prescripteurs multiples  
Appréciation insuffisante du rapport B / R  
Redondance / Complexité des traitements  
Formes galéniques inadaptées

### Lié à l'organisation de la prise en charge médicamenteuse

# Sujets âgés et iatrogénie : Pourquoi ?

## Fréquence du problème

Sujets âgés ( $\geq 65$  ans) = 17% de la population

44 % de la dépense de médicaments

# Cadre réglementaire PCM en EHPAD



**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**

NOR: MESP9921062A  
Version consolidée au 10 février 2017



Code de la sécurité sociale

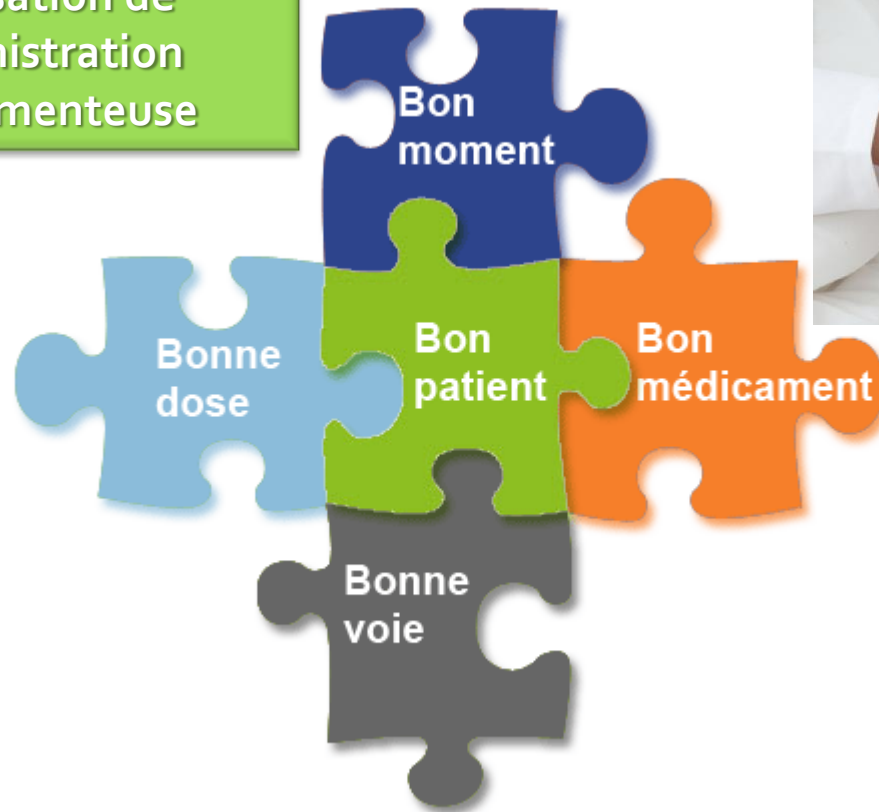


Code de la santé publique



# La règle des 5B

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse



Ces 5B représentent des objectifs à atteindre, pour lesquels des stratégies doivent être définies et mises en œuvre.



# Prise en charge médicamenteuse en EHPAD

Une implication pluridisciplinaire au bénéfice du résident

## 5 - Administration

• Médicaments injectables ou nécessitant une qualification =

- médecin ou IDE

Autres médicaments =

- IDE ou AS sous responsabilité IDE > A PRIVILEGIER

- Aident si acte de vie courante + pas de difficulté d'administration + pas d'apprentissage particulier : nécessite un protocole de soins.

→ Formation, informations et modes opératoires adaptés.

• Vérification au regard de la prescription = Règle des 5B = Bon patient, Bon médicament, Bonne dose, Bonne voie d'administration, Bon moment.

• Pas de mélange ; Pas de modification de la présentation des médicaments

(broyage des comprimés, ouverture des gélules...) sans avis pharmacologique ou médical (listes à disposition et réalisation estemporée).

→ Risque d'inefficacité des médicaments et de toxicité.

• Enregistrement de la prise effective des traitements : date, heure, identité de la personne ayant assuré l'administration ; Retour d'informations au prescripteur (ex : refus de prise, effets indésirables, problème d'absorption, déglutition...).

• Surveillance des résidents après la prise (allergies, intolérances...) et éventuelle déclaration de pharmacovigilance.

• Cas particulier : Gestion de son traitement par le résident

- > décision médicale enregistrée dans le dossier,
- > réévaluation régulière de ses capacités par médecin + équipe soignante,
- > surveillance et traçabilité de chaque événement (évaluation, prises, effets indésirables, modalités de détention...),
- > pas d'automédecination (taque pour le résident).

## 1 - Prescription

• Support unique papier ou informatisé pour l'ensemble du traitement, utilisé jusqu'à l'administration.

• Prescription lisible, datée, signée par le médecin → Pas de prescription orale, → Pas de retranscription.

• Réévaluation régulière des prescriptions (à l'entrée du résident, pour tout événement intercurrent, a minima tous les 6 mois).

• Prescription sur la base d'une liste préférentielle des médicaments utilisés dans l'établissement tenant compte des médicaments inappropriés chez la personne âgée et des bonnes pratiques en gériatrie.

• Mise en place de protocoles thérapeutiques validés par tous les prescripteurs et réévalués régulièrement (douleurs, escarres...).



## 2 - Dispensation

• Etapes de l'acte de dispensation :

> Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale : connaissance de l'intégralité du traitement (intérêt du dossier pharmaceutique) et des antécédents du patient (IR, diabète...).

> Préparation éventuelle des doses à administrer (PDA) : approche individuelle et non systématique sur prescription médicale.

> Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament (intervention du pharmacien auprès de l'équipe soignante et/ou du résident).

> Délivrance des médicaments : privilégier les présentations unitaires = identification du médicament jusqu'à l'administration.

• Transport des médicaments : sachet scellé, opaque, nominatif, sécurisé, dans le respect des conditions de conservation des médicaments (température...).

• Réception sécurisée des médicaments par des personnes habilitées et identifiées au sein de l'EHPAD.

• Convention entre officine du résident & EHPAD.

⚠ PDA systématique par le pharmacien : absence de textes réglementaires autorisent cette activité.

## 3 - Stockage Détention

• Séparation :

> Des traitements nominatifs des résidents : casier nominatif.

> De l'éventuel stock pour soins urgents :

- liste définie et restreinte (qualitative et quantitative),

- rapprochement sur commande du médecin coordonnateur après d'une officine sur convention : INTERDIT de réintégrer les Médicaments Non Utilisés par le résident (MNU).

• Respect des règles de :

> Sécurisation :

- locaux et dispositifs de rangement (armoires, chariots...) dédiés et fermés,

- accès limité aux personnes habilitées.

- attention aux conditions particulières de détention des stupéfiants, bouteilles d'oxygène, produits inflammables...

> Hygiène : nettoyage régulier

> Conservation :

-abri de la lumière

- températures adaptées des locaux et réfrigérateurs (centrées journalières, dégivrage régulier, en cas de dysfonctionnement évaluer la possibilité d'utiliser les médicaments).

> Bonne gestion :

- contrôle à la réception par IDE de l'adéquation entre les médicaments prescrits et les médicaments délivrés,

- concernant le stock pour soins urgents, contrôle régulier de quantité et péremptions ; Vérification des retraits de lots ; Maintien de l'identification des médicaments jusqu'à l'administration (pas de déconditionnement),

- gestion du stock - premier arrivé, premier sorti,

- pour les conditionnements multi doses, apposer le nom du résident et date d'ouverture

- pas d'utilisation des MNU → retour à la pharmacie pour destruction.



## 4 - Préparation

• Activité nécessitant une attention particulière : NE PAS ÊTRE DÉRANGÉ !

• Rôle propre des IDE :

• Zone dédiée et adaptée ; Respect des conditions d'hygiène (locaux, piluliers, chariots...).

• Réalisée à partir de la prescription médicale (pas de retranscription).

• Identification des piluliers et tout autre contenant par : nom & prénom a minima + date de naissance, n° de chambre, photo...

• Identification du médicament jusqu'à l'administration (nom, dosage, péremption, n° de lot) → Pas de déconditionnement à l'avance.

• Privilégier une préparation limitée à une semaine.

• Préparation des formes multimédicées et liquides de façon estemporée (gouttes, sirops...) ; Pas de mélange.

ars  
ARS de Lorraine

COMEDIT

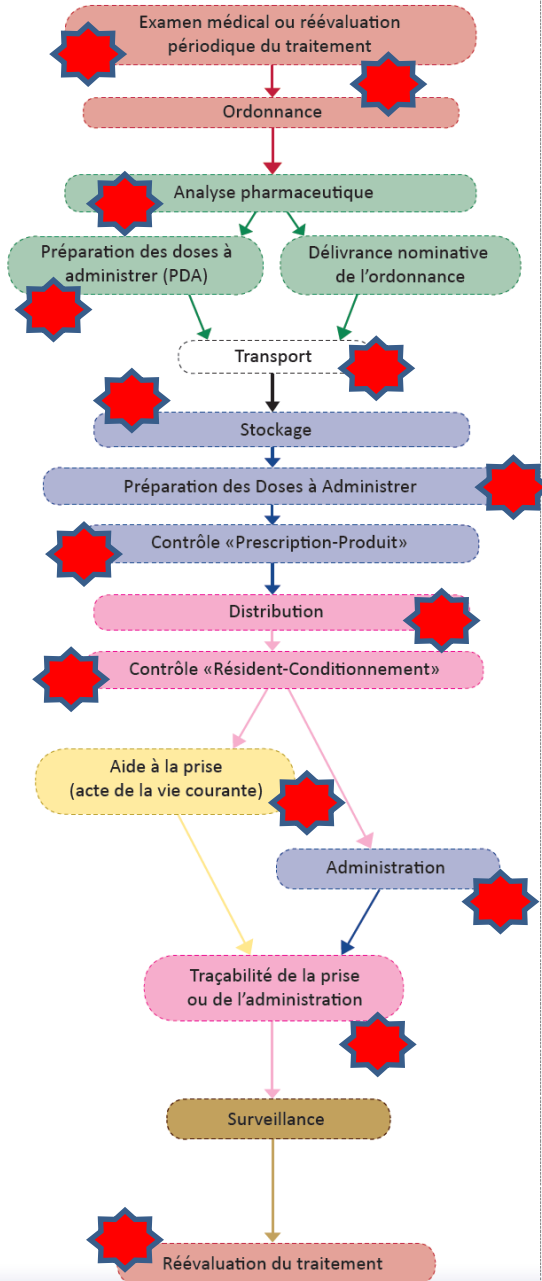
Novembre 2012  
Crédit Photos Phovoir/  
ARS de Lorraine

OÙ ?



EHPAD

QUOI ?



QUI ?



Prescripteur



Pharmacien / Préparateur



IDE



IDE ou professionnel habilité



IDE, AS, AMP, ASH ...



IDE



IDE ou professionnel habilité



Prescripteur, IDE, AS, AMP...



Prescripteur

CHAQUE ETAPE DU PROCESSUS EST SOURCE D'ERREURS POTENTIELLES POUVANT METTRE EN JEU LA SECURITE DU RESIDENT

ETAPES INTER-DEPENDANTES PLURIDICHIPLINAIRES



# **PARTIE 2**

## **PLACE DU PHARMACIEN EN EHPAD SANS PUI**

# Place du pharmacien en EHPAD sans PUI

- **Une obligation réglementaire :**
  - Rôle de référent
  - Garant de la sécurité de la PCM en EHPAD, en collaboration avec le médecin coordonnateur
- *Art 38 la loi HPST du 22 juillet 2009*
- *Art L5126-6-1 du CSP*
- *Art R4235-48 du CSP*
- *Arrêté du 28 novembre 2016*
- *Rapport VERGER 2013*



# Place du pharmacien en EHPAD sans PUI

- Il faut distinguer le pharmacien référent du pharmacien dispensateur. Ces deux fonctions peuvent être cumulables par un même pharmacien ou non.
- **Le pharmacien dispensateur :**
  - Le pharmacien dispensateur exerce son métier comme pour les autres patients. La dispensation aux patients de l'EHPAD obéit aux mêmes règles que celles qui lui sont imposées pour tout patient (art. R. 4235-48 du CSP).
- **Le pharmacien référent :**
  - Les missions du pharmacien référent, sont évoquées dans l'article L.5126-6-1 du CSP, mais restent à préciser : « Ce pharmacien [référent] **concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments** destinés aux résidents. Il **collabore** également, **avec les médecins traitants**, à l'élaboration, par le **médecin coordonnateur** de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »



**PARTIE 3**

**LA CONVENTION EHPAD-  
OFFICINE**

# Votre expérience ?



# Points clés lors de la contractualisation

## 1- Organisation de la coordination Etablissement-Pharmacien

Organisation et permanence des prestations pharma.

Délais ?

Choix de la pharmacie ?  
Proximité ?

Au quotidien, en temps normal ?

En cas d'urgence ?

Procédures écrites élaborées, connues et mises en place par le personnel

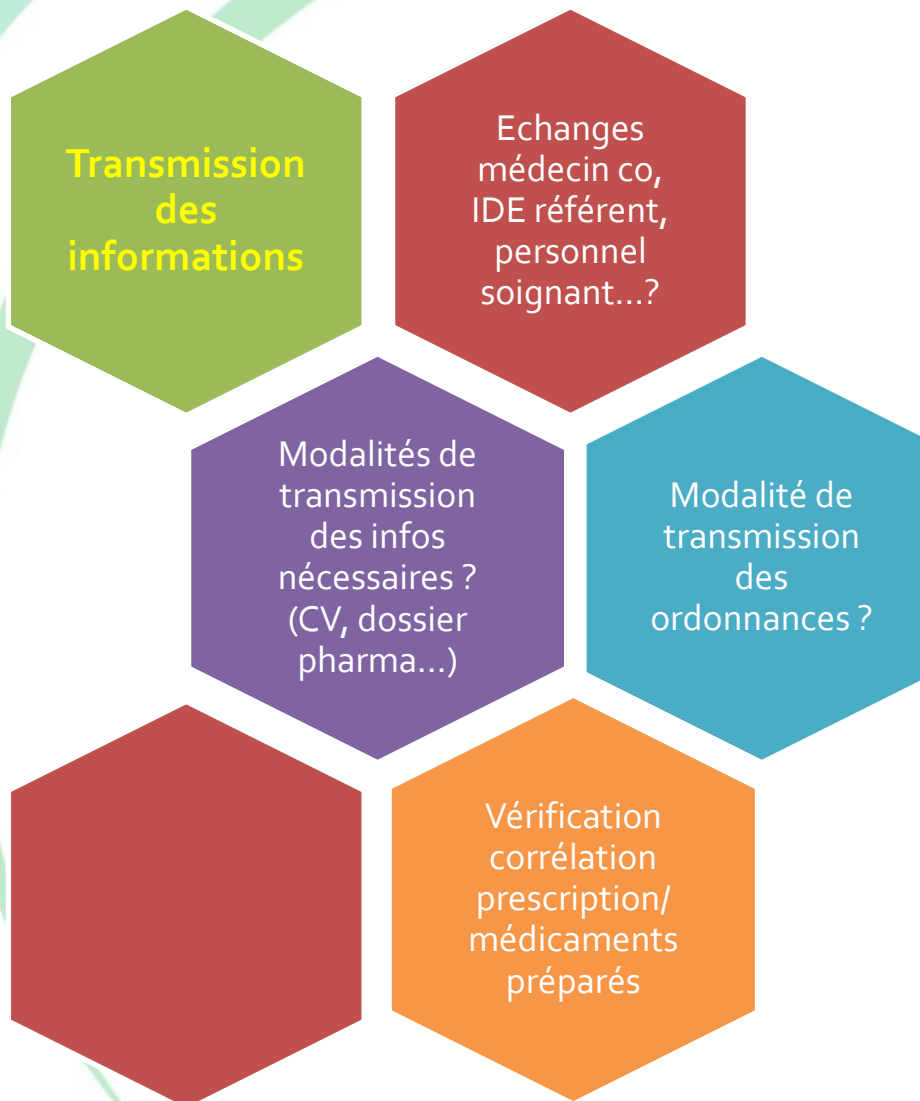
Samedis, dimanches, fériés, hors horaires d'ouverture ?

Congés ?  
Fermeture exceptionnelle ?

Communication Ehpad-Officine

# Points clés lors de la contractualisation

## 1- Organisation de la coordination Etablissement-Pharmacien



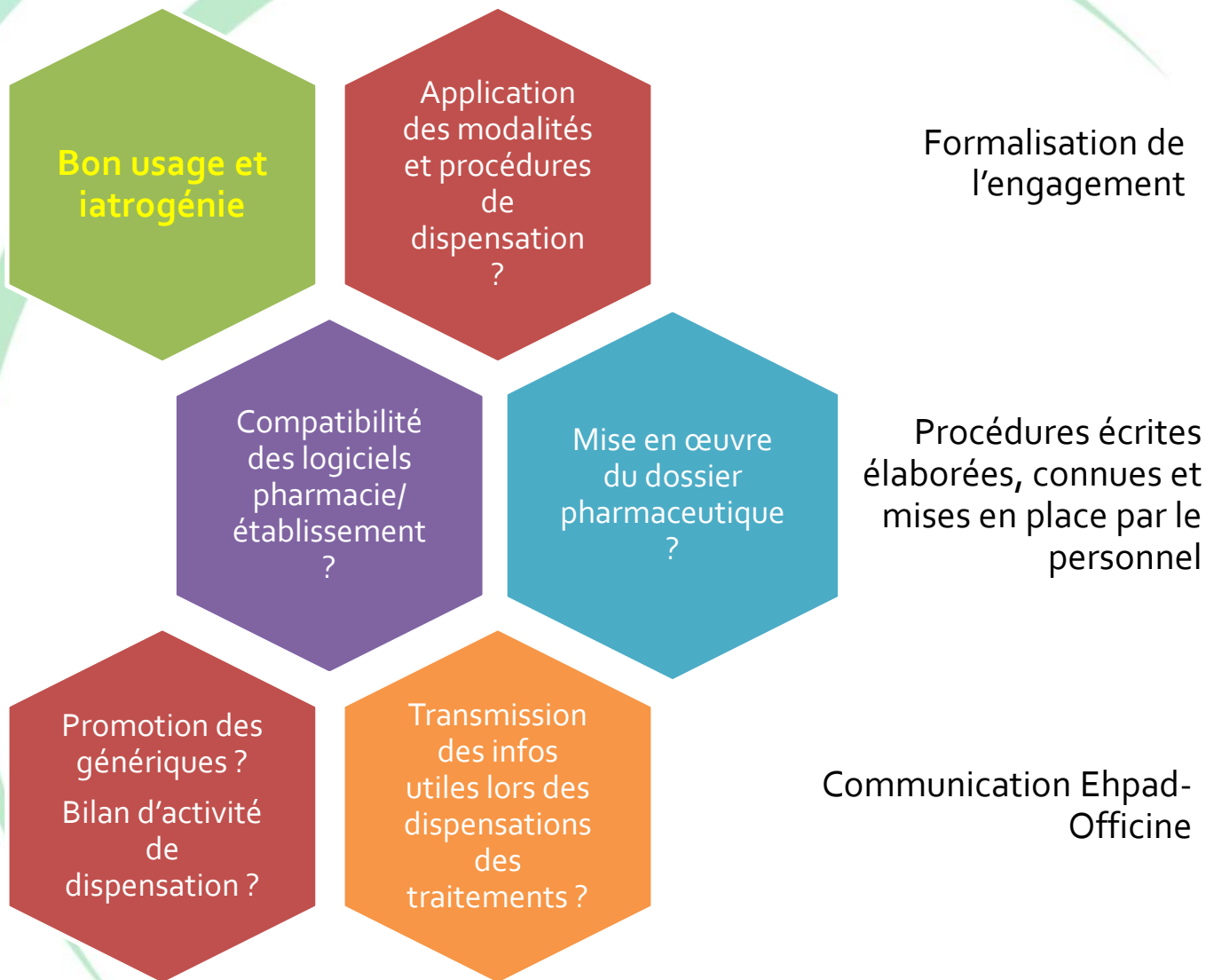
Echanges formalisés ?

Procédures écrites élaborées, connues et mises en place par le personnel

Communication Ehpad-Officine

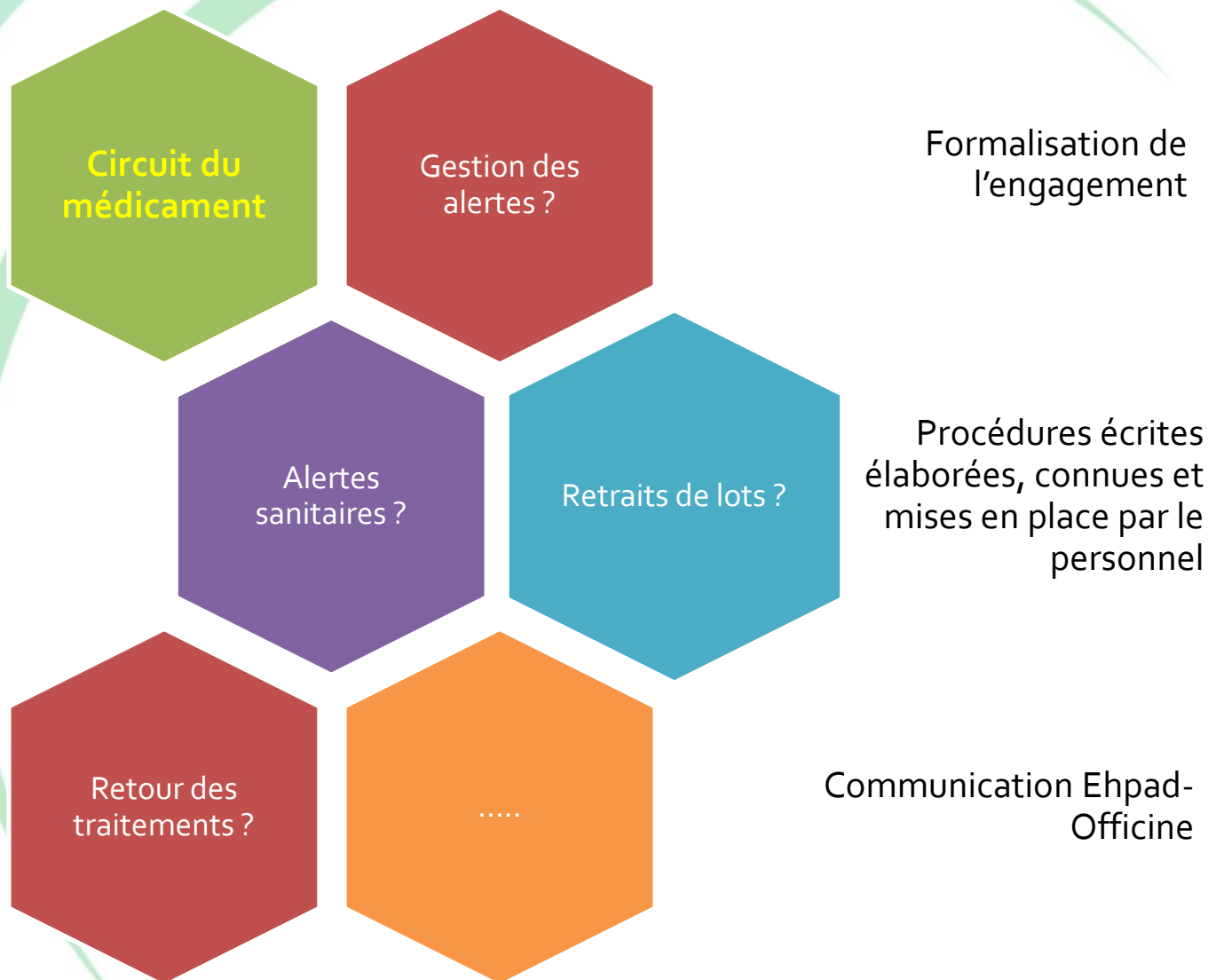
# Points clés lors de la contractualisation

## 2- Organisation de la coordination Pharmacien(s)-Equipe soignante



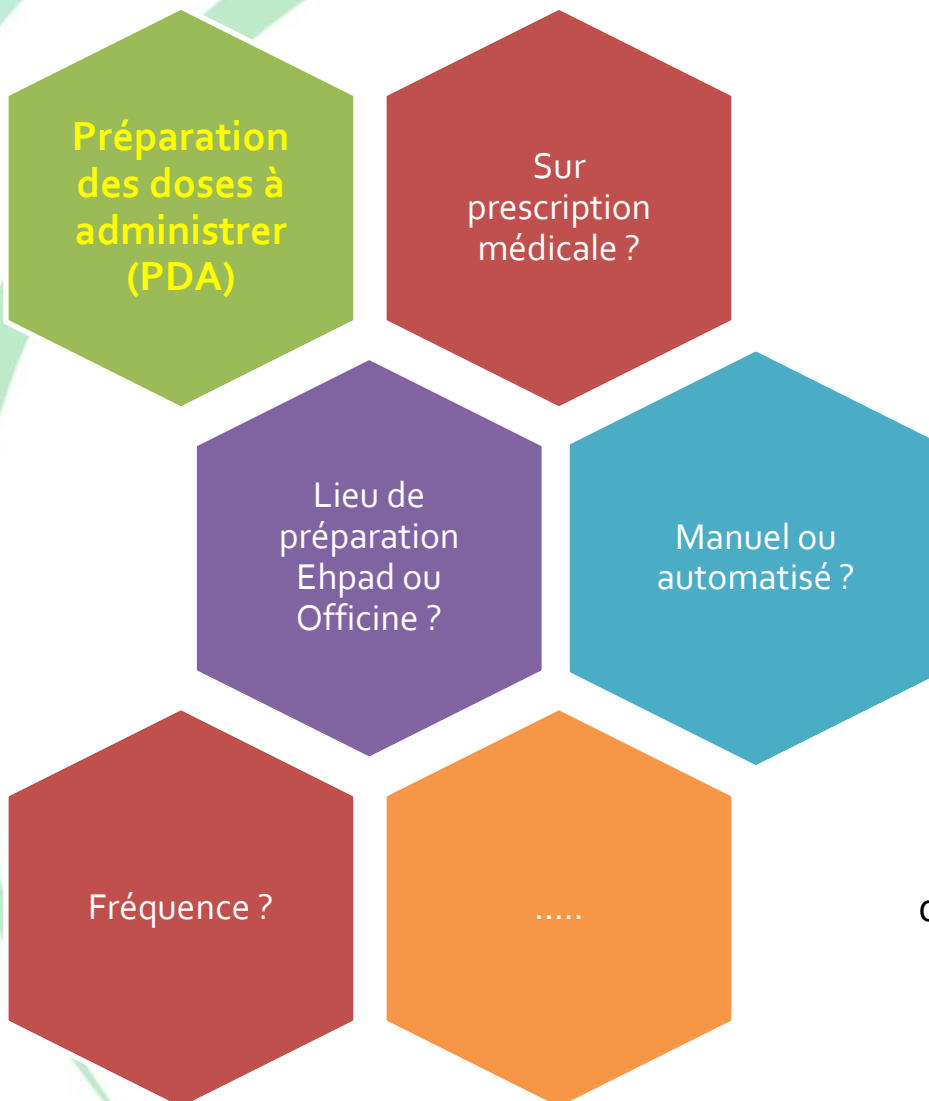
# Points clés lors de la contractualisation

## 2- Organisation de la coordination Pharmacien(s)-Equipe soignante



# Points clés lors de la contractualisation

## 2- Organisation de la coordination Pharmacien(s)-Equipe soignante



Formalisation de l'engagement

Procédures écrites élaborées, connues et mises en place par le personnel

Les conditions de réalisation de la PDA doivent respecter les BP de dispensation (Arrêté 28 novembre 2016)

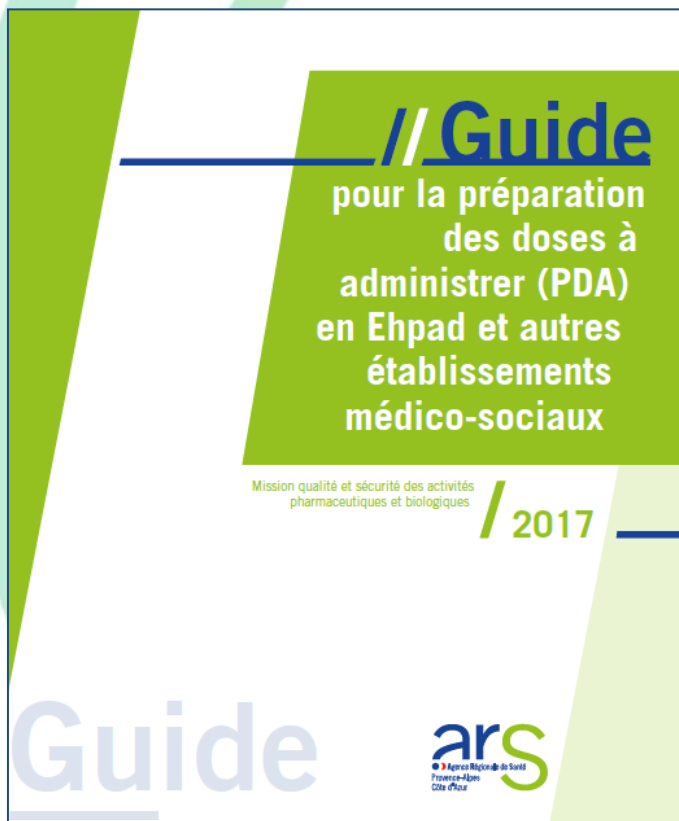


JORF n°0279 du 1 décembre 2016  
texte n° 25

**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**

NOR: AFSP1633476A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/28/AFSP1633476A/jo/texte>



# Points clés lors de la contractualisation

## 3- Dispositions applicables au pharmacien référent

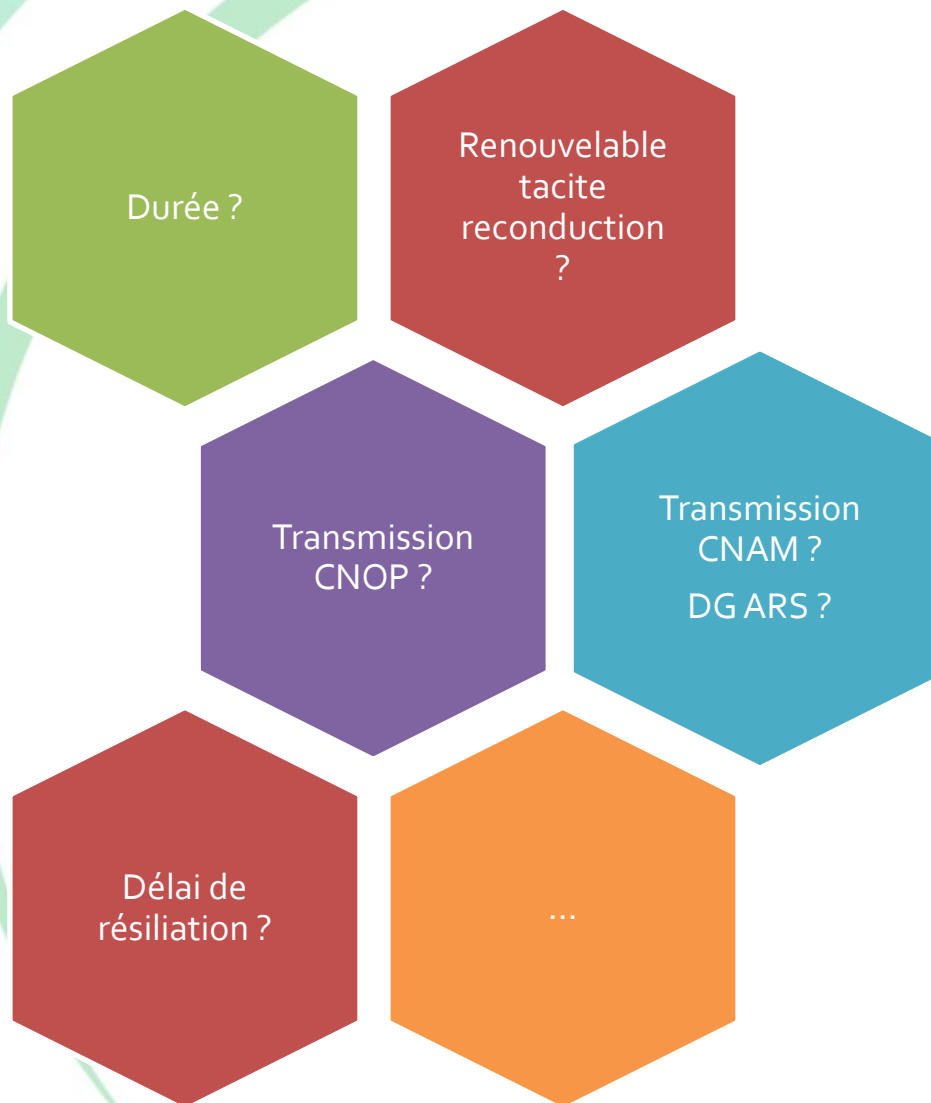


Formalisation des modalités d'implication du pharmacien référent

Fiche de mission

# Points clés lors de la contractualisation

## 3- Durée et résiliation de la convention



Formalisation des modalités



# PARTIE 4

SYNTHÈSE

EVALUATION DES CONVENTIONS EN

PLACE

PLAN D'AMÉLIORATION

# Votre convention ? Quelles améliorations ?



# Retour d'expérience



Points Maitrisés

Points Critiques

# Conclusion

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

NOR :

**PROJET**

ARRÊTÉ du

relatif à la convention conclue entre un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officines, en application de l'article L.5126-6-1 du code de la santé publique

**MERCI DE VOTRE ATTENTION ET  
PARTICIPATION**

