

Année universitaire 2011-2012

**THÈSE**

**pour le**

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

par

**Paul-Henri GROSBOIS**

** n  le 18 Août 1984   Laval (53)**

-----

**soutenue publiquement le 10 Décembre 2012**

-----

**Rôle du Pharmacien en EHPAD :  
  propos d'étude locale en Maine et Loire**

**JURY :**

<b>Président :</b>	<b>Mr Olivier DUVAL</b>
<b>Directeur :</b>	<b>Mr Sébastien FAURE</b>
<b>Co-directeur :</b>	<b>Mr Emmanuel VASSEUR</b>
<b>Membre :</b>	<b>Mme Christine MAXENCE</b>



## **Engagement de non-plagiat**

Je soussigné, Paul-Henri GROSBOIS, déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire cette thèse.

Signature :

## **Remerciements :**

*Au professeur Olivier Duval, doyen de la faculté de Pharmacie d'Angers pour me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de toute ma reconnaissance.*

*Au Docteur Sébastien Faure, maître de conférence à la faculté de Pharmacie, pour avoir accepté d'encadrer cette thèse ainsi que pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de l'élaboration de ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance et de mes plus sincères remerciements.*

*Au Docteur Emmanuel Vasseur, ancien médecin des hopitaux honoraire, interniste gériatre et actuellement médecin-coordonateur en EHPAD, pour m'avoir proposé ce travail à la suite d'une rencontre à Juigné sur Loire et pour m'avoir guidé et conseillé tout au long de mes recherches et enquête sur le terrain, avec une vision très humaine des soins de la personne âgée dépendante. Ce sujet gérontologique est d'actualité pour un jeune pharmacien se destinant à l'officine et m'a permis d'acquérir une nouvelle vision du monde de la gériatrie et des EHPAD. Soyez pour cela assuré de toute ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.*

*A Mme Christine Maxence, pharmacien titulaire pour avoir aimablement accepté d'être membre de ce jury, pour son soutien et ses conseils. Veuillez trouver ici mes remerciements les plus sincères.*

*A tous les acteurs du circuit du médicament en EHPAD (IDE, directeurs d'établissement, médecins, pharmaciens, sociétés de PDA...) pour leur aide, leur disponibilité et le partage de leur expérience lors de l'enquête. Un remerciement tout particulier à Mme Guilloteau, pharmacien à l'hôpital de la corniche angevine pour m'avoir fait part de son expérience dans le domaine du circuit du médicament en PUI et pour ses conseils avisés sur le sujet.*

*A mes parents à qui je dédie cette thèse, sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui, pour votre amour, votre patience et votre soutien tout au long de mes études jusqu'au point final de cette thèse. Merci à tous les deux pour tout ce que vous avez fait pour moi toutes ces années et d'avance pour tout ce que vous continuerez de faire.*

*A mes grands parents pour avoir suivi avec intérêt toutes mes années d'études et pour l'amour que vous témoignez.*

*Un remerciement tout particulier à mon grand-père Claude Hugnet : ton humanité et ton engagement en faveur des personnes âgées lorsque tu étais directeur de l'hôpital de Laval, puis membre d'associations de défense des séniors et retraités, ont certainement orienté mon choix vers ce sujet. Il y'a 20 ans tu m'as fait poser la première pierre de la maison de retraite que tu as contribué à créer dans ta ville, j'espère que cette nouvelle « petite pierre » sur les EHPAD te rendra fier.*

*A mes amis pharmaciens et futurs pharmaciens, pour les moments partagés lors de ces années d'études et pour ceux à venir.*

*A mes amis d'Angers, Royan, Bordeaux, Paris et tous ceux que j'ai oublié ou qui ont déménagé !*

*A Eleonore, pour ton soutien, ta joie de vivre et ta présence. Merci à toi de partager mon quotidien et de m'avoir encouragé, motivé et supporté tout au long de la réalisation de ce travail. Nos bons moments passés et à venir sont pour moi sources de bonheur.*

## Liste des enseignants

### Année Universitaire 2011-2012

#### *PROFESSEURS*

BENOIT Jean-Pierre  
BOUET Gilles  
BOURY Franck  
CALENDA Alphonse  
CHALEIL Denis  
DUVAL Olivier  
FOUSSARD Françoise  
JARDEL Alain  
MAHAZA Chetaou  
MARCHAIS Véronique  
MAURAS Geneviève  
MAURAS Yves  
PASSIRANI Catherine  
RICHOMME Pascal  
ROBERT Raymond  
SAULNIER Patrick  
SERAPHIN Denis  
VENIER Marie-Claire

#### *Disciplines*

Pharmacotechnie  
Chimie Physique Générale et Minérale  
Biophysique  
Biologie Moléculaire - Biotechnologie  
Pharmacie Clinique  
Chimie Thérapeutique  
Biochimie Générale et Clinique  
Physiologie  
Bactériologie - Virologie  
Bactériologie et Virologie  
Biologie Cellulaire  
Toxicologie  
Pharmacotechnie  
Pharmacognosie  
Parasitologie et Mycologie médicale  
Biophysique pharmaceutique et biostatistiques  
Chimie Organique  
Pharmacotechnie

#### *MAITRES DE CONFERENCE*

ANNAIX Véronique  
BASTIAT Guillaume  
BAGLIN Isabelle  
BATAILLE Nelly  
BENOIT Jacqueline  
CLÈRE Nicolas  
CORVEZ Pol

#### *Disciplines*

Biochimie Générale et Clinique  
Biophysique pharmaceutique et biostatistiques  
Pharmaco - Chimie  
Biologie Cellulaire et Moléculaire  
Pharmacologie et Pharmacocinétique  
Pharmacologie  
Sémiologie

***MAITRES DE CONFERENCE***

DERBRE Séverine  
DUBREUIL Véronique  
FAURE Sébastien  
FLEURY Maxime  
GALLAND Françoise  
GIRAUD Sandrine  
GUILLET David  
HELESBEUX Jean-Jacques  
JOLIVET Jean-Paul  
KHAN Mustayeen  
LAGARCE Frédéric  
LANDREAU Anne  
LARCHER Gérald  
LAVAUT Marie  
LE RAY Anne-Marie  
LICZNAR Patricia  
MALLET Marie-Sabine  
MAROT Agnès  
MILTGEN-LANCELOT Caroline  
  
NAIL BILLAUD Sandrine  
OGER Jean-Michel  
PECH Brigitte  
TRICAUD Anne

***PRAG (Professeurs Agrégés)***

HANOTTE Caroline  
ROUX Martine

***PRCE (Professeurs certifiés affectés dans l'enseignement supérieur)***

GENARD Nicole  
LECOMTE Stéphane

***Disciplines***

Pharmacognosie  
Chimie Analytique  
Pharmacologie Physiologie  
Immunologie  
Biophysique  
Biologie moléculaire et cellulaire  
Chimie Analytique  
Chimie Organique  
Biophysique  
Chimie Générale et Minérale  
Pharmacotechnie-Biopharmacie  
Botanique  
Biochimie Générale et Clinique  
Pharmacognosie  
Valorisation des substances naturelles  
Bactériologie - Virologie  
Chimie Analytique et Bromatologie  
Parasitologie et Mycologie médicale  
Management et gestion des organisations de santé  
Immunologie  
Chimie  
Pharmacotechnie  
Biologie Cellulaire

***Disciplines***

Économie – gestion  
Espagnol

***Disciplines***

Anglais  
Anglais

## **TABLE DES MATIERES :**

Liste des Abréviations :.....	9
Table des Figures.....	11
Liste des Tableaux.....	12
Introduction :.....	13
I. Contexte de l'étude et définitions .....	15
I.1. La personne âgée : démographie et notion de vieillesse .....	15
I.2. La dépendance .....	18
a) Définition.....	18
b) Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) .....	20
c) Les chiffres de la dépendance au niveau national et régional .....	22
I.3. Les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) .....	24
a) définition .....	24
b) EHPAD et dépendance.....	26
c) Réglementation et tarification.....	26
d) Qualité de la prise en charge des patients en EHPAD : projet d'établissement et référentiel Angélique.....	30
e) Disparités géographiques des EHPAD .....	31
I.4. Pathologies de la personne âgée en EHPAD.....	32
a) Les affections neuropsychiatriques.....	33
b) Les affections cardio-vasculaires .....	36
c) Les affections ostéo-articulaires .....	36
d) Les affections uro-néphrologiques.....	36
e) Les affections gastroentérologiques.....	37
f) Les autres affections moins courantes.....	37
I.5. Médicaments du patient en EHPAD .....	38
a) Définition réglementaire du médicament.....	38
b) Le médicament et le résident en EHPAD.....	39
c) Le médicament et les personnels médicaux et paramédicaux.....	43
I.6. Le circuit du médicament en EHPAD: .....	44
a) La prescription .....	46
b) L'approvisionnement .....	49
c) Livraison au sein de l'EHPAD :.....	53
d) Stockage et mise en pilulier des médicaments (PDA) .....	53
e) Administration : .....	56
f) Suivi du patient et de son traitement.....	58
g) Les interruptions dans le circuit du médicament :.....	58
I.7. Les acteurs du circuit du médicament .....	59
a) Le patient .....	61
b) Le médecin .....	62
c) Le pharmacien .....	65
d) Le personnel paramédical .....	67
e) Les aidants .....	68
f) Les laboratoires industriels .....	68
g) La communication entre les acteurs .....	69

<b>II Matériel et Méthodes .....</b>	<b>71</b>
<b>II.1. Présentation des EHPAD en Maine et Loire : contexte et EHPAD retenus .....</b>	<b>71</b>
a) Les personnes âgées et la dépendance en Maine et Loire.....	71
b) Les EHPAD en Maine et Loire.....	72
c) Les professions de Santé en Pays de la Loire.....	73
d) EHPAD retenus .....	74
<b>II.2. Présentation de l'étude : .....</b>	<b>76</b>
a) Objectifs : .....	76
b) Méthode : .....	76
<b>III Bases de réflexion : les textes sur le sujet et les modèles observés dans le département .....</b>	<b>77</b>
<b>III.1. Les textes .....</b>	<b>77</b>
a) Les rapports de l'IGAS.....	77
b) Les autres textes .....	80
<b>III.2. Résultats de l'enquête : différentes modalités de prise en charge des médicaments du patient en EHPAD : le présent local .....</b>	<b>83</b>
a) La proximité de l'officine : cas n°1 d'une officine en milieu rural.....	84
b) La coopération locale : illustration avec le cas concret n°2 de trois officines d'une ville de la proche périphérie Angevine .....	88
Cas n°3 : EHPAD sans coopération locale de PDA : .....	96
c) La solution officinale « semi-industrielle » à Angers : cas n°4.....	104
d) La PUI : cas n°5.....	110
e) Points forts et points faibles rencontrés lors de l'étude .....	113
f) Vécu sur le terrain des acteurs du circuit du médicament selon la structure : 115	
<b>Conclusions : importance de la proximité et de l'implication du pharmacien.....</b>	<b>117</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>120</b>
<b>Annexe 1 : MMSE (source Groupe de Recherche sur les Évaluations Cognitives : GRECO).....</b>	<b>125</b>
<b>Annexe 2 : Echelle de dépression gériatrique GDS (source département de gérontologie hôpital Nord Clermont-Ferrand).....</b>	<b>127</b>
<b>Annexe 3 : Questionnaire réalisé en Décembre 2011 pour les entretiens en EHPAD ...</b>	<b>128</b>



## **Liste des Abréviations :**

- **AFFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé**
- **AGGIR : Autonomie, Gérontologie, groupe iso-ressources**
- **AMM : Autorisation de Mise sur le Marché**
- **AMP : Aide Médico-psychologique**
- **ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**
- **ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements**
- **ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé**
- **APA : Aide aux Personnes Agées**
- **ARS : Agence Régionale de Santé**
- **CCG : Commission de Coordination Gériatrique**
- **CSP : Code de la Santé Publique**
- **DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques**
- **EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées**
- **EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**
- **EMS : Etablissement Médico-Social**
- **ETP : Equivalent temps plein**
- **GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale**
- **GDS : Geriatric Depression Scale : Echelle de dépression gériatrique**
- **GIR : groupes iso-ressources**
- **GMP : GIR Moyen Pondéré**
- **GRECO : Groupe de Réflexion sur les Evaluations Cognitives**
- **HAS : Haute Autorité de Santé**
- **IDE : Infirmier Diplômé d'Etat**
- **IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales**
- **INR : International Normalized Ratio**
- **LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale**
- **MMSE : Mini Mental State Examination**
- **NPI : Inventaire Neuropsychiatrique**

- **PDA : Préparation des Doses à Administrer**
- **PUI : Pharmacie à Usage Intérieur**
- **RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit**
- **SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie**
- **USLD : Unités de Soins de Longue Durée**

## **Table des Figures**

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie en France Métropolitaine d'après l'INSEE

Figure 2 : Pyramide des âges en 2007 en France métropolitaine et projection pour 2060 selon l'INSEE

Figure 3 : Schéma de Wood et application avec un cas concret de maladie (institut fédératif de recherche sur le handicap)

Figure 4 : classement des groupes iso-ressources d'après le code de l'action social et des familles

Figure 5 : Taux de dépendance par sexe et par âge en Pays de la Loire en 2010 selon l'INSEE

Figure 6 : Nombre de personnes âgées dépendantes selon le département en 2010 et projection pour 2030 en Pays de la Loire selon l'INSEE.

Figure 7 : Répartition géographique de la population âgée en 2005 (plus de 75 ans à gauche et plus de 85 ans à droite) selon l'INSEE

Figure 8 : répartition géographique des offres d'hébergement en EHPA

Figure 9 : proportion de personnes ayant des difficultés dans la vie quotidienne par type d'activité et selon la présence de démence

Figure 10 : principales étapes du circuit du médicament en EHPAD

Figure 11 : Etapes nécessaires pour une bonne attitude du prescripteur lors d'une consultation

Figure 12 : acteurs du circuit du médicament en EHPAD et rôles de chacun

Figure 13 : pilulier « classique » (source catalogue multiroir médical)

Figure 14a et b : pilulier hebdomadaire à usage unique (source société Oreus)

Figure 15 : pilulier hebdomadaire à usage unique (source société Oreus)

Figure 16 : pilulier hebdomadaire à usage unique et son support mural (source société Oreus)

Figure 17 : Automate de PDA (source : société robotik technology)

Figure 18 : sachet-dose (source : société EURAF)

Figure 19 : petite machine de déconditionnement par poinçon (source : catalogue société multiroir médical)

## **Liste des Tableaux**

Tableau 1 : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 selon l'INSEE

Tableau 2 : Répartition des types de tarification des soins au 31/12/2010

Tableau 3 : Pourcentage d'EHPAD disposant d'une PUI ou non selon le nombre de lits

Tableau 4 : Différents modes d'approvisionnement en médicaments pour un EHPAD ainsi que les conditions à remplir

Tableau 5 : Répartition du mode d'approvisionnement : en PUI ou sans PUI en EHPAD et selon le statut de l'EHPAD

Tableau 6 : Evolution du nombre d'aidants potentiels de 2000 à 2040

Tableau 7 : indicateurs sociodémographiques en Maine et Loire, Pays de la Loire et France métropolitaine

Tableau 8 : Recensement 2008 de l'INSEE en Maine et Loire

Tableau 9 : Evolution en nombre et % des projections 2008-2016 en Maine et Loire

Tableau 10 : les professions de Santé en Pays de la Loire, comparaison avec la France entière :

## **Introduction :**

Durant les trente prochaines années, les projections démographiques font toutes état d'un accroissement du vieillissement de la population : en 2050 un français sur trois aura plus de 60 ans contre un sur cinq en 2005. On estime que cette progression sera la plus forte jusqu'en 2035 et sera un peu plus faible ensuite, mais c'est cependant à partir de cette période que l'on observera la plus grande proportion de personnes en grande dépendance car très âgée (les baby boomers de l'après guerre auront 90 ans). Cette période charnière est dans un peu plus de 20 ans mais l'on observe déjà au quotidien les effets du vieillissement de la population, avec l'augmentation des phénomènes de dépendance physique et/ou psychique.

Ces personnes âgées dépendantes sont pour la plupart polypathologiques et nécessitent un suivi médical régulier : pour remédier à cela, un statut particulier d'établissement a été créé en 2002, visant à mieux médicaliser les maisons de retraite : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces établissements sont avec le temps devenus majoritaires dans les offres d'hébergements pour personnes âgées.

Parmi les critères de qualité du soin apporté au patient en EHPAD, la qualité du circuit du médicament occupe une grande importance pour ces patients le plus souvent polymédiqués.

Or ce circuit se heurte à deux problèmes principaux :

- Tout d'abord il s'agit d'une population à terrain fragile (sujet âgé, souffrant d'un handicap...). Cela nécessite une attention particulière et des précautions accrues quant aux risques de iatrogénie, de mésusage du médicament.
- De plus, le circuit du médicament voit intervenir de nombreux acteurs, multipliant ainsi les risques d'erreur dans la délivrance finale du médicament au patient.

Afin de réduire les risques de iatrogénie inhérents à tout traitement polymédicamenteux, il convient de bien connaître le circuit du médicament, d'identifier ses étapes, ses acteurs et leurs rôles afin de sécuriser chaque maillon de cette chaîne. Ce circuit est initié par la fabrication du médicament après recherche, études, essais cliniques et obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), puis se succèdent les étapes de prescription, d'administration du traitement, et de suivi de ses effets. Ce travail est centré sur ces trois dernières étapes.

Les médicaments administrés au patient EHPAD proviennent de deux sources : officinale ou hospitalière. Quelle qu'en soit l'origine, la dispensation et la délivrance d'un traitement médicamenteux sont sous le monopole et la responsabilité du pharmacien, qui doit être garant de la qualité, de la sécurité et du bon usage du médicament.

C'est dans cette volonté de sécuriser ce circuit que différents types de prise en charge du médicament en EHPAD seront étudiés et illustrés lors d'une enquête locale. Ces moyens de prise en charge varient selon l'environnement (taille de la ville, localisation, nombre de lits...).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes est un enjeu majeur pour notre politique de santé mais également un enjeu économique important avec un grand marché s'offrant aux divers acteurs du médical, du paramédical et des services. De nouvelles prestations apparaissent, visant à réduire les dépenses des EHPAD, notamment celle de la préparation des doses à administrer (PDA). Ce service, proposé par un nombre croissant de pharmacies d'officine, bien qu'autorisé reste encore flou juridiquement et pose de nombreuses questions.

***Le but final de ce travail est de déterminer pour chaque établissement quels types de prise en charge offriraient les meilleurs critères de qualité et de sécurité pour le traitement du patient (de la prescription à l'administration), tout en assurant pour le pharmacien un exercice éthique, responsable et centré sur le patient et ce à des coûts raisonnables pour l'EHPAD.***

Le rôle et l'implication du pharmacien sont primordiaux pour la qualité de ce circuit et nous verrons quelles améliorations pourraient être portées dans l'avenir.

La dépendance physique et/ou psychique font du patient EHPAD un patient particulier : il ne se déplace pas ou très peu à la pharmacie, ne gère pas (sauf rares exceptions) son traitement médicamenteux. La dimension humaine du rapport entre le pharmacien et le patient est un facteur à ne pas négliger dans le suivi d'un traitement médicamenteux. Ce critère, bien que subjectif doit rentrer en compte dans ce travail : le rôle du pharmacien n'est pas uniquement que son patient vieillisse « vieux » mais qu'il vieillisse « mieux » grâce à son rôle de conseil.

## **I. Contexte de l'étude et définitions**

Le sujet du circuit du médicament en EHPAD est un sujet d'actualité qui préoccupe la politique de santé en France. Les récents rapports sur le sujet, notamment de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en sont la preuve. Des questionnaires ont été récemment envoyés aux EHPAD par l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire afin de dresser un état des lieux des pratiques vis-à-vis du médicament dans ces établissements.

L'étude a pour but de dresser une observation des pratiques rencontrées à Angers et sa proche périphérie au moyen d'une enquête réalisée sur le terrain et décrire au travers d'exemples types les divers modes de fonctionnement qui s'offrent à un EHPAD pour le circuit du médicament.

Mais en préambule de cette enquête, quelques données et définitions sont à apporter concernant le sujet : le circuit du médicament en établissement pour personnes âgées dépendantes.

### **I.1. La personne âgée : démographie et notion de vieillesse**

Dans son bilan démographique de la population française de 2011 [1], l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) précise plusieurs constats importants. La population française augmente tout d'abord : 65,35 millions d'habitants peuplent la métropole et les départements d'Outre Mer (DOM), hors Mayotte, au 1<sup>er</sup> Janvier 2012. Au 1<sup>er</sup> janvier 2050 la métropole devrait compter plus de 70 millions d'habitants [2].

De plus, chaque année l'espérance de vie des français augmente d'un trimestre et est actuellement de 84,8 ans pour les femmes et de 78,2 ans pour les hommes [1].

Les projections de l'INSEE prévoient une espérance de vie comprise entre 86,5 ans (hypothèse basse) et 91,5 ans (hypothèse haute) pour les femmes ; et entre 81,3 et 86,3 ans pour les hommes en 2050 (figure 1) [2].

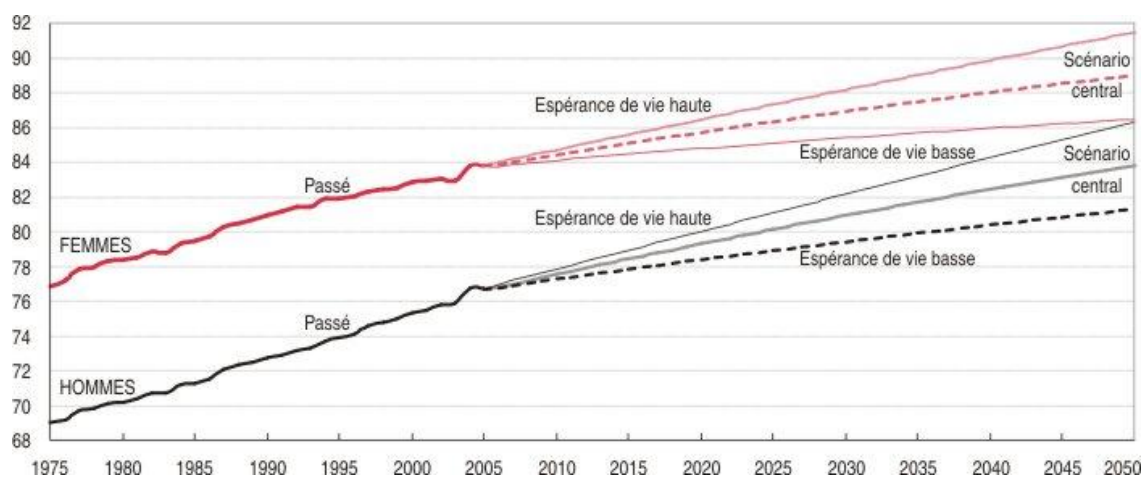


Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie en France Métropolitaine d'après l'INSEE [2]

L'arrivée des générations du *baby-boom* de l'après guerre contribue fortement à cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population française. L'INSEE prévoit qu'une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2050 [2], contre un sur cinq en 2005 (Tableau 1).

Tableau 1 : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 selon l'INSEE [2]

Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050  
(scénario central de projection)

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4*	+ 100

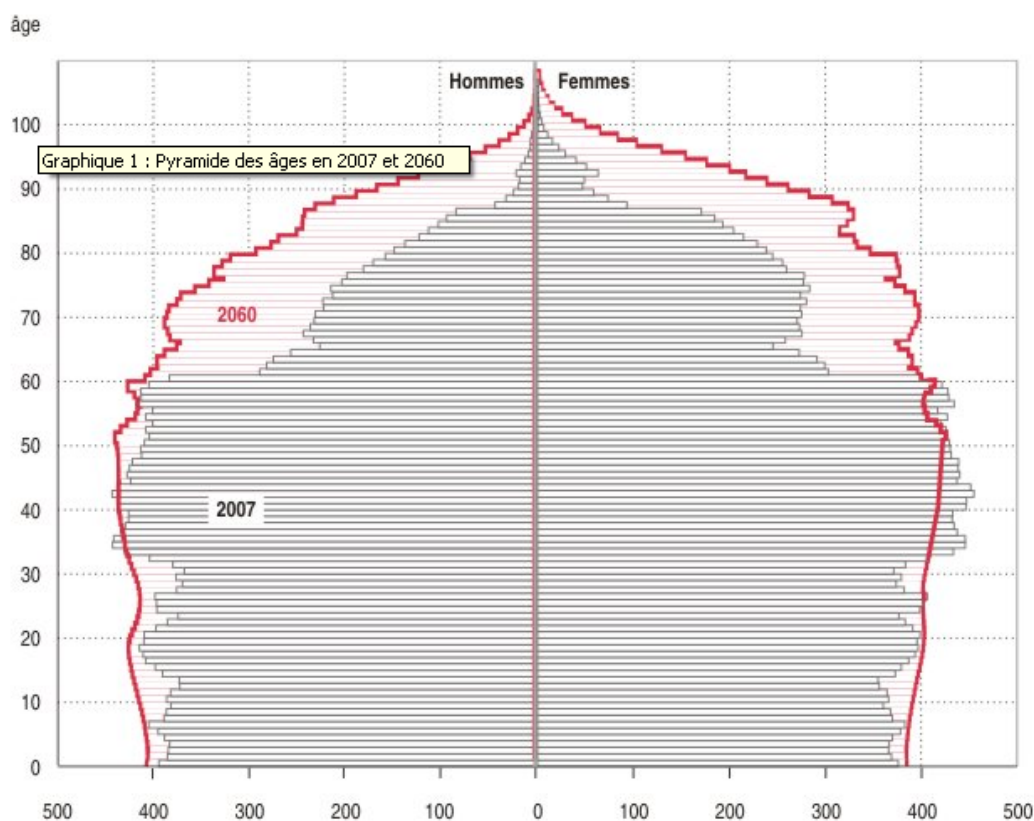
\* Chiffre pour l'année 2049. Les projections s'arrêtent au 1<sup>er</sup> janvier 2050. Le solde naturel de l'année 2050, différence entre les naissances de 2050 et les décès de cette année, n'est donc pas projeté.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.



Trois facteurs démographiques se conjuguent donc : accroissement de la population, vieillissement et arrivée de la première génération des baby boomers aux âges avancés (génération de 1946, qui représente 200000 personnes de plus que les générations plus anciennes) [3] :



*Figure 2 : Pyramide des âges en 2007 en France métropolitaine et projection pour 2060 selon l'INSEE [3]*

La pyramide confirme les projections pour les années à venir : le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait augmenter de plus de 10 millions entre 2007 et 2060. Ce sont en particulier les plus âgés qui verront leur nombre croître le plus fortement : les plus de 75 ans (5,2 millions en 2007) seraient plus de 11,9 millions en 2060 et les plus de 85 ans passeraient de 1,3 millions à 5,4 millions. Les centenaires, au nombre de 200 en 1950 sont à présent plus de 16000 de nos jours et seront plus de 160 000 en 2050.

Ainsi le vieillissement constitue une problématique importante à l'heure actuelle et pour l'avenir.

## **I.2. La dépendance**

### **a) Définition**

Si l'accroissement de l'espérance de vie est une chance pour la population française, pour beaucoup de personnes âgées cela est source de difficultés liées à leurs pathologies chroniques généralement multiples entraînant des contraintes de dépendance. La dépendance chez les personnes âgées concerne principalement les femmes car elles vivent plus longtemps et sont plus sujettes aux désordres mentaux ainsi qu'à des problèmes ostéo-articulaires qui provoquent cette dépendance.

La dépendance est définie par la « situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif ne peut remplir des fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. » [4].

La solidarité nationale apporte son aide aux personnes âgées dépendantes : le degré de dépendance est précisé dans une loi [5] dans le cadre des personnes pouvant bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : *« Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. »*

Le besoin régulier de surveillance est un point essentiel et un des rôles principaux des personnels et des familles s'occupant d'une personne dépendante.

La dépendance a en effet un retentissement sur la personne âgée, mais aussi son entourage ainsi que les acteurs médico-sociaux. Le quotidien de la personne dépendante se retrouve fortement modifié notamment pour sa vie affective et familiale où les rapports sont différents : surinvestissement ou sous investissement des familles, modification du caractère

de la personne dépendante pour laquelle ce changement est source soit de déni ou de honte soit au contraire un avantage qui peut la pousser à un certain infantilisme vis-à-vis de son entourage (les enfants deviennent parents dans une problématique oedipienne).

La classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de Philip Wood en 1980 expose les conséquences des maladies sur l'homme et notamment les stratégies à adopter pour les aides de soins pour les dépendances. Selon Wood, les maladies influent sur trois critères bien précis [6] :

- Déficience : dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique, ou anatomique. C'est l'altération d'un organe.
- Incapacité : dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à une réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales par un être humain. C'est l'altération d'une activité.
- Handicap ou désavantage social : dans le domaine de la santé, le désavantage social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels). C'est l'altération d'un besoin fondamental.

Pour chacun de ces niveaux qui interagissent entre eux, une solution existe : la médecine pour la déficience, l'aide à la personne (aide humaine et/ou matérielle) pour les incapacités. Le handicap est la conséquence de la déficience ou de l'incapacité. La notion de handicap varie selon des facteurs environnementaux et socio-économiques. Déficience, incapacité et handicap sont trois facteurs de dépendance.

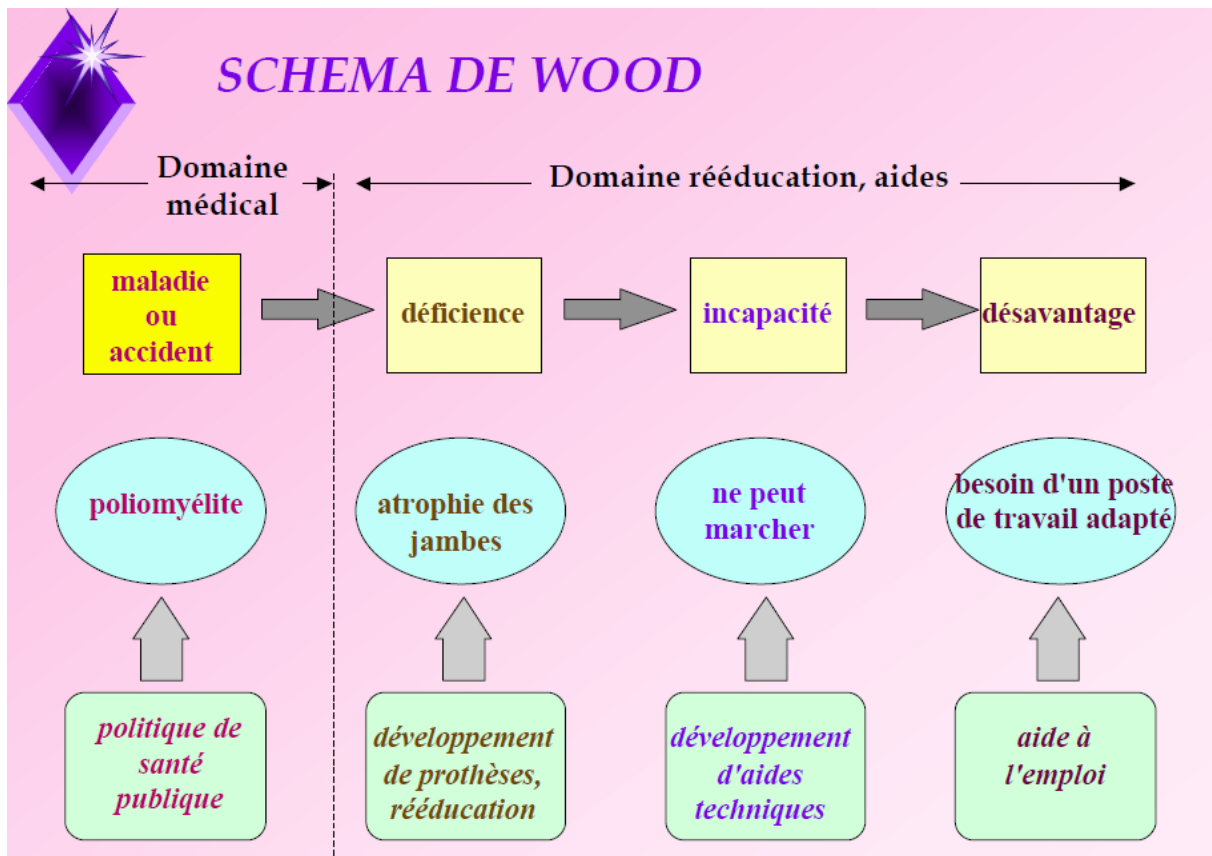


Figure 3 : Schéma de Wood et application avec un cas concret de maladie [7]

## **b) Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

La prise en charge financière de la dépendance des personnes âgées est déterminée en France à l'aide de la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR). Cet outil utilise 17 variables (10 discriminantes et 7 illustratives), qui serviront à déterminer le degré de dépendance physique et /ou psychique de la personne en la classant en groupe iso-ressource allant de 1 (la plus forte dépendance) à 6.

Les dix variables discriminantes ont trois propositions de réponse classées de A (fait seul, totalement, habituellement et correctement l'acte demandé) à C (ne fait pas).

Les sept variables illustratives ne rentrent pas à proprement parler dans le calcul de la grille mais servent à définir la socialisation de la personne.

## Le calcul aboutit au classement en GIR suivant :

<p><b>Variables discriminantes :</b> Cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance.</p> <p><b>Variables illustratives :</b> Gestion, cuisine, ménage, transport, achat, suivi du traitement, activités de temps libre.</p> <p><b>GIR 1 :</b> Les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice et sociale qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.</p> <p><b>GIR 2 :</b> Les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.</p> <p><b>GIR 3 :</b> Les personnes ayant conservé des fonctions mentales satisfaisantes et des fonctions locomotrices partielles, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.</p> <p><b>GIR 4 :</b> Les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement et qui doivent être aidées pour la toilette et l'habillage, ou celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles, y compris les repas.</p> <p><b>GIR 5 et GIR 6 :</b> Les personnes peu ou pas dépendantes.</p>
---

Figure 4 : classement des groupes iso-ressources d'après le code de l'action sociale et des familles [8]

Une équipe médico-sociale est chargée d'évaluer tous les ans le GIR de la personne d'après sa perte d'autonomie sous la responsabilité du médecin coordinateur.

Le degré de GIR obtenu servira à calculer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aide financière mise en place en 2002, et qui permettra de subvenir aux besoins liés à la dépendance de la personne. Cette aide peut être affectée à la personne dépendante afin de l'aider à rester à son domicile mais également pour aider financièrement la personne en institution. Pour la personne à domicile, un plan d'aide détermine son montant diminué éventuellement d'une participation (ticket modérateur). Pour la personne en institution, l'aide sert à financer la somme demandée par la structure d'accueil. Le tarif de la structure est différent selon le GIR du résident. L'APA versée au résident est donc obtenu en faisant la soustraction du tarif de la structure (GIR-dépendant) moins la participation demandée au résident (calculée également selon son GIR ainsi que ses revenus).

Les principales conditions pour bénéficier de cette aide sont d'avoir plus de 60 ans et d'avoir besoin d'une assistance ou d'une surveillance au quotidien. Les GIR 1 à 4 peuvent prétendre à cette aide, qui n'est pas sujette à des conditions de ressources. L'APA présente un plafonnement arrêté au niveau national selon les GIR et la somme restant à payer par les familles, pour des sujets fortement dépendants reste souvent importante. On observe ces dernières années l'essor des contrats assurances dépendance, qui pourront atténuer à terme « le reste à charge ».

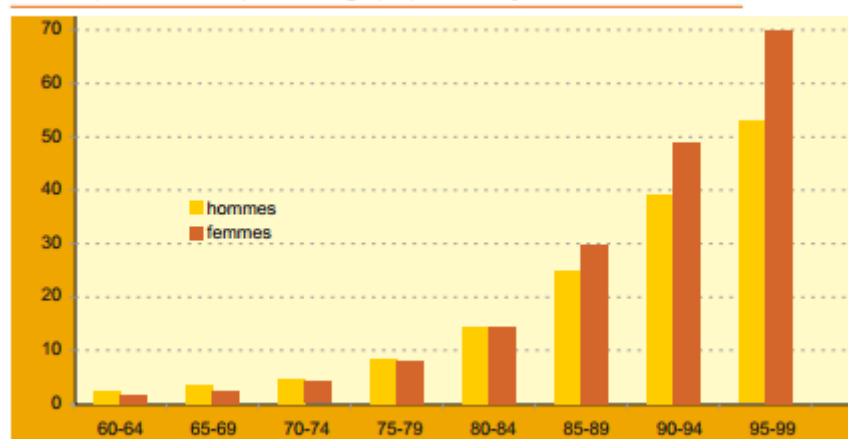
### c) Les chiffres de la dépendance au niveau national et régional

L'enquête handicap-santé 2008/2009 a permis de nous renseigner sur les personnes âgées dépendantes : les deux tiers résident encore à leur domicile. Cependant, dès que la dépendance devient sévère (GIR 1 et 2 qui représentent 35% des personnes dépendantes), alors plus de la moitié des personnes sont mises en institution médicalisée [9].

La dépendance est corrélée directement avec l'âge. En effet, plus l'âge avance plus le risque d'apparition de phénomène de dépendance est accru en particulier dans la région des Pays de la Loire (figure 5)

#### Le risque de dépendance s'accroît avec l'âge

Taux de dépendance estimés par sexe et âge quinquennal en Pays de la Loire en 2010 (en %)



Lecture : 2 % des hommes de 60 à 64 ans sont considérés comme dépendants en 2010.

Sources : Insee, enquête handicap-santé 2008-2009, scénario intermédiaire - RP2007 - Omphale 2010 scénario central.

Figure 5 : Taux de dépendance par sexe et par âge en Pays de la Loire en 2010 selon l'INSEE [9]

Il est cependant difficile de quantifier l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans l'avenir car la prévalence de la dépendance ne sera pas rigoureusement proportionnelle au vieillissement de la population prévu par l'INSEE.

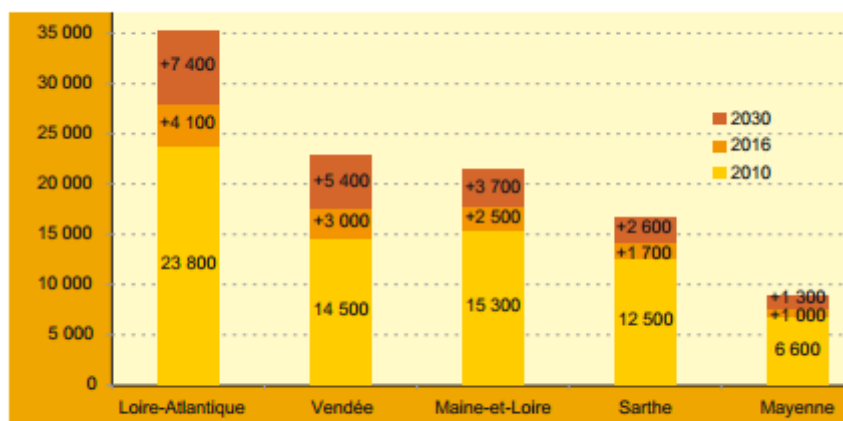
Cette prévalence est sujette à deux critères : l'espérance de vie en bonne santé et la fréquence à laquelle apparaîtront dans l'avenir les principales maladies responsables de dépendance. Parmi ces pathologies, quatre principales retiennent l'attention : les démences, l'arthrose, les AVC et les pathologies coronariennes.

Il est probable que l'apparition des trois dernières pathologies citées précédemment tendront à diminuer dans les prochaines années avec l'essor des mesures de prévention, de dépistage et des traitements, contrairement aux démences dont les mécanismes ne permettent pas une quantification fiable.

Au niveau régional [9], cet accroissement de la dépendance s'observe également : en 2010 73000 personnes seraient touchées par la dépendance dans la région des Pays de la Loire. Les estimations à court terme (2016) sont de 85000 personnes et 106000 en 2030.

Cette région dans laquelle s'inscrit ce travail est d'ailleurs celle offrant le plus de lits pour les personnes âgées dépendantes (166 places d'hébergement pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus contre 128 en France métropolitaine en 2011). Au sein même de la région, on observe des disparités selon les départements (Figure 6).

Projection du nombre de personnes âgées dépendantes par département entre 2010 et 2030 dans les Pays de la Loire



Lecture : en Loire-Atlantique en 2010, le nombre de personnes âgées dépendantes est estimé à 23 800 ; ce département en compterait 11 500 de plus en 2030.  
Sources : Insee, enquête handicap-santé 2008-2009, scénario intermédiaire - Recensement de la population (RP) 2007 - Omphale 2010 scénario central.

*Figure 6 : Nombre de personnes âgées dépendantes selon le département en 2010 et projection pour 2030 en Pays de la Loire selon l'INSEE [9].*

Les départements côtiers (Loire-atlantique, Vendée) attirent plus les personnes âgées à la retraite. Ces personnes quand elles arriveront à des âges élevés vont augmenter de manière très significative la part de personnes âgées dépendantes dans ces départements qui devront y faire face au travers d'établissements adaptés.

Ce constat d'augmentation de la dépendance pose des questions économiques : l'effort public consacré à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées a été chiffré à près de 24 milliards d'euro en 2010 soit près de 1.3 % du produit intérieur brut du pays [10].

Les projections économiques font état d'une augmentation modérée des dépenses publiques liées à la dépendance jusqu'en 2025 mais que l'on connaîtra par la suite et ce jusqu'au moins 2040 une accélération des dépenses. Cela est dû à l'arrivée de la génération « *baby boom* » de l'après guerre aux grands âges de la dépendance.

### **I.3. Les établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

#### **a) Définition**

Créés en 1999 pour répondre à ces évolutions démographiques futures ainsi que pour résoudre les problèmes croissants de dépendance des personnes âgées, les EHPAD disposent dans leur structure de professionnels en charge des soins du patient mais aussi dans l'aide du maintien de l'autonomie. Ce sont donc des résidences médicalisées avec une spécialisation dans la dépendance.

Les EHPAD appartiennent à la catégorie des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

L'enquête EHPA [11] a recensé au 31 décembre 2007, 10305 EHPA. L'ensemble de ces structures proposant 684000 places dans trois types d'établissements :

- Les foyers logements : 2786 structures sont présentes en France appartenant au secteur public ou privé.

Ce logement est défini par l'article L633-1 du code de la construction et de l'habitation [12] comme « un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective. » Ces locaux sont principalement la restauration, la blanchisserie, les sanitaires, l'animation... Les activités proposées aux résidents sont facultatives. Le résident « type » est une personne âgée encore valide ne voulant plus vivre



isolée. C'est une solution intermédiaire entre le domicile et l'institution pour le résident qui garde son indépendance dans son logement tout équipé (type studio).

- Les unités de soins de longue durée (USLD) : au nombre de 903 elles s'occupent des personnes âgées nécessitant une aide et des soins importants. On retrouve les personnes les plus dépendantes dans ces structures, qui sont les plus médicalisées (on y retrouve la plus grande proportion de personnels soignants). Elles sont souvent rattachées à un établissement hospitalier (public).

- Les maisons de retraite : 6504 établissements (secteur public, associatif, privé) qui assurent une prise en charge globalisée du résident : hébergement, repas, prise en charge médicale et surveillance par du personnel qualifié et autres prestations spécifiques (linge, animations...).

Une autre catégorie d'établissement existe, plus rare (112 en France) : ce sont des établissements d'hébergement temporaires qui accueillent des personnes âgées qui nécessitent une aide suite à un état passager de dépendance (convalescence, absence des aidants...). C'est également une solution pour réaliser un essai en vue d'une entrée en institution ultérieure.

Les EHPA qui accueillent des patients dépendants deviennent EHPAD progressivement depuis 10 ans. Au 31 décembre 2007, 6850 EHPA sont des EHPAD (67% des EHPA) et hébergent 515000 résidents (75%). En moyenne un EHPAD dispose de 75 lits.

Ce sont les maisons de retraite principalement ainsi que les USLD qui sont devenues EHPAD (respectivement 88% et 74% d'entre elles).

Les EHPAD peuvent dépendre d'un centre hospitalier ou bien disposer d'une pleine autonomie.

Ils peuvent appartenir au secteur public (sous l'autorité de l'état, de la commune ou du département) ou au secteur privé (ce sont des sociétés commerciales ou des associations).

## **b) EHPAD et dépendance**

A l'aide de l'APA versée aux résidents, des statistiques permettent de visualiser l'état de dépendance des patients des EHPAD : la moitié des résidents souffre d'une sévère dépendance (18 % de GIR 1 et 31% de GIR 2), plus du tiers est moyennement dépendant (GIR 3 et 4). Les autres résidents présentent des caractéristiques de dépendance plus faibles (GIR 5 et 6) [13].

Les EHPAD de grande capacité hébergent en moyenne des personnes plus dépendantes que les petites structures.

Les trois quarts des résidents en EHPAD sont des femmes [13].

Le projet régional de Santé de l'ARS des Pays de la Loire a d'ailleurs entre autre comme objectif de faciliter le maintien des personnes âgées dans leur milieu habituel et de réserver les places en EHPAD pour les personnes les plus dépendantes qui nécessiteront des soins plus importants. L'accueil de jour est une solution intermédiaire pour des personnes résidant à leur domicile mais dont des pathologies (le plus souvent des démences) peuvent être prises en charges ponctuellement (une ou plusieurs journées par semaine) afin de les aider à stimuler leurs capacités pour les maintenir le plus longtemps possible à leur domicile.

## **c) Réglementation et tarification**

La réforme du 26 Avril 1999 [14] a non seulement modifié la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux mais aussi et surtout institué un changement dans la perception de ce qu'est la dépendance de la personne âgée.

Avant cette réforme, la prise en charge était binaire : le résident payait l'hébergement et l'assurance maladie prenait en charge les soins.

Deux problématiques majeures s'observaient alors :

- le degré de dépendance propre à chaque résidant était une notion non prise en compte.
- Chaque structure selon sa catégorie (foyer logement, USLD...) recevait des dotations selon le type de structure. Or on trouve des personnes très dépendantes dans toutes ces structures.

La réforme de 1999 a remédié à ces inégalités en introduisant un troisième volet de tarification consacré à la dépendance du résident, rendant ainsi la tarification tripartite :

- Prestations liées à l'hébergement : frais « hôteliers », restauration, administratifs, liés à la vie sociale du résident (tout ce qui est hors dépendance). Ce tarif est déterminé annuellement par le Préfet.
- Prestations reliées à la dépendance : tout ce qui n'est pas du soin à proprement parler mais qui concerne les actes de la vie quotidienne (aide à la toilette, à l'habillage, à prendre ses repas...) ainsi que la surveillance de la personne dépendante. Ce tarif est fixé par le président du conseil général sur proposition de l'établissement après validation des médecins du conseil général de l'assurance maladie. Il est ensuite modulé selon le GIR propre à chaque résident (annexe II du décret du 26 avril 1999). Ce tarif vise à englober les surcharges de coût liés à la dépendance, ainsi il englobe l'emploi des personnels liés à la prise en charge de la dépendance (30% des charges de personnel aide-soignant et aide médico-psychologique (AMP)), fournitures « hôtelières » (par exemple les change, l'entretien...), les matériels et mobiliers spécifiques à la dépendance (annexe I du décret du 26 Avril 1999).
- Prestations de soins : actes médicaux et paramédicaux pour le résident. Deux types de tarifs sont pratiqués selon les établissements : un tarif de soins partiels ou un tarif de soins global. Lorsqu'il signe la convention tripartite, l'établissement opte pour un tarif de soin et s'engage pendant les 5 ans de la convention à ne pas changer de tarification. La dotation soin est fixée annuellement par l'ARS selon les caractéristiques de l'EHPAD (historique des dotations), selon le GIR moyen pondéré (GMP) (niveau moyen de dépendance dans l'établissement), l'option tarifaire choisie, la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) [15].  
Le tarif journalier partiel comprend les rémunérations du médecin coordinateur, des infirmiers et auxiliaires médicaux salariés, des infirmiers libéraux et 70% des rémunérations des aide-soignants et AMP.

Le tarif journalier global, outre l'ensemble des rémunérations des personnes citées dans le tarif partiel, englobe également les médecins généralistes libéraux et salariés,

les rémunérations des auxiliaires médicaux libéraux et aussi les examens de biologie et de radiologie.

Cette répartition tripartite pose des questions : pourquoi affecter la prise en charge de la dépendance à l'hébergement (donc soumis aux aides du Conseil Général pour une part et au résident pour une autre) et non à l'Assurance maladie ? En effet la dépendance est toujours liée à une maladie !

Les dispositifs médicaux sont inclus dans le tarif soin depuis août 2008 et ce quelque soit l'option choisie (partiel ou global). La liste des dispositifs est fixée par le ministère.

La prise en charge des médicaments quant à elle est en plein questionnement. D'abord incluse dans le tarif global (décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 [16]), l'article 96 de la loi du 4 mars 2002 [17] l'a ensuite exclue, et à nouveau ces dernières années la question de sa réintégration refait surface. A l'heure actuelle les EHPAD ne disposant pas de PUI ne peuvent pas prendre en compte les médicaments dans leur tarif sauf les USLD et les Etablissements Médico-sociaux (EMS) ayant signé une convention avant le 5 Mars 2002.

Une expérimentation sur 360 EHPAD sans PUI a vu le jour à partir de décembre 2009 suite à un rapport de mission établi par P-J. Lancry [18], visant à estimer les avantages et inconvénients de la réintégration des coûts des médicaments dans le forfait soin. Elle a été souhaitée afin que les établissements s'impliquent davantage dans les stratégies d'optimisation des coûts des médicaments et d'achat.

En effet la prise en charge pour chaque résident des coûts médicamenteux par l'assurance maladie et les mutuelles ne permet pas aux EHPAD d'avoir accès à l'aspect financier de la prise en charge. L'expérimentation devait prendre fin Janvier 2011 mais a été prolongée de 2 ans (tableau 2).

*Tableau 2 : Répartition des types de tarification des soins au 31/12/2010 [15] :*

Nombre de places	Tarif global			Tarif partiel			Ensemble	
	Avec PUI	Sans PUI	Sous-total par mode	Avec PUI	Sans PUI	Sous-total par mode		
Mode "DOMINIC" <sup>26</sup>	41 065	4 028	45 093 21 %	16 951	145 855	162 806 46 %	207 899	36 %
Mode "PATHOS"	106 353	67 673	174 026 79 %	13 267	179 812	193 079 54 %	367 105	64 %
<b>Total par tarif</b>	147 418	71 701		30 218	325 667		575 004	100 %
	219 119		100 %	355 885		100 %		
	38 %			62 %			100 %	
Distribution de chaque tarif selon le critère "avec ou sans PUI"	67 %	33 %		8 %	92 %			

Source : IGAS sur la base des données de la CNSA

A l'heure actuelle les préférences vont pour un tarif partiel. De plus, la majeure partie des EHPAD ayant opté pour le tarif global, possède une PUI. Cela est dû à des raisons pratiques [15] : la dotation globale de soins permet d'absorber d'éventuels surcoûts du poste pharmaceutique (nouveau traitements chers dans l'année...), mais aussi d'amortir les frais fixes de la PUI. Des raisons structurelles sont également en cause : les établissements ayant un tarif global gèrent souvent de nombreux lits (gros établissements) ce qui s'accompagne généralement d'un fonctionnement avec PUI (tableau 3).

*Tableau 3 : Pourcentage d'EHPAD disposant d'une PUI ou non selon le nombre de lits [18]*

PUI	Taille *	< 25	25 à 49	50 à 69	70 à 89	90 à 149	150 et plus	Total
Avec PUI		20%	21%	18%	20%	35%	78%	25%
Sans PUI		75%	77%	80%	79%	63%	21%	73%
non-réponses		5%	2%	2%	1%	2%	1%	2%
Total		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Cette nouvelle tarification tenant compte de la dépendance concerne tous les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que les établissements sanitaires (Unités de Soins de Longue Durée USLD) qui ont pour but tous de devenir progressivement des EHPAD. Les frais d'hébergement ainsi que de dépendance sont à la charge du résident (sauf pour une partie de la dépendance si il bénéficie de l'APA).

Les frais de soins sont quant à eux acquittés par l'Assurance maladie.

Afin d'accéder à ce statut particulier, les établissements qui désirent devenir EHPAD signent une convention tripartite pour 5 ans avec l'Assurance maladie et le conseil général. Cette convention est définie par la loi au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale des familles [19].

En contrepartie de cette tarification, la signature de la convention tripartite engage les établissements à respecter un cahier des charges et à rendre compte de la qualité de la prise en charge des patients au sein de leurs établissements (hygiène, soins, confort, sécurité...) par des auto-évaluations mais aussi lors d'évaluations externes.

#### **d) Qualité de la prise en charge des patients en EHPAD : projet d'établissement et référentiel Angélique**

Afin d'apprécier la qualité de la prise en charge des patients, les EHPAD inscrivent dans leurs objectifs de définir un projet d'établissement divisant en deux grands pans la prise en charge : un projet de vie et un projet de soins [20] :

- le projet de vie consiste à définir des objectifs visant à faciliter la vie de la personne dépendante en améliorant la qualité de l'hébergement (repas, chambres, ...) mais aussi la qualité des animations proposées aux résidents ainsi que tout ce qui peut être mis en œuvre pour maintenir la vie sociale (liens entre résidents, avec la famille...).

- le projet de soins vise quant à lui à assurer une prise en charge efficace des pathologies du patient ainsi que de ses dépendances. L'arrêté du 26/04/1999 [14] a institué pour cela le tarif dépendance dont le but est de donner les moyens de cette prise en charge spécifique ainsi que la présence obligatoire d'un médecin coordinateur dans les EHPAD afin que ce dernier coordonne les différents intervenants médicaux et paramédicaux grâce à ses compétences gériatriques.

Le référentiel Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les usagers des Etablissements (Angélique) [21] a été élaboré afin de déterminer ces critères de qualité en EHPAD et définir des objectifs d'amélioration au moyen d'une évaluation interne à l'établissement et d'une évaluation externe.

Quatre parties composent ce référentiel :

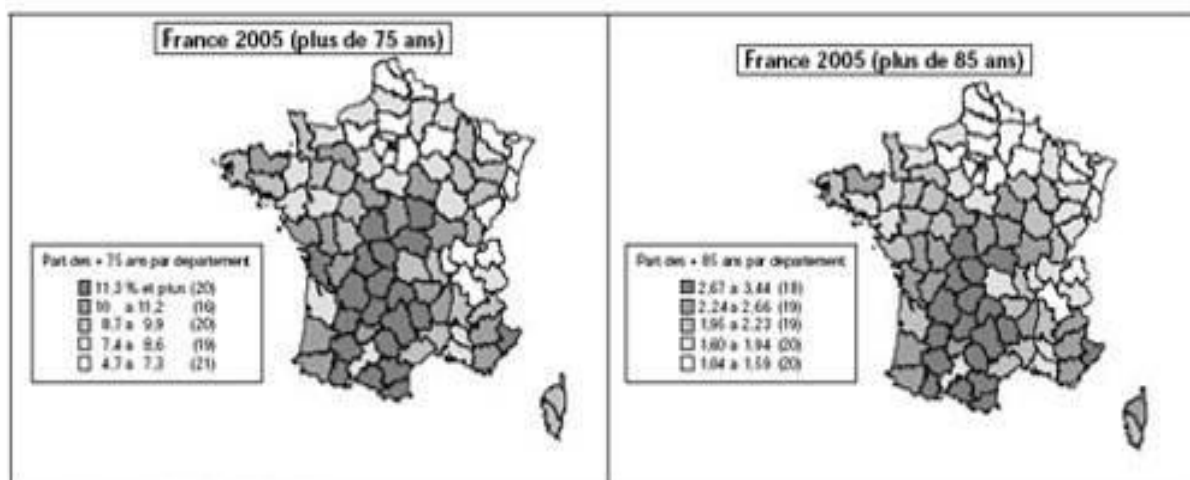
- les attentes et satisfaction des résidents et familles ;
- les besoins d'accompagnement et de soins des résidents ;
- l'établissement et son environnement ;
- la démarche qualité.

### e) Disparités géographiques des EHPAD

D'après l'INSEE et la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) les plus de 75 ans étaient sur représentés dans le quart Sud Ouest du Pays en 2005.

*A contrario*, des régions sont sous représentées, à savoir le Nord et le Nord Est principalement.

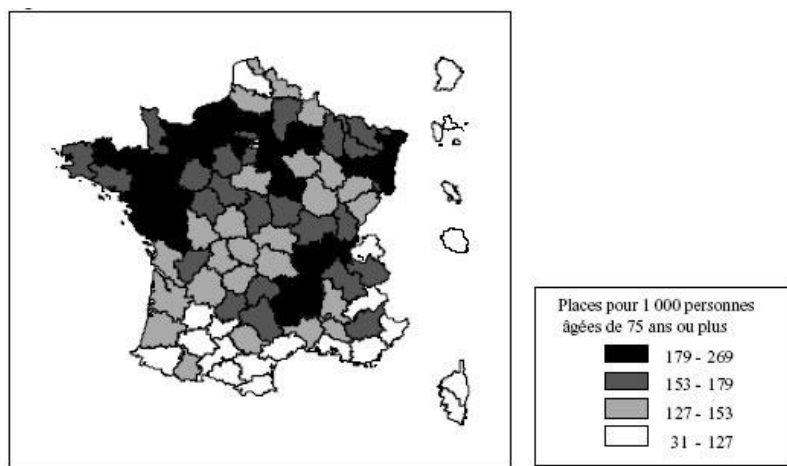
Le même travail a été réalisé pour projeter en 2025 cette répartition : le constat est le même (figure 7).



*Figure 7 : Répartition géographique de la population âgée en 2005 (plus de 75 ans à gauche et plus de 85 ans à droite) selon l'INSEE [22]*

Les régions présentant le plus faible nombre de places pour 1000 habitants sont le sud ouest, ainsi que les côtes méditerranéennes, et le Nord. (Figure 8)

A l'inverse, le grand Ouest ainsi que le Rhône Alpes et l'Alsace sont bien dotés.



*Figure 8 : répartition géographique des offres d'hébergement en EHPA [22]*

Cette disparité observée laisse présager une augmentation rapide de la création d'EHPA dans ces régions déficitaires afin de pourvoir aux besoins démographiques et géographiques.

#### **I.4. Pathologies de la personne âgée en EHPAD**

Les EHPAD hébergent des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendants. En effet, la moitié des résidents est âgée de 80 à 89 ans, et 28 % de plus de 90 ans [13].

L'âge avançant, ces résidents sont donc de plus en plus polypathologiques. Ainsi 75% des personnes de plus de 65 ans sont porteuses d'une maladie chronique (Arthrose, maladie cardio-vasculaire par exemple).

On estime que les résidents des EHPAD sont en moyenne porteurs de sept maladies.

Plus les patients ont un GIR élevé, plus ils sont porteurs de maladies et plus ces dernières présentent une gravité importante [23] :

- chez les patients faiblement dépendants (GIR 5-6) on a noté en moyenne 6 maladies qui sont en majorité peu graves (HTA pour 58%, troubles d'anxiété pour 35%)
- chez les moyennement dépendants (GIR 3-4) ces pathologies sont un peu plus nombreuses et plus importantes (insuffisance cardiaque 31%, démence 25%, incontinence urinaire 26%)
- chez les plus dépendants (GIR 1 et 2) en moyenne huit maladies sont présentes et ont des critères de dépendance élevés (démence et incontinence urinaire à 56 et 55 %).



Cela nécessite donc la plupart du temps des traitements médicamenteux importants et une bonne connaissance de la physiopathologie de la personne âgée.

Les pathologies du patient EHPAD sont donc nombreuses. Il est impossible d'en dresser un catalogue exhaustif cependant des enquêtes sont menées tous les quatre ans (la prochaine portera sur l'année 2011 et paraîtra début 2013) par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Il s'agit d'une enquête menée auprès des EHPA afin de recueillir des informations sur divers critères : la structure (effectif, fonctionnement...), le personnel (niveau de dépendance...), le bâti (équipements...), et pour ce qui nous intéresse dans ce chapitre, les pathologies. Les résultats de l'enquête de 2007 nous donnent de nombreux renseignements sur les maladies présentes en EHPAD qui seront classées selon leurs fréquences au sein de la structure.

### a) **Les affections neuropsychiatriques**

- Les affections neurodégénératives :

Les affections neurodégénératives consistent en une destruction progressive et irréversible des cellules nerveuses (principalement les neurones) responsable d'altérations des fonctions nerveuses aboutissant à l'apparition de démences chez le patient. Cela aboutit à une détérioration globale des fonctions cognitives, d'installation progressive et ayant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne [24]. On distingue plusieurs stades de démence selon leur évolution (léger, modéré, modérément sévère, sévère).

Le diagnostic est posé très souvent après une visite du patient lui-même qui se rend compte de troubles mnésiques progressifs. En institution l'apparition des symptômes est souvent mise en évidence par les familles au cours de visites.

Une évaluation cognitive est alors réalisée : le mini mental state examination (MMSE) (Annexe 1). C'est l'outil recommandé en France qui évalue les capacités cognitives sur une échelle de 30 points qui à l'aide d'un questionnaire élaboré par le GRECO (groupe de recherche et d'évaluations des fonctions cognitives), détermine des critères cognitifs tels que l'orientation dans le temps et l'espace, l'apprentissage, l'attention, le calcul, le langage. En dessous de 24, le score obtenu définit une capacité cognitive altérée selon l'ANAES [25].

Quarante deux pour cent des patients en EHPAD sont atteints de démences qui sont plus fréquentes l'âge avançant.

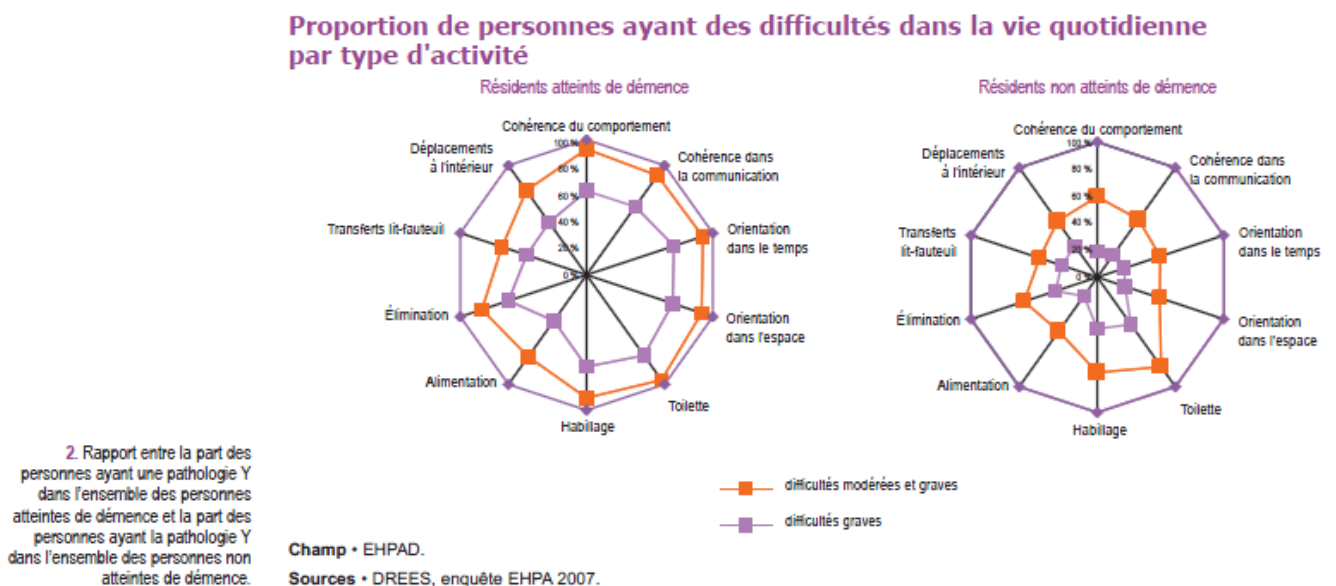
Les affections neurodégénératives les plus courantes sont les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson et la sclérose en plaque. La maladie d'Alzheimer est la principale cause d'entrée en EHPAD car cette pathologie est celle provoquant la plus grande dépendance. On estime que le GIR de 70% de ces patients est compris entre 1 et 2.

Le plan Alzheimer (2008-2012) a été institué pour venir en aide à cette population dépendante.

Ces situations de démences, très fréquemment rencontrées en EHPAD rendent difficile la vie quotidienne des résidents. En effet on constate qu'un résident sur cinq seulement dispose d'une autonomie dans ses déplacements au sein de l'EHPAD (Figure 9). La quasi-totalité des résidents atteints de démence ont de grandes difficultés pour s'orienter dans le temps et dans l'espace, communiquer, s'habiller ou faire leur toilette. Ces actions concernent plus de 90% des résidents.

De même environ 75% des résidentes atteints de démence sont concernés par d'importants troubles liés à l'élimination ou l'alimentation.

Les résidents non atteints de démence quant à eux éprouvent moins de difficultés : si une aide pour les actes de toilette et d'habillage est toujours aussi nécessaire (70-80%), toutes les autres actions de la vie quotidienne nécessitent moins fréquemment d'aide (environ un patient sur deux).



*Figure 9 : proportion de personnes ayant des difficultés dans la vie quotidienne par type d'activité et selon la présence de démence [26]*

- Les autres affections neuropsychiatriques :

87% des patients EHPAD présentent une affection neuropsychiatrique allant de troubles moindres (malaises, vertiges) à des troubles plus sévères (psychose, démence). Outre les démences évoquées précédemment, d'autres affections sont dénombrées :

- malaises, vertiges, syndromes parkinsoniens, syndromes confusionnels, épilepsies se retrouvant chez une petite proportion de résidents (moins de 10% pour chaque pathologie)
- troubles du comportement, état anxieux ou dépressifs sont présents pour un patient sur trois environ pour chaque pathologie. Ils sont associés régulièrement à des troubles du sommeil et de l'appétit. On peut repérer l'état dépressif à l'aide d'échelles : l'échelle de la dépression gériatrique (GDS) (Annexe 2) est celle de référence : la mini GDS est constituée de quatre questions auxquelles répond le patient lui-même. Si le score est égal ou supérieur à 1 il y a une forte probabilité de dépression.

Si le sujet présente une démence, l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) sera privilégié : une version destinée à l'équipe soignante a été créée pour les patients d'EHPAD

- 16% des patients présentent des psychoses, délires, hallucinations
- 15% ont souffert d'un AVC.

La majorité de patients en EHPAD présente donc un trouble plus ou moins sévère qui altère ses facultés cognitives. Ces patients nécessitent donc très souvent une surveillance étroite pour leur quotidien ainsi que pour l'administration de leur traitement. Les démences en particulier rendent les actes de la vie quotidienne des résidents difficiles pour une quasi-totalité des personnes touchées.

Le retentissement de ces affections neuropsychiatriques sur la dépendance et les difficultés de prise en charge, est bien différent selon les pathologies, selon la bonne appréhension par le « malade résident » et selon que la pathologie les fait se mettre en danger (eux ou les autres résidents et le personnel). Par exemple une personne très démente qui vit prostrée dans sa chambre, sera plus facile à gérer au quotidien même si elle est très affectée, qu'un dément moins dépendant mais dangereux pour lui et son entourage car mobile et parfois colérique et/ou violent.

## **b) Les affections cardio-vasculaires**

Ces affections concernent trois résidents en EHPAD sur quatre.

Les quatre pathologies majeures rencontrées sont :

- une hypertension artérielle pour un patient sur deux. Pour la quasi-totalité cette hypertension est de très faible gravité (chronique et traitée) ;
- une insuffisance cardiaque ou un trouble du rythme pour un patient sur quatre ;
- une coronaropathie pour 1 sur 5.

## **c) Les affections ostéo-articulaires**

Ces affections représentent un patient sur deux en EHPAD.

On retrouve principalement des pathologies de la hanche ou des disques intervertébraux mais aussi des polyarthrites.

## **d) Les affections uro-néphrologiques**

Ces affections touchent près d'un patient sur deux, l'incontinence urinaire étant la plus fréquemment rencontrée (perte involontaire d'urine dans un lieu et/ou à un moment inapproprié).

Les incontinenances transitoires peuvent être dues à [24] :

- \* une iatrogénie médicamenteuse (diurétiques, anticholinergiques, myorelaxants...)
- \* une infection urinaire basse
- \* un fécalome.

Plusieurs causes peuvent être responsables d'incontinenances chroniques :

- \* une instabilité vésicale
- \* une incompétence sphinctérienne
- \* une rétention chronique d'urine
- \* une incontinence fonctionnelle

D'autres étiologies peuvent être en cause (incontinence de situation lié à la dépendance du patient, démences, ablation d'une sonde à demeure, trouble métabolique...).

L'incontinence urinaire nécessite une implication du personnel de l'EHPAD afin d'établir des calendriers mictionnels (horaires pour emmener les patients à la selle afin d'éviter des phénomènes d'incontinences), et d'aider les patients à la miction si la dépendance le nécessite ou de les aider à s'y diriger si pertes d'orientation.

Outre les incontinences, d'autres affections uro-néphrologiques doivent nécessiter de la part du personnel soignant une grande attention, comme les insuffisances rénales organiques ou fonctionnelles. Un dosage régulier de la créatinine doit être effectué pour ces personnes atteintes ou à risque afin d'adapter le traitement médicamenteux aux résultats biologiques. Ce dosage de la créatinine est un outil indispensable qui doit figurer sur les ordonnances ou au moins dans le dossier pharmaceutique pour être connu du pharmacien.

#### e) **Les affections gastroentérologiques**

Près d'un patient sur deux est touché par des pathologies telles que des ulcères gastro-duodénaux, des affections hépatiques, biliaires, pancréatiques, et surtout la dénutrition.

#### f) **Les autres affections moins courantes**

- affections endocriniennes :

28% ont ces affections qui sont majoritairement un diabète ou des problèmes thyroïdiens.

- affections broncho-pulmonaires :

Ces affections sont généralement des broncho-pneumopathies (BPCO...).

- affections hématologiques, cancers :

Les cancers sont relativement peu fréquents dans ces établissements (9%).

8% des patients sont en états d'anémie.

- pathologies infectieuses pour un patient sur 10 : ce sont des pathologies intercurrentes et non chroniques que l'on peut prévenir par vaccination (grippe, pneumocoque...).

- affections dermatologiques pour un patient sur 10. L'escarre par exemple est une pathologie grave, évitable. Immobilisation et dénutrition sont les deux facteurs principaux qui amènent à la prudence et une surveillance étroite (cutanée, hygiène, nutrition, éducation au patient) ainsi que des mesures de prévention du risque d'escarres (soulager la pression au moyen de matelas ou/et coussins, d'éducation sur les mauvaises postures, changements de positions réguliers...).

## **I.5. Médicaments du patient en EHPAD**

### **a) Définition réglementaire du médicament**

Selon l'article L5111-1 du Code de la Santé Publique [27] : « Le médicament est la substance ou composition nécessaire au patient pour prévenir ou guérir d'une maladie mais aussi pour restaurer, corriger ou modifier une fonction organique ou établir un diagnostic ».

Les médicaments, mal utilisés, constituent un caractère de dangerosité indéniable. La récente médiatisation d'effets indésirables liés aux médicaments ou de dérives sur leurs utilisations a fait prendre conscience de cette dangerosité. C'est pourquoi son circuit doit en être sécurisé, et en particulier en EHPAD.

## **b) Le médicament et le résident en EHPAD**

La proportion élevée de patients polypathologiques en EHPAD, ainsi que la fréquence de pathologies lourdes, impose un traitement médicamenteux important nécessitant une vigilance particulière vis-à-vis de ces patients fragiles.

De même la physiopathologie particulière de ces personnes âgées dépendantes requière des posologies ajustées. Or peu d'études bénéfiques/risque sont réalisées par l'industrie pharmaceutique sur ces personnes âgées polypathologiques avant l'AMM et après [28].

Le médecin et le pharmacien seront vigilants pour rapporter les événements indésirables.

### **b.1) La iatrogénie en EHPAD**

Toute apparition de nouveaux symptômes chez ces personnes âgées polymédicamentées doit évoquer en premier lieu une iatrogénie médicamenteuse surtout si le traitement a été instauré ou modifié récemment. La iatrogénie médicamenteuse correspond aux effets indésirables des médicaments seuls ou en association. Dans un rapport consacré à la iatrogénie, le Pr Queneau évoque les diverses causes de la iatrogénie [29] : les effets indésirables peuvent être survenus sans mauvais usage des thérapeutiques ou bien avec mauvais usage imputé au médecin ou aux autres soignants (infirmières ou pharmacien) ou bien à l'usager lui-même au travers d'une automédication ou d'une mauvaise observance.

Si la iatrogénie s'observe pour l'ensemble de la population, elle est prépondérante pour les résidents en EHPAD pour les raisons suivantes :

- l'âge : la iatrogénie serait à l'origine de 20% des hospitalisations des plus de 80 ans [30]. L'âge élevé est source de dégradation physiologique de nombreux organes, surtout le rein (altération progressive de la fonction rénale : adaptation des posologies des médicaments à élimination rénale selon le débit de filtration glomérulaire). La dénutrition est également un facteur à prendre en compte (l'hypoprotidémie et l'hémoconcentration modifient l'action des molécules liées aux protéines plasmatiques). De même l'âge entraîne une modification de la barrière hémato-

encéphalique (plus grande sensibilité des médicaments ayant une action sur le système nerveux central) et la perte ostéomusculaire au profit d'un gain adipeux fait varier le volume de distribution et donc l'action des médicaments. Ces altérations modifient la pharmacocinétique des médicaments.

- La polymédication, un des facteurs les plus importants bien entendu dans la survenue de phénomènes de iatrogénie. Les personnes âgées sont les plus importantes consommatrices de médicaments (d'après l'AFSSAPS en 2005 [31] les personnes âgées de plus de 65 ans, qui représentent 16% de la population, consomment plus de 40% des médicaments délivrés en France). En EHPAD la consommation est encore plus importante, un patient EHPAD consomme en moyenne 6,6 médicaments par jour (voies orale et injectable) [32]. Une personne âgée hors institution aurait une consommation inférieure (de 3 à 5 médicaments par jour selon les études). Pour ces raisons, le prescripteur se doit de cibler les bons médicaments pour éviter la surconsommation. Le nombre d'effets indésirables observés augmente avec le nombre de médicaments consommés par le patient et d'un point de vue économique augmente les dépenses de santé.

Trois facteurs favorisent la polymédication chez les personnes âgées :

- C'est une catégorie de la population très « demandeuse » de médicaments pour des raisons psychiques (peur de la mort, habitude d'un traitement médicamenteux et méfiance lors d'un changement), pour des raisons physiques de dépendances pour certains médicaments (benzodiazépines), sociales (importance des médicaments dans les discussions du quotidien, préoccupation majeure).
  - La multiplicité des prescripteurs
  - Des traitements symptomatiques sont prescrits et se rajoutent au détriment d'un traitement plus globalisé tenant compte des caractéristiques particulières de la personne âgée.
- Les affections neuro-psychiatriques très fréquentes et surtout les démences font des résidents des patients à risque concernant une observance efficace du traitement médicamenteux.



Outre un enjeu de santé publique (la loi 2004-806 du 9 août 2004 [33] en avait d'ailleurs fait un objectif à 5 ans de réduire les prescriptions inadaptées chez les personnes âgées et réduire la iatrogénie médicamenteuse), la prévention de la iatrogénie concerne donc également une problématique économique de réduction de frais d'hospitalisation évitables (on estime en effet que 30 à 60 % de ces effets indésirables peuvent être évités).

Des mesures ont été prises pour réduire cette iatrogénie, dont l'introduction en 2005 du médecin coordonnateur, compétent en gériatrie dont le rôle est de coordonner l'action des professionnels de santé et de réguler la consommation en médicament.

La qualité du circuit du médicament allant de la prescription à l'administration du médicament est un enjeu majeur dans les EHPAD dans lequel le pharmacien possède un rôle déterminant, preuve en est la volonté de créer l'équivalent du médecin coordonnateur pour les pharmaciens intervenant en EHPAD dépourvus de PUI : le pharmacien référent (art. 64 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 [34]).

## **b.2) L'importance de la forme galénique pour la personne âgée en EHPAD**

La personne âgée présente des déficiences physiques (handicap, tremblements, arthrose...) et psychiques (démences, pertes de mémoire...).

Ces déficiences sont encore plus présentes dans les établissements pour personnes dépendantes. Cela provoque des problèmes pour un acte primordial dans le traitement de la personne âgée : l'administration de ses médicaments.

En effet la parfaite garantie de l'observance est souvent rendue difficile à la fois par les risques d'oubli mais aussi par les formes galéniques elles-mêmes :

- les formes solides (comprimés, gélules) : trois problèmes majeurs rencontrés :
  - La taille : soit trop gros pour des personnes pour qui la déglutition est un acte difficile (17% des personnes atteintes de démence ont des problèmes de déglutition ou de

mastication or la proportion atteinte de ces affections est très courante en EHPAD), soit trop petits rendant leur préhension non aisée.

- L'écrasement : pratique visant à faciliter leur administration, il est toutefois à pratiquer avec précaution car souvent source de mésusage pour certains comprimés qu'il ne faut pas broyer (gastro-résistants, à principe actif photosensible...).
- La sécabilité : pour des personnes âgées pour qui les fonctions organiques sont altérées (rein, foie), la notion de dose est importante. La sécabilité entraîne des doses aléatoires sources de mésusage.
- Les formes liquides (sirops, gouttes...) : ces formes doivent être prises de manière fractionnée (cuillère-mesure, compte-gouttes, pipettes...). Pour la personne âgée cette forme doit être évitée car source d'erreurs (difficulté à compter les gouttes, à lire les graduations, mais aussi pour l'administration à cause des tremblements des mains fréquents à cet âge. Le goût également est un facteur souvent important à cet âge. Cette forme est également problématique pour le personnel pour des raisons de stockage (ne tient pas dans le pilulier), d'identification des flacons entamés. L'utilisation de cette forme aussi est très chronophage pour préparer les doses liquides à administrer aux résidents des EHPAD.
- Les formes à usage local tels que les collyres ou les suppositoires posent aussi des problèmes pour l'administration aux patients. Ces derniers pour les raisons physiques expliquées précédemment (tremblements...) imposent souvent une implication du personnel.

Ce problème de la galénique pour la personne âgée est un facteur important qui demande de la part du personnel médical (médecin et pharmacien) de réfléchir au meilleur compromis pour traiter la personne au moyen de formes galéniques adaptées au grand âge et à la dépendance physique et mentale. C'est aussi une notion qui doit être développée auprès des laboratoires fabricants afin que ces derniers s'adaptent à cette population grandissante en produisant des emballages plus simples à ouvrir et refermer pour ces derniers, des inscriptions plus grosses, des blisters adaptés et des formes galéniques aidant le patient pour l'administration du traitement. La forme galénique est très souvent un frein à l'observance.

Le Dr Vetel, chef du service de Gériatrie au CH du Mans, a dénoncé ce manque de données pharmacologiques concernant la personne âgée de part l'absence d'étude clinique de cette population cible qui consomme le plus de médicament en proportion. Il faudrait en effet plus d'essais de phase IV, sur ces personnes fragiles, polypathologiques et polymédiquées. Grâce à ces études, l'objectif est d'utiliser la galénique la plus adaptée à cette population, à savoir une dose adaptée, une galénique adaptée pour cette dose et pour la personne âgée [35]. Afin d'éviter les nombreuses pratiques observées de broyage des comprimés, d'ouverture de gélules, le Dr Vetel a conçu en 2003 un outil logiciel, Pharmafiches dans lequel on retrouve une liste de médicaments pour lesquels sont indiqués entre autre les possibilité ou non de modifier la galénique initiale (écrasement, ouverture...). Ces données sont validées suite à un accord donné par les fabricants. La présentation sous forme de doses unitaires ou non est également indiqué afin de faciliter la PDA [36].

### **c) Le médicament et les personnels médicaux et paramédicaux**

La prescription médicamenteuse et l'observance des traitements chez ces patients en EHPAD sont des notions encore plus importantes que dans le reste de la population. Ces patients sont en effet pour nombre d'entre eux dépendants physiquement, déments pour certains et ont un terrain fragile qui nécessite de la part du personnel médical et paramédical de bonnes connaissances en gériatrie.

- Le pharmacien en particulier, qui est responsable de la délivrance des médicaments auprès des patients se doit d'être concerné en mettant en place les meilleures informations possibles auprès de l'EHPAD afin que le bon médicament soit administré à la bonne personne au bon moment. La majorité des patients en EHPAD ne se déplace pas pour des raisons physiques ou mentales, auprès du pharmacien pour se procurer son traitement. Parmi ces derniers, une majorité présente des troubles neuropsychiatriques nécessitant une vigilance accrue pour l'observance du traitement (oubli, mésusage...). Cela impose au pharmacien vigilance et un devoir d'information et de conseils associés auprès du personnel médical et paramédical et auprès du patient si besoin. Ses connaissances sur le médicament en font donc un interlocuteur important dans le circuit du médicament afin que l'observance du traitement soit la plus efficiente possible.

Cela peut se faire au moyen de conseils associés formulés auprès du patient, de son entourage ou du personnel de l'EHPAD, de propositions de formes galéniques plus adaptées à la

personne âgée pour faciliter l'administration, de discussions avec le personnel médical de traitement alternatifs afin d'éviter des abus de traitement ou des interactions éventuelles, de la proposition de mettre en pilulier les médicaments afin d'améliorer l'observance...

- les médecins également sont confrontés à des difficultés sur le thème « médicaments et personnes âgées ». Les documents à disposition sur le sujet nombreux rendant la prescription souvent délicate. C'est pourquoi un travail [24] a été effectué sous l'autorité de la société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) afin de mettre à disposition des praticiens des fiches pratiques pour chaque pathologie courante chez les personnes âgées afin de dresser des arbres décisionnels pour déterminer les traitements les plus adéquates. Le but de ce travail est d'aboutir à la création d'une liste préférentielle de médicaments. Cette liste préférentielle, précisée dans la loi (art 64 de la LFSS de 2009 [34]), vise à cibler les médicaments à prescrire préférentiellement pour chaque classe pharmaco-thérapeutique.

Eviter la iatrogénie, c'est sécuriser le circuit du médicament et éviter trois dérives concernant la médication des personnes âgées : les abus de traitement (*overuse*) ; les médicaments dont les risques dépassent les bénéfices (*misuse*) ; l'insuffisance de prescription (*underuse*) de certaines classes médicamenteuses dont l'efficacité est pourtant démontrée en termes de qualité de vie et/ou de morbi-mortalité [24].

## **I.6. Le circuit du médicament en EHPAD:**

Le circuit du médicament est défini comme le « processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, hospitalisé dans un établissement de santé, résident d'un établissement social ou en soins ambulatoires. Ce processus interdisciplinaire est constitué par les étapes de prescription, de dispensation, d'administration et de suivi thérapeutique, et comprend le traitement de l'information. » [37]

Le circuit du médicament peut se diviser en deux notions complémentaires :

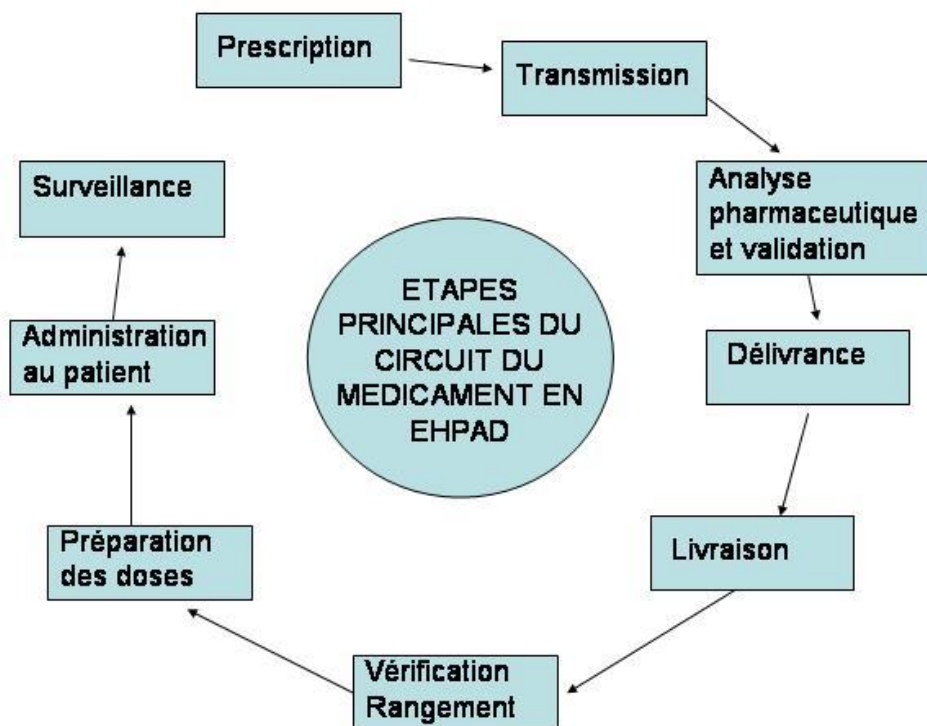
- Une notion « concrète » du circuit, regroupant les étapes physiques du circuit du médicament, allant de la prescription à l'administration.
- Une notion « abstraite » regroupant les informations relatives aux médicaments : le circuit du médicament doit en effet être accompagné de données assurant la qualité du

circuit : traçabilité, confidentialité, sécurité. La plupart du temps cela est assuré par l'informatique dans l'établissement. La mise en place de procédures, d'échanges entre les acteurs concourt à cette sécurisation des informations.

Ces deux notions visent le même but : « le bon médicament au bon malade dans les bons délais » [38]

Il est important de bien définir les étapes du circuit du médicament car chacune d'entre elles est porteuse de risques (erreur de prescription, risques de mauvaise distribution, de mauvaise observance, manque de traçabilité...) (Figure 10).

Comprendre le circuit dans son ensemble, c'est en identifier les failles et améliorer la qualité de soins.



*Figure 10 : Principales étapes du circuit du médicament en EHPAD [schéma personne]*

## a) La prescription

C'est la première étape du circuit du médicament. Cette étape est définie par le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse comme « l'ensemble des activités assurées par un médecin ou un prescripteur habilité et comportant, à partir de la prise en charge d'un patient : l'anamnèse, l'examen clinique, la prescription éventuelle d'examens complémentaires, la décision thérapeutique tenant compte de la balance bénéfices-risques, l'information du patient, la rédaction de l'ordonnance et sa communication au patient ou aux soignants. Il s'agit de l'une des étapes, précisément réglementée, du circuit du médicament. » [37].

Assurée en EHPAD par des médecins libéraux ou salariés la prescription a pour but d'établir le traitement adapté au diagnostic élaboré pour le patient. Elle est établie sur un support écrit informatisé ou papier : l'ordonnance. De plus en plus de médecins utilisent l'informatique pour rédiger leurs ordonnances, favorisant ainsi leurs lisibilités donc limitant les sources d'erreurs de lecture et d'interprétations par les acteurs suivants de la chaîne.

L'article R 5132-3 CSP [27] définit les critères d'une bonne prescription : claire, lisible, nominative... Ces critères doivent être vérifiés avant toute dispensation :

Selon les articles R. 5132-3 et 5 du CSP : « *La prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :*

*1° Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature, la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;*

*2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;*

*3° La durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;*

4° Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;

5° Les mentions prévues à l'article R. 5121-95 et au huitième alinéa de l'article R. 5121-77 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit ;

6° Le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5125-54 ;

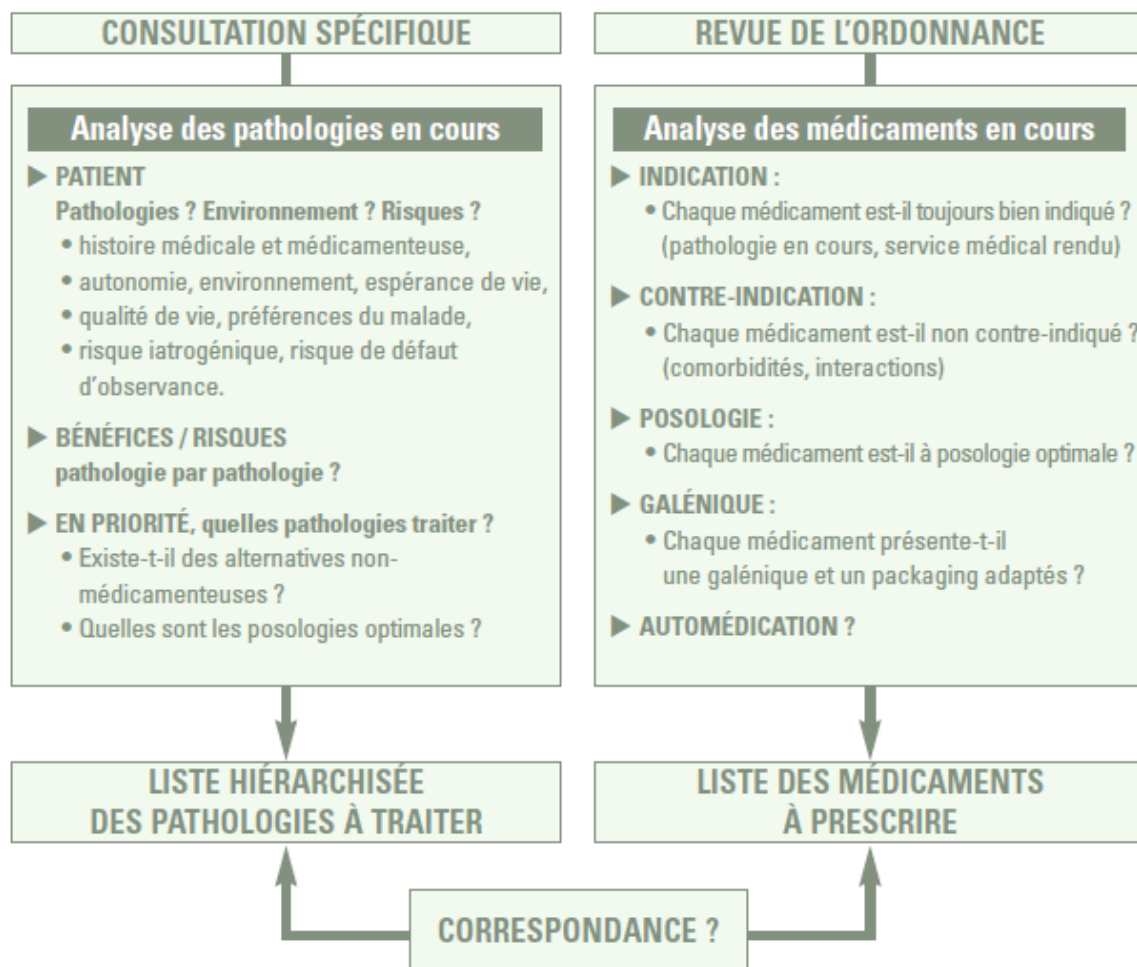
7° Les nom et prénoms, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids. »

Cette première étape est source de nombreuses erreurs dans le circuit (interactions entre différentes thérapeutiques prescrites par des intervenants différents, posologies non adaptées à la physiopathologie du patient, ordonnance peu lisible pouvant laisser place à l'interprétation pour le personnel soignant...). Les personnes âgées possédant une physiologie particulière, présentent un terrain plus fragile et en ce sens les prescriptions se doivent d'être adaptées en évitant la sur-médication, en tenant compte des maladies chroniques, des douleurs...

Le dossier informatisé favorise le respect d'allergies connues et le dossier pharmaceutique est également un outil de sécurité supplémentaire en officine.

Une fiche (figure 11) a été spécialement conçue par la SFGG pour les prescripteurs en EHPAD afin de les aider dans cette tâche [24] :

- Une réévaluation diagnostique est nécessaire lors de l'admission du patient en EHPAD afin d'évaluer les pathologies présentes, l'histoire du résident, et de lister ses traitements et de cibler les priorités thérapeutiques.
- Réviser l'ensemble des traitements annuellement ou lors de toute apparition d'un nouveau symptôme, d'une nouvelle pathologie, qui pourraient modifier l'efficacité de l'ensemble du traitement ou une sortie hospitalière qui nécessite une vigilance accrue.
- Penser à des alternatives non médicamenteuses afin d'éviter la polymédication (règles hygiéno-diététiques, formation du personnel à la prise en charge des démences...).



*Figure 11 : Etapes nécessaires pour une bonne attitude du prescripteur lors d'une consultation [24]*

Le choix du médicament par le médecin est primordial : outre la galénique qui doit être adaptée, le rapport bénéfice/risque doit être le pilier pour une bonne prescription chez la personne âgée. Pour cela le prescripteur peut s'appuyer sur trois sources écrites :

- des recommandations de bonnes pratiques, des données économiques également pour choisir à efficacité équivalente le moins cher des médicaments.
- Les résumés des caractéristiques du produit (RCP) des médicaments.
- Le livret thérapeutique de l'établissement.



## **b) L'approvisionnement**

Pour assurer l'approvisionnement auprès des établissements de santé, deux modes de fonctionnement co-existent : le pharmacien d'officine ou le pharmacien en PUI.

Un établissement a donc plusieurs options d'approvisionnement en médicament :

- soit auprès d'une ou plusieurs officines
- soit auprès de sa propre PUI (art L516-1 du CSP [27])
- soit auprès d'une PUI d'un établissement duquel il est rattaché, ou appartenant au même groupe de coordination sanitaire (art L.6133.1 du CSP [27])
- les groupements de coordination sociaux ou médico-sociaux (GCSMS) pourraient à l'avenir constituer une PUI. Ce projet initialement prévu pour Janvier 2011 a été reporté au 1<sup>er</sup> janvier 2013 (art 82 de la LFSS 2011 [39]). Ce report accompagne celui de l'expérimentation de la réintégration du prix des médicaments dans le forfait soins.

*Tableau 4 : Différents modes d'approvisionnement en médicaments pour un EHPAD ainsi que les conditions à remplir [40]*

Statut de la pharmacie	Pharmacie (s) d'officine	PUI de l'établissement de santé ayant la même entité juridique que l'EMS (ex : EHPAD de l'HL de Clisson)	PUI de l'EMS ou de plusieurs EMS ayant la même entité juridique (ex : EHPAD de Legé – La Limouzinière)	PUI de GCS entre au moins un établissement de santé et un ou plusieurs EMS (ex : EMS du Mindin et HL Pays de Retz)	PUI de GCSMS entre plusieurs EMS (à partir du 01/01/2013)
Conditions à remplir	Pour un EHPAD : signature de convention(s) EHPAD-officine(s) <b>NB</b> : désignation d'un pharmacien référent	Autorisation de création de la PUI délivrée par la DGARS <b>NB</b> : PUI gérée par un pharmacien au minimum à 0,5 ETP	Autorisation de création de la PUI délivrée par la DGARS <b>NB</b> : PUI gérée par un pharmacien au minimum à 0,2 ETP	Autorisation de création de la PUI délivrée par la DGARS <b>NB</b> : PUI gérée par un pharmacien au minimum à 0,5 ETP	Autorisation de création de la PUI délivrée par la DGARS <b>NB</b> : PUI gérée par un pharmacien au minimum à 0,2 ETP

### Lexique

DGARS : Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé  
 ETP : Equivalent Temps Plein  
 GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
 GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico Social  
 HL : Hôpital Local  
 PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

- La gestion des médicaments par une PUI : elle présente des avantages économiques certains mais nécessite des grandes structures (nombreux lits). Elle permet également une meilleure gestion sur place du stock de médicaments et une meilleure communication avec l'équipe soignante de l'Etablissement médico-social (EMS). La PUI est gérée généralement par un pharmacien hospitalier mais peut également l'être par un pharmacien d'officine sous certains critères (proximité entre la pharmacie et l'EMS, justifications de ce recours).

- La gestion par une officine voisine, également très intéressante pour de nombreuses structures. De par son important maillage territorial, chaque EMS possède dans son entourage proche une officine. Cela garantit une livraison rapide de médicaments ainsi qu'une disponibilité du pharmacien plus aisée. Les articles L25-25 et R5126-115 du CSP [27] définissent le rôle du pharmacien pour une délivrance individuelle pour chaque résident. Les articles L5126-6 et R5126-112 de ce même CSP [27] définissent également les règles pour les dotations pour soins urgents.

L'enquête EHPA 2007 a déterminé que trois EHPAD sur quatre n'avaient pas de PUI (Tableau 5).

*Tableau 5 : Répartition du mode d'approvisionnement : en PUI ou sans PUI en EHPAD et selon le statut de l'EHPAD [18]*

Statut	Existence d'une PUI	Absence de PUI	non-réponses	Total
Public	1 493	1 909	69	3 471
Privé non lucratif	188	1 729	35	1 952
Privé commercial	46	1 351	35	1 432
Total	1 727	4 989	139	6 855
Public	86%	38%	50%	51%
Privé non lucratif	11%	35%	25%	28%
Privé commercial	3%	27%	25%	21%
Total	100%	100%	100%	100%
Public	43%	55%	2%	100%
Privé non lucratif	10%	89%	2%	100%
Privé commercial	3%	94%	2%	100%
Total	25%	73%	2%	100%

*Lecture du tableau : Ce tableau est en trois parties*

*partie haute : effectifs*

*partie du milieu : structure des Ehpads, 86% des Ehpads avec PUI sont des Ehpads publics*

*partie du bas : structure des Ehpads, 43% des Ehpads publics ont une PUI.*

Dans les établissements dépourvus de PUI, environ 40% des EHPAD sont approvisionnés par une seule officine selon une enquête menée par Celtipharm en Avril 2009 [18]. Le restant étant approvisionné par 2 ou 3 officines voire plus.

Une caractéristique importante à prendre en compte est la localisation géographique de l'EHPAD. On considère en effet que les EHPAD situées dans des zones rurales seraient à 80% approvisionnés par une officine unique. Cette exclusivité ne peut cependant avoir lieu qu'après des procédures de mise en concurrence (code des marchés publics).

L'article 5126-6-1 du CSP [27] définit la nécessité d'établir une convention EHPAD/officine relative à « la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein ». Le but de ces conventions est de « garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordinateur ». Il s'agit d'un contrat, d'un cahier des charges dans lequel les deux parties s'engagent à respecter les critères demandés notamment concernant la qualité de la prestation pharmaceutique.

Le pharmacien retire un avantage lors de l'établissement d'une telle convention : il se repositionne comme un interlocuteur important au sein de la structure. Ces accords passés entre les établissements et les officines n'ôtent pas le droit pour chaque résident de s'approvisionner auprès du pharmacien de son choix [27]. Le préambule de l'annexe de l'arrêté du 30 décembre 2010 [41] confirme ce libre choix et indique que l'EHPAD doit en informer les résidents : « Dans le respect de la législation, l'EHPAD respecte la liberté des résidents de choisir leur médecin traitant qui, pour pouvoir intervenir au sein de l'EHPAD, conclut avec celui-ci le présent contrat. Dans le cas où le résident n'aurait pas de médecin traitant, l'établissement lui propose, à titre informatif, la liste des médecins traitants intervenant dans l'EHPAD signataires dudit contrat. »

La dispensation et la délivrance sont assurées par le pharmacien (article R.4235-48 du CSP [27]).

- La dispensation est la mission centrale du pharmacien : elle consiste en l'analyse de l'ordonnance : réglementaire (validité de l'ordonnance), pharmacologique (interactions), contexte du patient (prescriptions antérieures, physiopathologie, psychologie pour s'assurer de l'observance), économique (génériques). L'éventuelle préparation des doses à administrer et la mise à disposition des informations pour le bon usage du médicament accompagnent ces analyses.

- La délivrance des médicaments en EHPAD vient ensuite si les analyses réalisées par le pharmacien lors de la dispensation sont conformes. Le pharmacien a le droit de suspendre une délivrance en attendant des informations supplémentaires, de la modifier avec l'accord du prescripteur ou de la refuser si la prescription présente un caractère de dangerosité. La délivrance se fait différemment selon les structures :

- La délivrance nominative : le pharmacien délivre pour chaque patient, selon son ordonnance son traitement qui lui est propre, prise par prise.
- La délivrance globalisée nominative : à partir d'un ensemble d'ordonnances pour un ensemble de patients, la somme des médicaments nécessaire pour un temps donné est calculée et le pharmacien délivre globalement les médicaments à la structure. Les infirmières répartissent ensuite pour chaque patient dans leur pilulier.
- La délivrance globale : c'est la méthode la moins sécurisée de délivrance. Non légale elle est cependant encore tolérée pour des raisons de manque de personnels dans certaines structures. Le pharmacien délivre les médicaments globalement, selon une liste, sans avoir reçu de prescriptions.

L'approvisionnement de médicaments à statuts particuliers (stupéfiants...) se fait de la même manière mais les modalités de délivrance sont modifiées. Il en va de même pour les approvisionnements en urgence.

Selon l'article 4235-13 du CSP [27] : « L'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels, ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne l'accomplit pas lui-même ».

Ainsi l'acte de dispensation et de délivrance de médicaments destinés aux EHPAD nécessite de la part de l'officine distributrice un personnel suffisant pour s'occuper dans une sécurité optimale d'un nombre de patients souvent important en EHPAD.

### **c) Livraison au sein de l'EHPAD :**

La livraison doit répondre à des critères de sécurité : « *Toute commande livrée en dehors de l'officine par toute autre personne ne peut être remise qu'en paquet scellé portant le nom et l'adresse du client.* » (article L5125-25 du CSP [27]). Cet acte est indispensable car le risque d'erreur est élevé lors de cette étape de circuit du médicament. Le CSP [27] rappelle d'ailleurs ce qui constitue un paquet scellé (article R5125-47) : « *tout paquet opaque au nom d'un seul patient dont la fermeture est telle que le destinataire puisse s'assurer qu'il n'a pas pu être ouvert par un tiers.* » L'article R5125-48 du même code [27] rappelle également que ce transport doit garantir les meilleures conditions de conservation des produits (attention à la rupture de la chaîne du froid). L'organisation de la réception de la livraison en EHPAD est également importante (lieux identifiés, personnels identifié qui en a la charge...).

Le maillage territorial des officines en France garantit leur proximité avec les EHPAD. A l'heure actuelle dans les conventions-type signées entre les EHPAD et les officines, un délai maximum de 24h est demandé entre la réception de l'ordonnance et la réception des traitements à l'EHPAD. Les délais les plus brefs possibles sont demandés en cas d'urgence nécessitant proximité et souplesse de la part des pharmacies.

### **d) Stockage et mise en pilulier des médicaments (PDA)**

Le stockage est soumis à des obligations légales visant à assurer la sécurité du personnel et des patients. Les locaux dans lesquels ont lieu les stockages doivent être fermés à clés (armoires, portes des infirmeries...).

La préparation des doses à administrer (PDA) est un sujet d'actualité dans les EHPAD.

Cette opération consiste à diviser les présentations multidoses en formes unitaires et de les préparer par moment de prise pour un patient donné et identifié (étiquetage).

Chronophage pour les infirmiers dans ces structures au détriment de leurs rôles premiers d'aide et de soins aux patients, la PDA est devenue ces dernières années un véritable marché dans lequel de plus en plus d'officines se lancent.

Trois cas de figures s'offrent à un EHPAD pour la PDA [18] :

- Le personnel infirmier de l'EHPAD fait la PDA : c'est le cas le plus fréquent (60 à 70% des EHPAD) ;
- L'officine réalise elle-même les piluliers nominatifs et les livre à l'établissement (20 à 25 % des cas) ;
- L'officine réalise la PDA mais au sein de l'EHPAD (10 à 15 % des cas).

Il est à noter que la PDA est un service rendu par l'officine à l'EHPAD. Elle est réalisée à l'heure actuelle à titre gracieux mais constitue souvent un critère de choix d'une officine par rapport à une autre lors de la mise en concurrence par les EHPAD, ce qui pousse les officines à la pratiquer pour ne pas perdre un marché. L'article R 4235-48 du CSP [27] insiste bien sur son caractère « éventuel ». Il ne s'agit en aucun cas à ce jour d'une mission du pharmacien référent. La PDA réalisée en officine ne concerne que les médicaments sous forme solide et anhydre (comprimés et gélules). Les autres formes galéniques sont délivrées « classiquement » c'est-à-dire dans leur boîtier d'origine multidose.

La PDA bien qu'en plein essor ces dernières années est toujours en attente d'un texte encadrant cette pratique, notamment pour des raisons de responsabilité, de bonnes pratiques... La question du déconditionnement puis reconditionnement des médicaments par les officines pose en effet des questions juridiques car les articles L5125-1 et L5121-8 du CSP [27] stipulent que le pharmacien doit délivrer les médicaments dans leur conditionnement d'origine.

Ce conditionnement primaire d'un médicament a plusieurs rôles. Outre un rôle d'identification et d'information sur son contenu (nom, numéro de lot, notices...), un rôle de protection (éviter les interactions contenants-contenus et protection de l'environnement extérieur), il doit également permettre à l'utilisateur une utilisation en toute sécurité.

Pour ces raisons, tout acte visant à déconditionner un médicament en vue de le reconditionner, ou de modifier l'intégrité du médicament (broyage, ouverture d'une gélule...) nécessite des précautions particulières.

En effet les risques majeurs de ces pratiques sont :

- des modifications des propriétés pharmacocinétiques et/ou pharmacochimiques, physicochimiques. En effet de nombreux principes actifs présentent des risques d'instabilité à la chaleur, l'humidité ambiante, la lumière...
- des erreurs de dosage par perte de l'identification (déconditionnement) ou lors d'un écrasement du médicament (modification d'une forme LP par exemple).

Ces effets sont d'autant plus délétères pour la population étudiée (les personnes âgées dépendantes) que leur profil est fragile (polypathologie, handicap...).

#### La loi sur la PDA :

Pour obtenir une AMM, le médicament doit être disposé dans le conditionnement le plus approprié : déconditionner reviendrait donc à modifier un produit fini et ainsi aller à l'encontre de son AMM.

Aucune loi n'interdit le déconditionnement en pharmacie. Selon la loi Talon celui-ci est donc autorisé.

L'article R 4235-48 du CSP [27] rappelle que la PDA doit présenter un caractère « éventuel » et ne doit donc pas par définition devenir systématique pour un ensemble de résidents. Ce même article rappelle également le devoir de conseil du pharmacien pour le bien du patient.

La responsabilité du pharmacien est engagée lorsqu'il pratique ce nouvel acte qu'est la PDA : « l'exercice personnel auquel est tenu le pharmacien consiste pour celui-ci à exécuter lui-même les actes professionnels, ou à en surveiller attentivement l'exécution s'il ne les accomplit pas lui-même » (article 4235-13 du CSP [27]).

### e) **Administration :**

C'est « l'ensemble d'activités assurées par un soignant et comportant, à partir de la prise de connaissance de l'ordonnance : la préparation extemporanée conformément aux recommandations des modalités d'utilisation du résumé des caractéristiques du produit (RCP), les contrôles préalables ("3P" : prescription versus produit versus patient), l'administration proprement dite du médicament au patient, l'information du patient, l'enregistrement de l'administration. Il s'agit de l'une des étapes du circuit du médicament » [37]

Il s'agit d'une étape très importante garantissant l'observance du traitement médicamenteux. Des règles d'hygiène sont également à respecter.

La législation est importante afin de bien comprendre les rôles et missions de chacun et notamment concernant l'administration au patient : article R.4311-4 du CSP [27] :

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

La liste des actes réalisables par les infirmiers diplômés d'état (IDE) a été définie par l'article 4311-5 du CSP [27] et parmi ces actes figure l' « aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ».

Ainsi lors de l'administration des médicaments, un double regard doit être porté par le personnel infirmier : une vérification de l'identité du patient pour s'assurer que le traitement inscrit sur l'ordonnance lui est bien destiné, et un regard sur le traitement qui doit être conforme à l'ordonnance. Ce double contrôle constitue l'ultime verrou dans le circuit du médicament. L'enregistrement de l'administration, sur un support de traçabilité est un acte



important dans la qualité du circuit du médicament. Il permet de noter : le médicament (DCI ou princeps), son heure de prise et de déclarer tout incident survenu lors de l'administration.

L'aide à la prise des médicaments ne fait en revanche pas partie des rôles définis pour les auxiliaires de santé (aides soignantes...). Cependant d'après la loi elles peuvent quand même exercer ce rôle à condition d'être sous le contrôle direct d'un IDE.

Il y'a également une notion à connaître et qui est importante pour l'aide à la prise de médicament : la notion « d'acte de la vie courante » :

La circulaire N°99-320 du 4 juin 1999 [42] relative à la distribution des médicaments stipule qu' "il apparaît ainsi que la prise de médicaments dûment prescrits à des personnes empêchées temporairement ou durablement d'accomplir ce geste, peut être dans ce cas assurée, non seulement par l'infirmier, mais par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante, suffisamment informée des doses prescrites aux patients concernés, et du moment de leur prise". " Le libellé de la prescription médicale permettra, selon qu'il serait fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'acte de la vie courante ".

Il appartient donc au prescripteur d'établir si le traitement relève d'un acte de la vie courante auquel cas l'auxiliaire médical pourra avoir la fonction d'administration du médicament ou au contraire si la spécificité du traitement (voie d'administration, dose très précise) rend indispensable la présence d'un IDE pour l'aider à la prise du traitement.

La frontière entre le rôle des IDE et des auxiliaires est établie juridiquement quand à l'aide à l'administration des traitements médicamenteux. L'acte de la vie courante est un outil très souvent utilisé pour pallier les manques d'IDE dans les EHPAD (notamment la nuit). Cela ne doit pas être au détriment de la qualité du circuit du médicament dans ces établissements.

## **f) Suivi du patient et de son traitement**

Basée principalement sur l'observation clinique cette étape vise à repérer d'éventuels symptômes pouvant faire penser à une iatrogénie ou un effet secondaire. Cette surveillance permanente assurée par les prescripteurs et le personnel infirmier permet de déterminer si le traitement est efficace et non délétère pour le patient (balance bénéfice/risque) et s'il faut donc le poursuivre ou le changer.

La traçabilité permet aussi de s'assurer de la bonne observance du traitement médicamenteux. Les alertes concernant les médicaments doivent également faire objet de réactivité pour les pharmacies qui doivent en informer rapidement l'établissement, et de son côté l'EHPAD doit signaler directement ou au travers du pharmacien toute survenue d'un effet indésirable au centre de pharmacovigilance.

## **g) Les interruptions dans le circuit du médicament :**

Les acteurs du circuit du médicament sont multiples et la sécurité du circuit du médicament passe avant tout par la qualité que chacun d'entre eux apporte à son travail [43] :

Parmi les difficultés rencontrées par les acteurs, on retrouve des problèmes liés à des interruptions dans leur travail. Ces interruptions sont caractérisées par des événements externes qui viennent perturber l'attention des acteurs du circuit, avec le risque d'apparition d'erreurs liées à cette distraction.

L'attention est primordiale pour l'exercice d'une fonction intellectuelle liée à son travail, encore plus dans le cadre d'un métier de santé pour lequel les erreurs peuvent avoir des répercussions importantes.

Ainsi deux sources peuvent affecter l'attention d'un acteur du circuit :

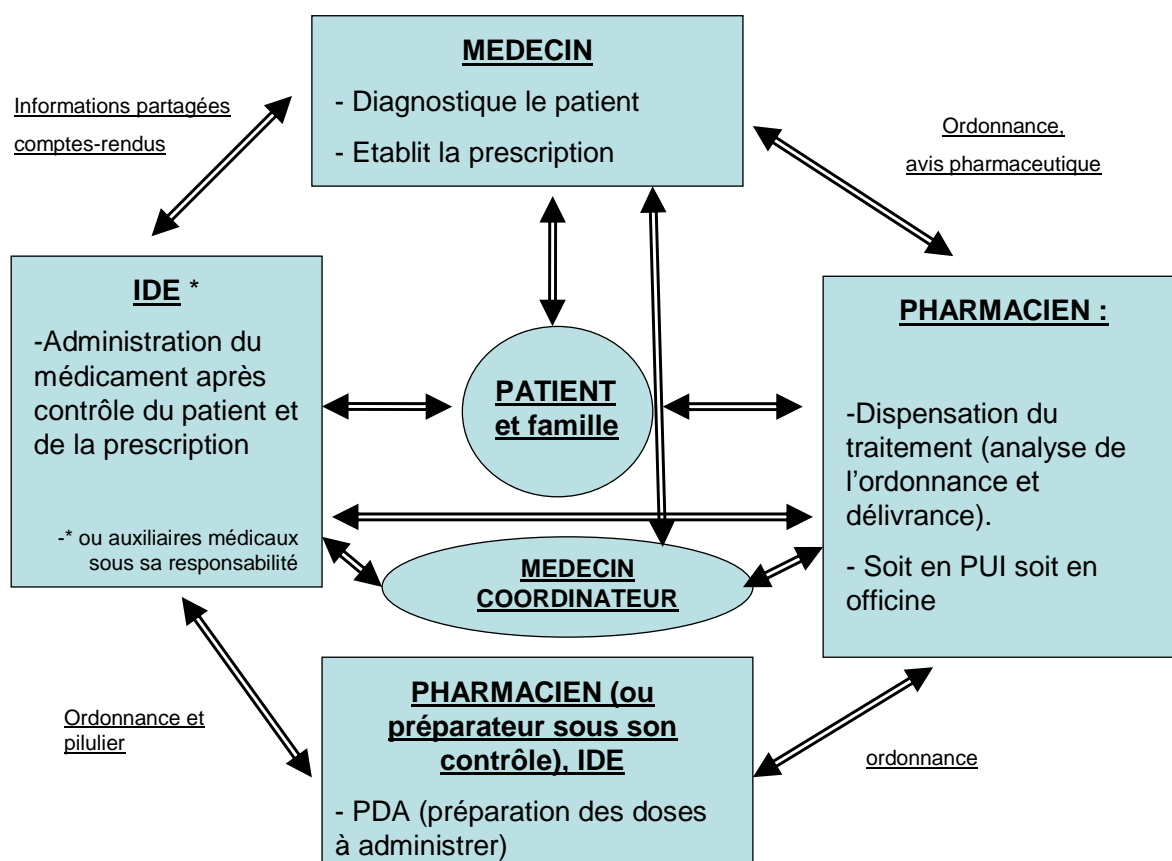
- une source intrinsèque : fatigue, stress, manque de formation théorique ou pratique ;
- une source extrinsèque : conversation, rires, appels téléphoniques, bruit environnemental...

Si les sources intrinsèques ne sont pas aisément modifiables car propres à chaque intervenant, les sources extrinsèques peuvent être traitées par des procédures adaptées à chaque acteur [43] :

- le personnel infirmier : le risque d'interruption est très important pour les infirmiers car ils sont très souvent sollicités dans les EHPAD tout au long de la journée : en conséquence les risques liés à la préparation des piluliers ainsi qu'à l'administration des médicaments sont élevés. Des propositions sont faites afin de réduire ces distractions : prise en charge des appels téléphonique par une autre personne durant les heures dédiées à la PDA et à l'administration des médicaments, éviter les visites et appels des familles durant les tournées médicamenteuses,
- la pharmacie : que ce soit en PUI ou en officine, la problématique est la même : éviter les distractions pendant les étapes de dispensation et de délivrance des médicaments pour l'EHPAD. Pour cela la personne en charge de ces étapes ne doit pas être affectée par une autre tâche liée à son officine (prise en charge d'autres patients de l'officine pendant la dispensation, appels téléphoniques, tâches administratives...). Des mesures simples peuvent être prises telles que l'identification d'un pharmacien répondant unique au téléphone pendant le temps nécessaire aux autres pour effectuer la dispensation aux EHPAD, limiter les discussions non liées au travail, optimiser les tâches (éviter les déplacements, interpellations), faire vérifier par une deuxième personne son travail...

## **I.7. Les acteurs du circuit du médicament**

Les personnes ayant un contact direct avec le circuit du médicament sont identifiées par la HAS dans une fiche thématique : « le circuit du médicament en établissement de santé est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation, un acte pharmaceutique et l'administration, un acte infirmier ou médical. » [29]



*Figure 12 : acteurs du circuit du médicament en EHPAD et rôles de chacun (schéma personnel)*

Le support indispensable pour le circuit du médicament est l'ordonnance. Mais autour de cet outil gravitent également d'autres informations nécessaires à la qualité du circuit :

- Les échanges entre le médecin et le pharmacien qui le renseigne sur les médicaments si besoin (classes thérapeutiques, interactions, disponibilité ou sinon équivalences...);
- Echanges également entre le pharmacien et les IDE sur les traitements des patients (modalités d'administration, conservation...);
- Echanges aussi entre le médecin et les IDE au sujet de la prescription.

Ces acteurs sont ceux qui ont un rôle direct sur le circuit du médicament. Il ne faut pas oublier ceux qui ont un rôle également dans son bon fonctionnement : les personnels administratifs (direction, gestion), des services généraux (restauration, buanderie), personnel éducatif, pédagogique, psychologue, qui concourent au bon fonctionnement de l'EHPAD ainsi qu'au

bien être du résident. Un autre acteur important est le grossiste en Pharmacie qui est un interlocuteur indispensable pour le pharmacien afin d'assurer les délais d'approvisionnement gages de qualité pour le circuit du médicament.

Les dépendances observées dans ces établissements sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus lourdes (proportions de GIR 1 et 2 de plus en plus importantes). En conséquence le nombre de personnes employées dans les EHPA est en constante augmentation. Ainsi au 31 décembre 2007, 397000 personnes sont employées dans les EHPA (52000 de plus qu'en 2003). C'est le secteur paramédical et médical qui représente la majeure partie de l'effectif [11] : 43% des équivalents temps plein (ETP) dans les EHPAD.

Le taux d'encadrement global des résidents est en constante hausse.

Cette multiplicité du nombre d'intervenants différents est une source majeure de faille dans le circuit, nécessitant vigilance et coopération étroite entre tous.

De même près d'un employé sur trois en EHPA est présent depuis un an ou moins dans la structure [11]. Ce chiffre amène à réfléchir sur des risques éventuels pour la qualité du circuit du médicament.

Savoir faire et savoir être constituent deux qualités indispensables acquises par la formation initiale et l'expérience, pour ces acteurs afin de concourir à la sécurité du patient dans ses soins mais aussi au maintien de sa qualité de vie.

### **a) Le patient**

Bénéficiaire mais aussi acteur dans le circuit, le patient est à la source avec la prescription et à la fin de la chaîne pour l'administration du médicament.

Chaque patient est différent, il réagit différemment physiquement (perception de la douleur, allergies, enzymes, ...) mais aussi psychiquement (erreur d'observance par oubli, mésusage, déni, dépression, ou même démence...).

Ces différences font qu'il est souvent difficile de prévoir comment va réagir un patient à la prescription d'un traitement médicamenteux : va-t-il bien le prendre, ou même le prendre ?

Ces inquiétudes au sujet du rapport patient-médicament sont encore plus importantes dans les EHPAD, car les sujets qui y résident ont des terrains plus difficiles que dans la population générale.

On y retrouve en effet :

- Des sujets âgés avec risque de démence, de sénilité.
- Des sujets handicapés moteurs ou psychiques

Le patient dans ce type d'établissement nécessite une vigilance accrue par rapport à la population en bonne santé.

## **b) Le médecin**

Initiateur du traitement médicamenteux après diagnostic, le médecin est à la source du circuit par l'établissement d'une ordonnance.

Les médecins intervenants dans les EHPAD sont salariés ou libéraux. Des spécialistes et des médecins hospitaliers sont aussi à la source de prescriptions.

Les EHPAD en général conseillent à leurs résidents les médecins intervenant régulièrement dans la structure afin d'éviter de multiplier leur nombre. La multiplication des intervenants entraîne des pratiques différentes de prescriptions, de méthodes et cela comporte des risques concernant la qualité du circuit du médicament.

Il ne faut cependant pas oublier que le patient peut refuser d'être suivi par les médecins habituels de l'EHPAD : il conserve un libre choix de son médecin traitant [45].

- le médecin coordinateur :

Une nouvelle fonction a été créée afin de renforcer la qualité des soins et des prescriptions en EHPAD : le médecin coordinateur. Celui-ci ne doit pas être directeur de l'établissement et doit posséder des compétences en gériatrie.

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) article D 312-157 [46], définit les compétences en gériatrie que doit posséder le médecin coordinateur (diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'EHPAD ou, à défaut, d'une attestation de formation continue).

Ce même code donne 13 missions du médecin coordinateur auprès d'un EHPAD

Article du CASF D 312-158 [46] : « *Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :*

*1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en oeuvre ;*

*2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;*

*3° Préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an.*

*Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;*

*4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;*

*5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;*

*6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;*

*7° Contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;*

*8° Elabore un dossier type de soins ;*

*9° Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des*

*résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;*

*10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en oeuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;*

*11° Collabore à la mise en oeuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;*

*12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en oeuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;*

*13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées. »*



### **c) Le pharmacien**

Le pharmacien a pour mission de s'assurer de la bonne dispensation du médicament.

Son rôle est défini dans le CSP [27] par l'article R4235-48 :

*« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

*1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*

*2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;*

*3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

*Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.*

*Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »*

*Le CSP définit également les produits pour lequel le pharmacien exerce son rôle :*

*Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent code :*

*- La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ;*

*- La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée, la préparation des produits destinés à l'entretien ou l'application des lentilles oculaires de contact ;*

*- La préparation des générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ;*

*- La vente en gros, la vente au détail et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3° ;*

*- La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public.*

Une des missions primordiales du pharmacien, citée dans le 2° ci-dessus est son devoir de conseil. En effet son rôle de vérifier les ordonnances et de les exécuter doit s'accompagner d'informations complémentaires à celles données par le médecin à destination du patient. Le cœur du métier du pharmacien est de participer activement à la détection d'éventuels problèmes chez le patient liés à une prise médicamenteuse, de les solutionner grâce à ses compétences dans le domaine du médicament ou dans l'idéal de les prévenir. Cette mission

est rendue complexe en institution du fait que le patient ne se retrouve pas la plupart du temps en contact direct avec le pharmacien.

Avec la notion récente de pharmacien référent, de nouvelles responsabilités s'offrent à lui afin qu'il s'implique plus dans sa collaboration avec un EHPAD.

Cette fonction a été imaginée dans l'article 64 de la LFSS de 2009 [34].

*« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique ».*

Son but est d'agir davantage au sein de l'établissement et en coordination avec les personnels médicaux et paramédicaux, comme le médecin coordinateur pour les soins du résident. L'expérimentation mise en place pour la réintégration des médicaments dans le forfait soin vise également à étudier le rôle potentiel du pharmacien référent en EHPAD. Cette nouvelle mission du pharmacien constitue les prémices d'une future rémunération à l'acte possible puisque dans le cadre de l'expérimentation un honoraire de 0,35 euro par résident et par jour sont attribués au pharmacien référent pour la qualité de son travail et le temps passé.

Le rôle du pharmacien référent est donc d'agir étroitement avec l'EHPAD en coordination avec les autres professionnels de santé en :

- vérifiant la conformité des prescriptions (posologies, interactions...);
- gérant le stock de médicaments de l'établissement (non-utilisés, périmés...);
- prodiguant ses conseils sur le médicament et notamment les nouveaux traitements (posologie, effets secondaires, formes galéniques plus adaptées, iatrogénie, préparations...),
- exerçant ses connaissances en éducation thérapeutique et en santé publique auprès des patients pour des missions de prévention (nutrition par exemple);
- aidant le médecin coordinateur dans l'élaboration de la liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe thérapeutique (comme demandé dans l'article 64 de la LFSS de 2009 [34] et confirmé dans la création d'une commission de coordination gériatrique en 2011) [47]. C'est une des missions essentielles du pharmacien référent. Elle a pour objectif de diminuer la iatrogénèse. En effet les personnes âgées dépendantes sont

très fragiles polypathologiques, et tout médicament prescrit doit donc être d'usage bien établi (effets sur le cœur, les reins...) pour ne pas nuire à la santé du résident, d'où cette liste. La liste a aussi pour but de choisir les galéniques les plus adaptées pour la personne âgée.

Intégrer le pharmacien référent dans ce maillage gérontologique que constitue les acteurs du soin en EHPAD est une chance à saisir pour ce dernier de devenir un interlocuteur de confiance et de mettre à profit ses connaissances pour une délivrance de qualité gage de sécurité et d'efficacité pour le traitement du patient.

### **d) le personnel paramédical**

Il est composé des infirmiers et des auxiliaires médicaux.

La loi encadre le rôle de l'IDE par l'article R4311-3 du CSP [27] :

*« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.*

*Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »*

Le 4° de l'article R4311-5 du CSP [27] : *« Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable »* lui donne son rôle majeur dans le circuit du médicament : l'administration. Ce rôle s'accompagne de la surveillance du patient en particulier l'apparition d'éventuels effets indésirables (R4311-2 du CSP [27] : *« contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs »*.

- l’infirmière référente :

L’article 64 de la LFSS de 2009 [34] a créé la fonction d’infirmière référente en EHPAD. Sa mission est d’accompagner et de former les équipes soignantes de l’établissement.

### e) Les aidants

Le nombre moyen d’aidants potentiels va baisser dans les années à venir. En 2000, on comptait en moyenne 2,8 aidants pour un homme dépendant et 2,2 pour une femme dépendante. Cette différence provient de la différence d’espérance de vie qui existe entre les deux sexes. Les femmes vivant en moyenne plus longtemps, sont présentes pour aider leur mari. Dans l’avenir, l’âge moyen des personnes dépendantes va augmenter, et les ruptures dans les couples également, diminuant ainsi le nombre de ces aidants. Il est à noter que cette étude sur les aidants potentiels s’est focalisée sur les aidants proches (conjoint et enfants). (tab 6).

*Tableau 6 : Evolution du nombre d’aidants potentiels de 2000 à 2040 [48]*

Année	Hommes			Femmes		
	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble	60-80 ans	80 ans et plus	Ensemble
2000	3,0	2,6	2,8	2,7	1,9	2,2
2020	2,7	2,5	2,6	2,5	2,1	2,2
2040	2,3	2,3	2,3	2,3	2,0	2,0

### f) Les laboratoires industriels

Les industriels du médicament sont très importants pour la qualité du circuit du médicament en EHPAD et pour les personnes âgées en général. Ce sont eux qui produisent l’objet central du circuit : le médicament. Plusieurs inadéquations sont observées dans le quotidien en EHPAD entre le médicament et le consommateur.

L’AFSSAPS a rédigé en Juillet 2007 [49] un « cahier des charges des bonnes pratiques relatives au conditionnement unitaire des spécialités pharmaceutiques destinées en particulier

aux établissements de santé ». Dans cette publication, l'AFSSAPS recommande aux industries de fabriquer des spécialités dans des conditionnements primaires unitaires afin de faciliter l'identification et donc la traçabilité du médicament jusqu'à l'administration au patient.

Le conditionnement primaire pose également d'autres difficultés : l'écriture en petits caractères sur les boîtes, une dé-blistérisation souvent difficile, des quantités de médicaments par boîte souvent non adaptées au traitement, ce qui oblige le pharmacien à délivrer plus de médicaments qu'il n'en faudrait, concourant ainsi à un gaspillage. La question de la délivrance à l'unité est toujours en question de nos jours pour éviter ces pertes économiques.

Les formes galéniques également : des comprimés ou gélules trop gros pour des personnes âgées dont la déglutition n'est pas facile. Les formes liquides aussi sont compliquées à gérer au quotidien (goût, compte-gouttes, collyres...).

### **g) la communication entre les acteurs**

Savoir faire et savoir être sont les compétences requises pour chaque acteur afin d'améliorer la qualité du circuit du médicament. Mais ces compétences doivent être reliées dans un cadre pluridisciplinaire pour gagner encore plus en qualité de réflexion et de décision.

Parmi les 13 missions devant être effectuées par le médecin coordinateur d'après le code de l'action sociale et de familles (article D312-158 [46]), la 3<sup>e</sup> vise à renforcer la coordination et la communication entre les professionnels de santé en fondant une commission de coordination gériatrique (CCG). L'arrêté du 5 septembre 2011 [47] a fixé les caractéristiques de cette commission organisée par le médecin coordinateur, qui a pour but de réunir au moins deux fois par an :

- le directeur de l'établissement
- les médecins traitants salariés ou/et libéraux
- le pharmacien référent ou gérant de la PUI s'il y en a une
- l'infirmier coordinateur ou cadre de santé
- les autres professions de santé

Lors de ces réunions sont décidées :

- le projet général de soins et la politique d'admission ;

- la politique générale des médicaments et dispositifs médicaux afin de réaliser une liste préférentielle de médicament et un livret thérapeutique. Cette politique générale est déterminée par le médecin coordinateur et le pharmacien référent concernant le choix des molécules sur les bases des recommandations disponibles ;
- un rapport annuel d'activité médicale du service des soins de l'EHPAD afin de dresser un bilan et de voir quelles sont les pistes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ;
- une politique d'amélioration de la qualité de prise en charge « soins » pour fixer les objectifs prioritaires ;
- une politique de diffusion de l'information pour mettre à disposition des intervenants de l'EHPAD les bonnes pratiques et les conduites à tenir notamment en cas d'urgence.

## II Matériel et Méthodes

### II.1. Présentation des EHPAD en Maine et Loire : contexte et EHPAD retenus

#### a) Les personnes âgées et la dépendance en Maine et Loire

Le Maine et Loire occupe le deuxième rang des départements les plus peuplés des Pays de la Loire. Ce département s'articule autour d'une grande agglomération (Angers) et deux villes de taille moyenne (Cholet et Saumur). Ce département est encore assez rural contrairement à la moyenne française : on estime (tableau 7) que seulement 40% de la population de ce département réside dans un grand milieu urbain (60% en moyenne en France). Cette notion est importante pour bien comprendre le cadre dans lequel s'inscrit cette enquête : la majeure partie de la population de ce département vit en milieu rural ou semi-rural.

*Tableau 7 : indicateurs sociodémographiques en Maine et Loire, Pays de la Loire et France métropolitaine [50]*

Indicateur	Maine-et-Loire	Pays de la Loire	France métropolitaine
Population (en milliers, au 1 <sup>er</sup> janvier 2009)	779	3 538	62 474
Indice de vieillissement (nombre de 65 ans ou plus pour 100 moins de 20 ans, en 2007)	61,8	66,4	67,4
Population vivant dans les grands pôles urbains (en %, en 2008)	39,2	43,3	58,8
Part des ménages dont la personne de référence est employé ou ouvrier (en %, en 2007)	51,7	51,1	48
Niveau de vie médian par unité de consommation (en euros, en 2009)	18 233	18 668	19 074
Rapport interdécile des niveaux de vie (en 2009)	2,9	2,9	3,4
Taux de pauvreté (en %, en 2009)	11,8	11,2	13,5
Intensité de la pauvreté (en 2009)	16,7	16,8	19,1
Taux de chômage localisé (en %, au 2 <sup>e</sup> trimestre 2011)	8,1	7,8	9,1
Part des ménages logés en parc locatif social (en %, au 1 <sup>er</sup> janvier 2010)	18	13,6	16,8
Nombre de demandes DALO (droit au logement opposable) déposées (en moyenne par an, de 2008 à 2010)	117	2 393	n.d.

n.d. : non disponible

Outre ces données sociodémographiques, l'âge de la population de ce département est également important (tableau 8 et 9).

*Tableau 8 : Recensement 2008 de l'INSEE en Maine et Loire [51]*

75-79 ans	27 361
80-84 ans	21 903
85 ans et plus	18 364
Total	67 328

*Tableau 9 : Evolution en nombre et % des projections 2008-2016 en Maine et Loire (51)*

75-79 ans	-1 473 (-5%)
80-84 ans	1 550 (7%)
85 ans et plus	8 941 (49%)
Total	8 988 (13%)

La population du Maine et Loire va vieillir dans les années à venir : les plus de 80 ans vont être 10 000 de plus en l'espace de huit ans.

Cette tendance est la même en France et dans les Pays de la Loire. Dans cette région, le Maine et Loire constitue le deuxième département en nombre de personnes âgées après la Loire Atlantique.

Le nombre de personnes âgées dépendantes va suivre le vieillissement de la population en Maine et Loire. Ainsi on estime que ce nombre va passer de 14 541 en Maine et Loire en 2008 à 17 770 en 2016 [51].

Il est évident que le département devra faire face à cette augmentation en s'adaptant et en créant des EHPAD pour les accueillir ou en augmentant leur capacité d'accueil.

## **b) Les EHPAD en Maine et Loire**

A l'heure actuelle, la région des Pays de la Loire est très bien équipée en nombre de places d'EHPAD avec 147 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans [51]. Au sein de la région on observe des différences selon les départements. Ainsi la Sarthe en 2008 ne disposait que de 117 places pour 1000 habitants de 75 ans. Le Maine et Loire quant à lui présentait un taux d'équipement important : 155 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans, réparties ainsi : 9341 places en maison de retraite, 887 en foyer logement, 251 en USLD.



### c) Les professions de Santé en Pays de la Loire

Le nombre de professionnels de santé exerçant en Pays de la Loire est inférieur à la moyenne Nationale (11% de moins). La région occupe ainsi le 18<sup>e</sup> rang national en terme de densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants (tableau 10).

*Tableau 10 : les professions de Santé en Pays de la Loire, comparaison avec la France entière [52]*

Pays de la Loire, France entière (01/01/2009)

Profession	France entière	Pays de la Loire	% libéraux	Densité <sup>1</sup> Pays de la Loire	Densité <sup>1</sup> France entière
Infirmiers	507 514	25 683	9,5 %	738	798
Médecins	213 821	9 904	58,6 %	285	336
Pharmaciens	74 465	3 559	///	102	117
Masseurs-kinésithérapeutes	68 751	3 117	80,1 %	90	108
Chirurgiens-dentistes	41 968	1 951	93,0 %	56	66
Manipulateurs ERM	28 008	1 265	///	36	44
Opticiens-lunetiers	19 893	1 093	///	31	31
Sages-femmes	19 651	983	23,6 %	124 <sup>2</sup>	131 <sup>2</sup>
Orthophonistes	18 979	943	82,0 %	27	30
Pédicures-podologues	11 189	621	98,9 %	18	18
Psychomotriciens	7 322	306	///	9	12
Ergothérapeutes	6 951	336	///	10	11
Orthoptistes	3 151	175	49,1 %	5	5
Audio-prothésistes	2 252	107	///	3	4
Diététiciens	nd	nd	nd	nd	nd
<b>Total</b>	<b>1 023 915</b>	<b>50 043</b>	<b>///</b>	<b>1 437</b>	<b>1 610</b>

Sources : Adeli (Drees), Insee

1. nombre de professionnels pour 100 000 habitants

2. nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans

C'est dans la moitié sud du pays que l'on retrouve les plus fortes densités de professionnels pour 100 000 habitants. Ce déficit dans la région des Pays de la Loire (en Maine et Loire en particulier) pose problème notamment pour les professions de médecin (152 généralistes pour 100 000 habitants en Maine et Loire contre 164 en moyenne en France, 158 spécialistes contre 172) et d'infirmier [52]. Les projections de la DRESS prévoient une baisse de 10 % des médecins actifs entre 2006 et 2019.

Si le Maine et Loire est touché et présente moins de médecins que la moyenne, la présence d'une faculté de médecine fait que le nombre de médecin reste correct, contrairement à d'autres départements des Pays de la Loire comme la Mayenne (nombre de médecins 39% inférieur à la moyenne nationale).

On constate également que la profession de pharmacien est également sous-représentée en Pays de la Loire (106 pharmaciens pour 100 000 habitants contre 117 en moyenne en France). On dénombre en 2009, 262 officines en Maine et Loire. La tendance de ces dernières années est une diminution du nombre d'officines [52].

Et de manière générale dans le pays la profession va devoir faire face à son propre vieillissement (en 2009, 44% des pharmaciens ont plus de 50 ans contre 29 en 2000).

Ainsi la prise en charge en EHPAD en Maine à Loire doit faire face à :

- un nombre croissant de personnes âgées dépendantes ;
- une forte ruralité ;
- une faible densité de personnels soignants.

#### **d) EHPAD retenus**

Plusieurs critères expliquent la diversité des EHPAD et la complexité que cela engendre pour la qualité de la prise en charge des résidents aussi bien pour les soins que pour les coûts de ces derniers. En particulier pour le circuit du médicament qui constitue un marché estimé à plus d'un milliard d'euro par an.

Les critères de diversité sont [53] :

- la taille : les EHPAD possèdent un nombre de lits allant de 25 à 250 selon les structures ;
- la localisation : en milieu urbain, périurbain, rural... ;
- les résidents : âges variés, niveau de dépendances, polypathologie ;
- le statut juridique : public, privé non lucratif, privé commercial... ;
- leur rattachement ou non à un établissement de santé ;
- la dotation soins : tarif partiel ou global ;
- la dispensation des médicaments : par une PUI ou une officine.

Cette diversité rend difficile l'établissement de procédures universelles aux vues des diverses pratiques observées sur le territoire.

Certains EHPAD du Maine et Loire ont pour particularité d'avoir chacun un type de prise en charge des médicaments des patients, qui leur est propre et ce pour des critères liés à leur taille, localisation...

Les EHPAD retenus dans l'enquête diffèrent par leur moyen d'approvisionnement en médicament mais aussi selon leur localisation :

- étude de la dispensation en EHPAD à Angers avec une solution semi-industrielle de PDA (automatisation cas n°4)
- étude dans un milieu semi-rural (villes de taille moyenne en périphérie d'Angers) avec une solution de PDA avec coopération locale entre les trois officines de la ville (cas n°2) et une sans coopération à l'heure actuelle (cas n°3).
- étude en milieu plutôt rural (petites villes à plus de 20 km d'Angers) avec choix de la proximité pour la distribution du médicament (pharmacie du village) (cas n°1)
- étude de la distribution en PUI, plus particulièrement autour d'un travail réalisé par le pharmacien : l'établissement d'une liste préférentielle de médicaments (cas n°5)

## **II.2. Présentation de l'étude :**

### **a) Objectifs :**

L'objectif est de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles pour la prise en charge du médicament et plus précisément sa distribution, en EHPAD dans le Maine et Loire (Angers et sa périphérie) au moyen d'un bilan des textes de référence sur le sujet (enquêtes nationales, recommandations) et en illustrant le propos à l'aide de cas concrets sur le terrain en Maine et Loire.

L'objectif est d'isoler des structures ayant des modes de fonctionnement différents de prise en charge du médicament en EHPAD que l'on pourra décrire pour illustrer le propos.

Le but est d'observer si selon les caractéristiques de l'EHPAD (nombre de lits, localisation...), des modèles se prêtent mieux que d'autres pour la qualité et la sécurité des soins des résidents (limiter la survenue d'erreurs médicamenteuses notamment en favorisant le bon usage du médicament) et d'identifier le rôle et la place du pharmacien dans le circuit du médicament dans chaque type de relation EHPAD/pharmacie observé. Sera étudiée également la place de la PDA dans ce circuit.

### **b) Méthode :**

La réalisation de ce travail a eu lieu tout d'abord au travers de l'analyse des textes sur le sujet : rapports, enquêtes, recueil de bonnes pratiques...

A la suite de ces recherches, une enquête pratique sur le terrain s'est déroulée : visites d'EHPAD et rencontres avec les acteurs du circuit du médicament au sein des structures (IDE, directeurs d'EHPAD, pharmaciens de PUI, médecins...) mais aussi à l'extérieur des structures (pharmaciens d'officine, sociétés de PDA...). Un questionnaire a été élaboré pour cette enquête afin de servir de support lors des entretiens (annexe 2).

Les questions posées dans ce support servent à décrire l'EHPAD : description de la structure (statut, nombre de lits, salariés,...), description du circuit du médicament au sein de l'établissement (prescription, dispensation, administration...). D'autres questions évoquent également l'aspect relationnel (circulation de l'information, rôle des acteurs...).

## **III Bases de réflexion : les textes sur le sujet et les modèles observés dans le département**

### **III.1. Les textes**

Plusieurs rapports ont été émis sur le sujet de la distribution des médicaments en EHPAD depuis le début des années 2000. Les principaux textes seront traités chronologiquement en retenant les points principaux de ces travaux.

#### **a) Les rapports de l'IGAS**

L'IGAS s'est penchée sur le sujet de la distribution des médicaments en EHPAD depuis quelques années.

Trois rapports de l'IGAS sont à retenir. Le premier date de 2005, missionné par M. Douste-Blazy et dirigé par M. Deloménie [54], il avait pour but d'étudier la prise en charge des médicaments en EHPAD sous deux angles : qualitatif et économique.

Les deux autres rapports plus récents traitent plus spécifiquement sur le sujet d'inclure ou non les médicaments dans le forfait global : « le rapport d'évaluation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI » de 2010 [53] rapporte des limites à ce passage et ne s'y montre pas très favorable.

Un an plus tard, un autre rapport : « Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Évaluation de l'option tarifaire dite globale » [15], vient contredire le précédent en expliquant qu'il fallait s'orienter vers cette prise en charge globale, et qu'il fallait encourager le développement des PUI dans toutes les EHPAD.

## **a.1) Le rapport de 2005 (Deloménie) [54]**

L'intérêt majeur de ce travail a été l'élaboration de fiches thématiques sur les différentes étapes du circuit du médicament d'un point de vue qualitatif (prescription, approvisionnement, dispensation et administration, convention type...). Le groupe de travail a proposé l'instauration d'une convention entre l'EHPAD et le pharmacien d'officine sélectionné après mise en concurrence des officines pour s'approvisionner en médicaments.

Outre cette analyse qualitative, le rapport expose quelques données économiques notamment concernant la comparaison des coûts entre une gestion avec une PUI ou non. Ainsi en 2004, le coût moyen du traitement médicamenteux par résident a été estimé à 3,20 € pour les EHPAD dépourvues de PUI et 2,74 € avec PUI (1,67 de dépense stricte et 1,07 de coûts de fonctionnement). Les résultats de deux autres enquêtes y sont également rapportés et confirment cet écart d'environ un demi euro.

Le rapport a également apporté un éclairage sur une pratique encore aujourd'hui non résolue réglementairement : la PDA par les pharmacies. Le rapport rappelle que cette PDA doit s'effectuer selon deux façons :

- par les IDE dans l'établissement.
- par le pharmacien d'officine, au sein de l'établissement.

Le rapport préconise également une durée maximale d'une semaine pour le pilulier et demande un suivi de la part du pharmacien en cas de changement d'un traitement. D'une manière générale ce rapport laisse une liberté de choix concernant les modalités d'approvisionnement (PUI ou non) mais dénonce un manque d'implication des pharmaciens d'officine dans les EHPAD et un manque de communication entre les acteurs et propose de développer cette implication au travers de l'établissement d'une convention. En la signant, le pharmacien s'engage à réaliser des actions visant à l'intégrer d'avantage au cœur du circuit du médicament de l'EHPAD et à concourir à la réduction des coûts par l'intermédiaire de remises accordées par l'officine. Visiter le patient à l'EHPAD lors d'une première dispensation, concourir à la rédaction d'une fiche préférentielle de médicaments, élaborer une fiche d'accompagnement thérapeutique destinée aux patient et personnels soignants, sont des missions proposées dans ces conventions.

## **a.2) Le rapport de Septembre 2010 (Naves, Dahan) [53]**

Dans ce rapport de l'IGAS, un bilan est tout d'abord dressé sur l'expérimentation de réintégration des médicaments dans le forfait soins. De nombreux points positifs ont été relevés, notamment la place du pharmacien référent. Conforme aux attentes et répondant aux demandes de la loi HPST, le pharmacien référent a montré son utilité dans une démarche de réduction de la iatrogénie et le bon usage du médicament. Le rapport recommande en conséquence sa reconnaissance et une rémunération dans un texte réglementaire. La création de la liste préférentielle de médicaments est également un succès. Par ces points positifs, la mission recommande de finaliser les textes en cours sur la PDA, sur le médecin coordinateur et sur les conventions EHPAD/officine. En revanche la généralisation de cette expérimentation a été reportée car des difficultés ont été soulevées notamment sur les calculs des dotations à allouer aux EHPAD sans PUI. Des craintes sont également formulées concernant les officines qui se retrouveraient moins intéressantes économiquement que les PUI, après réintégration du prix du médicament dans le forfait soins (les PUI ont des tarifs hospitaliers inférieurs à ceux des officines). Le risque, accentué par la possibilité de former des GCS-MS gérant des PUI menacerait les officines en particulier rurales qui perdraient un important marché. Selon un chiffre de la FSPF cité dans ce rapport, la part du chiffre d'affaire des officines issu de l'approvisionnement des EHPAD peut aller jusqu'à 19% pour certaines. La création de PUI mettra également en danger les officines ayant investi parfois lourdement dans la PDA. Le raisonnement économique qui implique cette réintégration ne doit pas primer sur le raisonnement éthique et qualitatif du soin : la généralisation pourrait entraîner des dérives de refus d'un patient car son traitement coûte trop cher mais également des hospitalisations excessives pour économiser des traitements coûteux.

Concernant la PDA, le rapport met en garde contre les pratiques à distance et veut instaurer un critère de proximité des officines approvisionneuses.

### **a.3) Le rapport d'Octobre 2011 (Destais, Ruol, Thierry) [15]**

Le but de cette mission était d'étudier et de comparer les deux modes de financement des soins actuels : partiel ou global. La conclusion est que le tarif global coûte cher à mettre en place mais peut s'avérer intéressant à moyen terme. Pour ce qui est de la qualité des soins, le rapport s'intéresse à ce qu'il qualifie de 3<sup>e</sup> acteur clé avec les médecins coordinateurs et les cadres de santé : les pharmaciens de PUI. Pour le rapport, outre un intérêt économique lié à la tarification globale, l'intérêt est aussi qualitatif et cela est lié au pharmacien de PUI et à son rôle étroit d'interlocuteur du médecin, de promoteur de santé publique et d'économie de temps infirmier. La PUI toujours selon le rapport est un outil important de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse en se basant sur une enquête d'Essonne qui concluait sur un plus faible nombre d'hospitalisation des résidents des EHPAD en soin global. Une des conclusions finales est donc de faciliter et d'inciter le développement des PUI.

### **b) Les autres textes**

#### **b.1) La doctrine de l'ordre en 2006 [55]**

Dans ce document, l'ordre explicite sa conception de ce que doit être la PDA et la part que doivent prendre les officines dans cette pratique. Les conclusions vont à l'encontre des propositions de l'IGAS : la PDA doit conserver son caractère éventuel et non systématique. Elle ne doit avoir lieu que pour des cas exceptionnels d'aide à la personne.

Un principe fondamental est également rappelé : le libre choix du pharmacien par le patient. En effet l'ordre s'inquiète des abus que cela pourrait engendrer (entente entre les officines et les EHPAD, perte de la notion de proximité au profit de services de livraison).

La crainte est que cette mise en concurrence soit néfaste pour les officines, économiquement et pour la qualité et la proximité de l'acte pharmaceutique.



## **b.2) Le rapport de JP Lancry de Juillet 2009 et l'expérimentation de réintégration des médicaments dans le forfait soins [18]**

Dans un premier temps le rapport présente les EHPAD en France de façon générale. Quelques données sont intéressantes : tout d'abord plus les EHPAD ont de capacité de lits, plus les résidents sont en moyenne dépendants. Ce sont également dans ces grands EHPAD que l'on trouve la majorité des PUI.

Ce rapport explique ensuite les conditions nécessaires pour réaliser l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements de santé. L'échantillon représentatif de cette expérimentation est constitué de 360 EHPAD sans PUI qui diffèrent selon la localisation, la taille, le statut pour tendre à représenter la répartition Nationale.

La dotation soins de chaque EHPAD se voit attribuée une enveloppe basée sur l'étude de la consommation en médicament de l'établissement sur les 6 derniers mois. C'est dans le cadre de cette expérimentation qu'est née la nouvelle fonction du pharmacien : le pharmacien « référent ». Une rétribution de 0,35 € par patient et par jour lui est versée en échange de nouvelles missions notamment l'élaboration de la liste préférentielle de médicaments et vérification de la concordance entre les ordonnances et cette liste.

Le but principal de cette expérimentation est une meilleure coordination entre les acteurs en vue de diminuer les dépenses de santé en prévenant les accidents iatrogènes et en diminuant les prescriptions (éviter le gaspillage, prescrire au meilleur coût à efficacité égale).

Le rapport donne également un chiffrage des dépenses en médicaments en EHPAD : en moyenne 4,12 € par jour et par résident pour un EHPAD sans PUI.

Une partie de ce rapport concerne la PDA, qualifiée de service et non pas de mission du pharmacien référent lorsqu'elle est effectuée dans son officine. .

## **b.3) Bonnes pratiques de soins en EHPAD (2007) [24]**

Ce recueil des bonnes pratiques a été réalisé par la SFGG. La partie consacrée aux médicaments apporte des recommandations pour une meilleure prescription visant à limiter la polymédication de la personne âgée et réduire la iatrogénie. Mieux prescrire passe ainsi par une réévaluation du traitement lors de l'admission en définissant les priorités thérapeutiques

et en réfléchissant à des alternatives non médicamenteuses pour certains symptômes ainsi qu'en adoptant une politique de prévention.

#### **b.4) Rôle des pharmaciens dans les EHPAD (rapport de l'académie nationale de Pharmacie Décembre 2009) [56]**

Ce bulletin expose les principaux problèmes rencontrés en EHPAD : méconnaissance des prescripteurs de ville des règles qui s'appliquent aux personnes âgées dépendantes (polypathologiques, problèmes d'observance...) et une lourde charge pour les soignants en sous effectifs, avec un financement complexe des dépenses en produits de santé.

A ces problèmes se rajoute la pratique de la PDA que pointe du doigt ce rapport : les pratiques de déblistérisation (les automates sont cités car les médicaments sont stockés à nu dans une cassette au sein de l'automate et s'expose à des modifications : 566 spécialités de comprimés et 277 de gélules sont instables en présence de vapeur d'eau, 264 comprimés et 70 gélules sont instables à la lumière selon le thériaque), la notion de responsabilité, la qualité de cette pratique réalisée par certaines officines (dans quels locaux, l'identification du patient et de ses médicaments sur les piluliers, la traçabilité, les changements de traitements). Le rapport espère donc en conséquence une évolution de la réglementation et serait favorable à la PDA automatisée si cette dernière pratiquerait un sur-emballement conservant ainsi le blister et l'intégrité de son contenu.

En conclusion de ce rapport les missions et évolutions de la notion de pharmacien référent sont énoncées : il doit être qualifié en gériatrie (formations), et concourir de par ses actions à améliorer la pharmacovigilance, diminuer la iatrogénie, favoriser l'économie des coûts de produits de santé par une meilleure gestion des stocks notamment, améliorer la communication, gérer les dossiers pharmaceutiques, assurer le retour des médicaments non utilisés,

A ce jour, trois textes de loi majeurs sont toujours en attente d'accord et de validation :

- un texte sur la PDA
- un texte sur les conventions type EHPAD/officine : certaines sociétés commercialisant les matériels de PDA en officine proposent un modèle de convention signé par les deux partis. Mais en l'absence de signature d'une convention type, sans validation des pouvoirs publics ces dernières n'ont pas de légitimité.
- un texte sur le rôle et les missions du pharmacien référent.

## **III.2. Résultats de l'enquête : différentes modalités de prise en charge des médicaments du patient en EHPAD : le présent local**

L'étude des EHPAD s'est restreinte au fur et à mesure à la description de structures présentant un intérêt de par :

- sa localisation
- l'originalité de la prise en charge du médicament
- le fait que la structure pouvait être considérée comme « typique » ou représentative d'un mode de fonctionnement particulier

### **1) La proximité de l'officine : cas d'une officine en milieu rural**

#### **2) La coopération locale entre officines :**

- **avec un lien particulier : entente entre les officines pour investir ensemble dans le même système de PDA : cas de trois officines dans une ville de la proche périphérie Angevine.**
- **sans lien particulier : cas de deux officines dans une ville à une quinzaine de km d'Angers**

### **3) La solution officinale semi-industrielle à Angers**

### **4) La PUI : cas d'un hôpital local à une vingtaine de km d'Angers**

## **a) La proximité de l'officine : cas n°1 d'une officine en milieu rural**

Ce cas illustre le fonctionnement d'un EHPAD en milieu rural, en relation directe avec la seule officine de la ville. La visite de l'EHPAD, la rencontre avec les acteurs du circuit et le remplissage du questionnaire ont abouti à ce compte rendu illustrant la relation de proximité locale entre officine et EHPAD.

### **❖ L'établissement :**

Cette structure a des caractéristiques que l'on retrouve dans de nombreux établissements de petites villes en milieu rural.

#### **➤ caractéristiques structurelles :**

Il s'agit d'un EHPAD accueillant 72 résidents.

#### **➤ localisation et démographie :**

Il est situé dans une ville de 1900 habitants à 30 km d'Angers. C'est un milieu semi-rural.

#### **➤ Les résidents :**

L'EHPAD héberge des personnes âgées sans spécialisation particulière.

#### **➤ le personnel soignant :**

L'EHPAD compte 3 personnels infirmiers ainsi que des aides soignants et des ASH.

#### **➤ La dispensation du médicament :**

L'officine de la ville assure la dispensation pour l'EHPAD.

Elle délivre également pour les services de médecine et de SSR (soins de suite et de réadaptation) de l'hôpital local.

❖ **Le circuit du médicament :**

L'établissement est très sensible à l'amélioration de la démarche qualité du circuit du médicament, notamment grâce à la présence d'une cellule qualité dans la structure.

➤ **la prescription :**

Cinq médecins interviennent auprès de l'EHPAD.

- l'ordonnance :

L'EHPAD ne dispose pas de logiciel d'aide à la prescription. Les ordonnances sont rédigées par le secrétariat avant la venue du médecin, et celui-ci la signe après avoir observé le patient. Les ordonnances tapées par le secrétariat n'ont pas de charte graphique précise et n'identifient le patient qu'au moyen du nom et prénom (pas de poids, taille, photographie...). En cas de modification du traitement chronique, le médecin raye ou rajoute au stylo sur l'ordonnance. Pour des traitements ponctuels, l'ordonnance est manuscrite.

Un livret thérapeutique est en cours de rédaction.

- l'historique du patient et la communication prescripteurs et autres personnels de santé:

L'EHPAD dispose d'une feuille de prescription manuscrite qui renseigne les traitements en cours et passés du résident. Les allergies ainsi que des observations y sont également mentionnées. Un autre modèle est en cours d'élaboration et sera sous la forme d'un tableau plus complet qui renseignera aussi les administrations au patient (traçabilité). Les communications se font principalement au téléphone ou lors de la venue des médecins ou des pharmaciens lors des livraisons. Il n'y a pas à l'heure actuelle de réseau bien organisé.

➤ **L'approvisionnement en médicament :**

L'officine de la ville approvisionne l'EHPAD à raison de deux livraisons par jour (une dans la matinée et une dans l'après midi). La proximité de l'officine permet une réactivité en cas d'urgence. En effet, malgré quelques problèmes de disponibilité et de rapidité de la part de l'officine, de manière générale la proximité de l'offre garantit de bons résultats dans cette ville.

➤ **La dispensation :**

Elle est réalisée de manière classique par l'officine de la ville, qui détient les informations de chaque patient dans son réseau informatique (historique, allergies).

La communication entre l'officine se fait principalement par écrit (par exemple avec des fiches annonçant la suppression du marché d'un médicament et proposant un traitement alternatif).

L'officine est tenue contractuellement de vérifier une fois par mois les péremptions des médicaments détenus par l'EHPAD.

➤ **L'administration :**

Elle est effectuée par un IDE en général, et par des ASH la nuit.

La mise en pilulier est effectuée manuellement par les IDE et est rangée dans des chariots avec une classification selon le numéro de chambre. Le reste du traitement est rangé au nom du patient alphabétiquement dans des étagères.



*Figure 13 : pilulier « classique » (catalogue multiroir médical [57])*

❖ **Les points forts :**

La proximité de l'officine permet de la part du pharmacien une bonne connaissance des patients de la résidence (anciens patients, communication avec le personnel soignant...), et assure également des livraisons dans des délais acceptables.

La présence d'une cellule qualité au sein de la résidence permet à la structure de s'améliorer sans cesse. Si une erreur est commise dans le circuit du médicament, le cadre en réfère alors au bureau de qualité qui détermine selon les critères de gravité d'en référer à la hiérarchie.

❖ **Difficultés rencontrées dans cet EHPAD :**

Il y'a plusieurs critères à améliorer, détectés lors d'évaluations internes ou externes et les moyens sont mis en œuvre pour y remédier.

Dernièrement une erreur d'administration a eu lieu pour une forme buvable. Les gouttes buvables sont préparées en doses (cupules plastiques) pour chaque prise. L'identité du patient est écrite au moyen d'un feutre sur la cupule et la visibilité du nom s'est altérée avec le temps provoquant une interversion avec un autre résident ayant un nom approchant.

L'absence d'informatisation (pas de logiciel d'aide à la prescription, de livret thérapeutique...), est source d'erreurs (recopiage informatique de l'ordonnance par la secrétaire, feuille de suivi de traitement manuscrite, archivage papier des dossiers...).

**b) La coopération locale : illustration avec le cas concret  
n°2 de trois officines d'une ville de la proche périphérie  
Angevaine**

Ce cas illustre l'adaptation de trois officines de la même ville qui ont coopéré entre-elles pour améliorer la qualité de leur service auprès d'un EHPAD.

❖ **L'établissement :**

Il s'agit d'une structure très attractive car jouxtant la ville d'Angers. Quelques mois après l'enquête, sa capacité en nombre de lits a augmenté de 40 %.

➤ **caractéristiques structurelles :**

Il s'agit d'un EHPAD accueillant 80 résidents (au moment de l'enquête).

➤ **localisation et démographie :**

Elle est située dans une ville de 9000 habitants située à 4 km à l'est d'Angers. C'est un milieu semi rural.

➤ **Les résidents :**

L'EHPAD héberge des personnes âgées (au moment de l'enquête, de 63 à 100 ans).

Il n'y a pas de spécialisation particulière, une unité Alzheimer est prévue pour l'an prochain.

➤ **le personnel soignant :**

L'EHPAD compte 3 personnels infirmiers (2,5 ETP) ainsi que des aides soignants et des ASH (16 diplômés au total).



➤ **La dispensation du médicament :**

Trois officines de la ville se partagent les 80 résidents de l'EHPAD

❖ **Le circuit du médicament :**

La coopération entre les officines nécessite une bonne organisation de ce circuit.

➤ **La prescription :**

De nombreux médecins interviennent au sein de la structure (une trentaine) et il n'y a pas de médecin coordinateur.

- l'ordonnance :

L'EHPAD dispose d'un logiciel de gestion et de soins permettant la rédaction d'ordonnances informatisées présentant la même charte graphique (nom, âge, poids, pas de photo du patient). Les ordonnances manuscrites sont encore très nombreuses, le logiciel de prescription n'est quasiment pas utilisé.

Un classeur permet au personnel infirmier de noter les dates de renouvellement d'ordonnance pour un patient et d'ainsi prévenir le médecin afin qu'il vienne.

- l'historique du patient et la communication prescripteurs et autres personnels de santé:

Les questions à poser aux médecins sont notées dans le classeur de renouvellement.

Une fiche de traitement existe mais celle-ci n'est pas forcément mise à jour informatiquement (rajout au crayon). Elle retrace l'identité du patient, son traitement, des effets indésirables ou des allergies rencontrées. Lors d'une hospitalisation du patient, la fiche est fournie à l'hôpital par l'EHPAD. L'EHPAD comptait un médecin coordinateur qui avait notamment développé les procédures de prescription et de suivi informatique des patients. Depuis son départ, l'informatisation du suivi du patient est à développer.

➤ **L'approvisionnement en médicament :**

L'EHPAD s'approvisionne auprès de trois pharmacies, toutes situées dans la même ville, garantissant un approvisionnement en urgence rapide. Les pharmacies se partagent les patients selon les demandes de ces derniers (pharmacien habituel).

➤ **La dispensation :**

Les pharmacies reçoivent les fax des ordonnances, analysent ces dernières et procèdent à la dispensation. A la livraison des médicaments, ils régularisent le dossier avec les originaux des ordonnances et les cartes vitales qu'ils récupèrent à l'EHPAD.

La particularité de cet établissement est que les trois pharmacies se sont entendues pour réaliser la préparation des doses à administrer : elles ont investi toutes les trois dans un système de mise en pilulier : le système Oreus.

D'autres sociétés comme Manrex et Medissimo commercialisent ce système.

La mise en pilulier est manuelle dans un pilulier hebdomadaire à usage unique.

Dans le logiciel Oreus pilulier fourni avec le matériel, le pharmacien rentre informatiquement la prescription (médicaments, posologies, plan de prise) et les numéros de lot des médicaments dont il dispose. Il imprime ensuite un bordereau qui lui permet de visualiser la prescription et le nombre de médicaments par case. Il réalise la mise en pilulier au sein de sa pharmacie. La pharmacie rencontrée n'enlevait pas le médicament de son conditionnement primaire (blister).



*Figure 14a : pilulier hebdomadaire à usage unique (société Oreus [58])*

Une étiquette est ensuite collée au dessus des alvéoles afin de sceller le pilulier. Sur cette dernière on trouve les informations du patient (nom, age...). Une option du logiciel permet d'imprimer la photo du patient sur l'étiquette, la pharmacie rencontrée s'apprête à le faire afin de faciliter l'identification lors de l'administration.



*Figure 14b : pilulier hebdomadaire à usage unique (société Oreus [58])*

Nom, dosage, posologie et date de péremption sont indiqués sur une étiquette collée sur la carte, afin d'assurer une traçabilité. Des codes couleurs permettent d'identifier rapidement le moment de prise. Ce système peut être équipé d'un logiciel permettant de visualiser et de gérer cette traçabilité pour l'officine mais aussi pour l'EHPAD et servant de lien entre les deux structures.

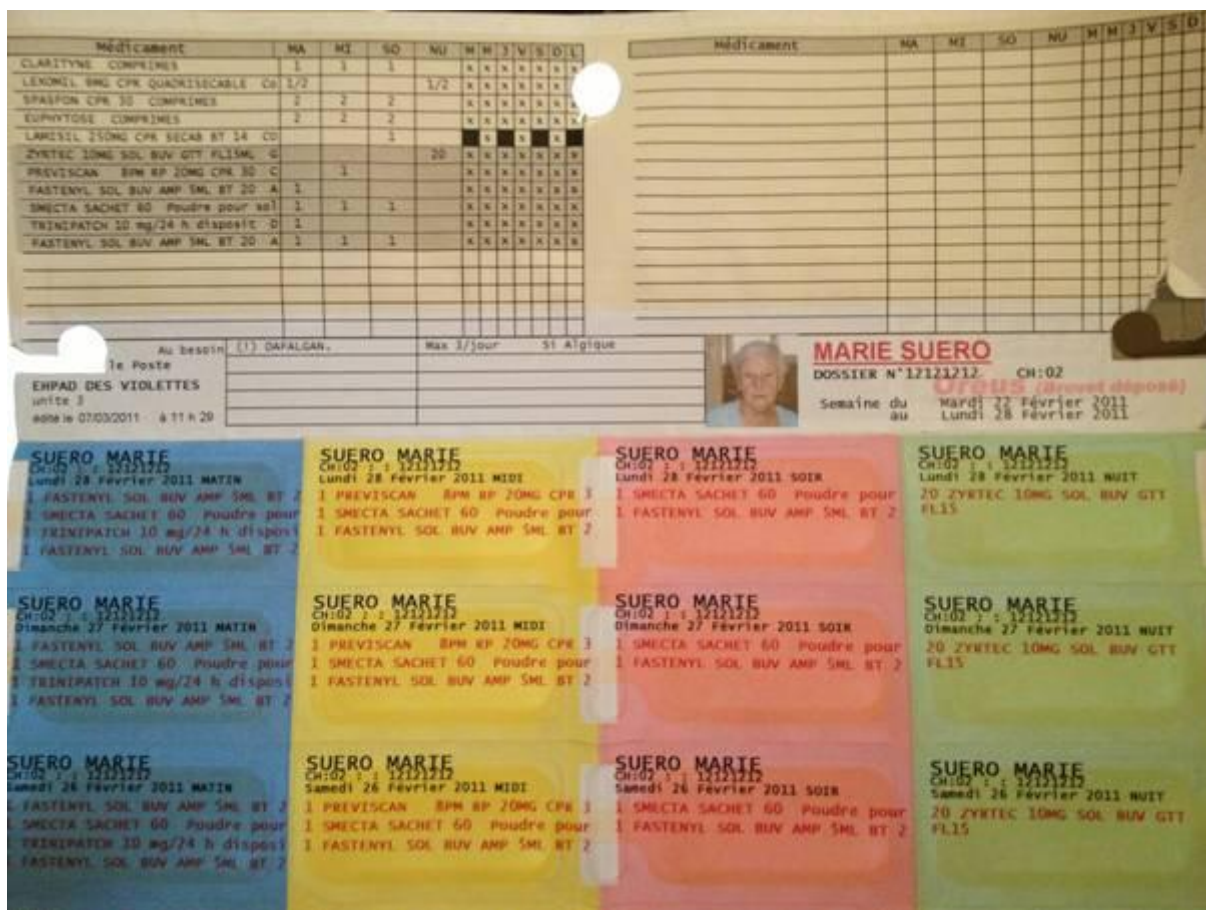


Figure 15 : pilulier hebdomadaire à usage unique (société Oreus [58])

- Avantages de cette méthode de PDA réalisée en officine :

La traçabilité est un outil important, assuré par ce système par l'intermédiaire de l'informatique (fiche plan de prise donnée aux IDE qui s'assurent de la bonne administration des médicaments du pilulier mais aussi de ceux hors pilulier indiqués sur la fiche en la signant à chaque administration, code barre permettant de scanner le pilulier et regarder les caractéristiques sur l'ordinateur et de le rappeler si besoin). Ces piluliers sont à usage unique (pour une semaine conformément aux recommandations de l'IGAS) et ne nécessitent donc pas de nettoyage. Ils ont aussi l'avantage de rappeler de manière claire et lisible (informatique) l'identité du patient (nom, numéro de chambre et même photo).

Pour l'IDE c'est un gain de temps indéniable et donc un avantage économique pour l'EHPAD. Ce système évite aussi de stocker les boîtes des traitements en cours (simplification du stock de l'infirmerie).

- Inconvénients :

Pour le pharmacien c'est un investissement : coût de la formation assurée par les sociétés commercialisant des systèmes de PDA, achat de l'imprimante, et surtout des consommables jetables. C'est également chronophage (temps passé à déblister, à préparer manuellement les piluliers et à remplir informatiquement les prescriptions sur le logiciel afin d'éditer les plans de prise et critères d'identification (forme et couleur du médicament, numéro de lot...) aux IDE. Ce service est à l'heure actuelle sans rémunération. C'est également un système qui suppose une déblisterisation et donc un risque de contamination du médicament, et qui n'accueille pas toutes les formes de médicaments (pas de lyocs, effervescents déblistérés, sachets...).

Sur les cartes sont indiqués les plans de prise (matin, midi, soir, coucher) mais les médicaments qui ont besoin d'être pris à des heures précises, régulières et rapprochées ne peuvent pas rentrer dans ces cases. Il serait également intéressant que les cases correspondent à la date précise du traitement (jour, mois, année) et non pas un classique « du lundi au dimanche ».

Enfin un changement de traitement entraîne une perte des médicaments non utilisés de la carte (anticoagulants...) et l'on observe également des difficultés lorsque l'on perd un médicament ou lorsqu'il y a eu une mauvaise administration (le patient recrache le comprimé) car l'IDE ne dispose plus de réserve (stock) en médicament.

De même un traitement en urgence ultérieur à la mise en pilulier peut favoriser le risque de l'oublier car il ne fait pas parti de la feuille de plan de prise donnée par la pharmacie pour le traitement hebdomadaire.

D'une manière générale ce système impose une rigueur quant à la gestion des consultations des médecins, des envois des ordonnances, tout cela à temps pour que l'officine puisse effectuer la mise en pilulier hebdomadaire. Il nécessite également pour tout nouveau personnel (IDE) une formation pour éviter tout risque d'erreur avec un système pas forcément connu.

### ➤ **L'administration :**

Lors de la livraison, les pharmacies rangent les piluliers sur un dispositif mural. Toutes les pharmacies, ayant intégré le même système, cela permet une clarté d'utilisation pour les infirmières ainsi qu'un gain de temps important.

L'identification des patients est aisée sur les étiquettes, et un code couleur par période de prise (matin, midi, soir, coucher) permet de visualiser rapidement si le médicament a bien été donné. Les infirmières cochent sur le bordereau ci-dessous donné par la pharmacie les médicaments au moment de la mise sur le chariot ce qui permet une dernière vérification des médicaments administrés. Ce système assure donc une traçabilité de la délivrance par le pharmacien jusqu'à l'administration au patient.



*Figure 16 : pilulier hebdomadaire à usage unique et son support mural (société Oreus [58])*

### ❖ **Les points forts :**

- L'entente entre les trois officines approvisionnant l'EHPAD a permis leur investissement dans un système de PDA (préparation des doses à administrer). Le système Oreus a permis d'assurer une bonne traçabilité (N° de lots) et l'édition de documents de suivi (bordereau) destiné à l'EHPAD. Ce système garantit également l'intégrité du médicament (non déblistérisation). Ce système est utilisé pour les formes orales solides sèches. Pour les autres formes galéniques, la délivrance classique est réalisée par l'officine et les infirmières réalisent quotidiennement la préparation des doses.

- la proximité géographique des pharmacies assure des livraisons optimales en cas d'urgence (pharmacies très réactives).

### ❖ Difficultés rencontrées dans cet EHPAD:

- Le nombre élevé de médecins : chacun à sa manière de prescrire (informatisation, manuscrit...). La présence d'un logiciel de prescription au sein de l'EHPAD devrait inciter l'établissement à uniformiser le format de prescription avec une ordonnance type de manière à réduire les risques d'erreur (difficultés à lire l'ordonnance, recopiage...), mais aussi de manière à avoir toutes les informations nécessaires sur le patient (nom, age, poids, taille, numéro de chambre dans la résidence...). Cette uniformisation doit se faire grâce à une communication avec les médecins, une formation à l'utilisation du logiciel de prescription et de suivi. La présence d'un médecin coordinateur serait souhaitable pour ce travail (un médecin coordinateur en avait d'ailleurs établi les bases il y a 2-3 ans).

- difficultés rencontrées par l'officine concernant la PDA. Si le système permet une bonne traçabilité ainsi qu'une praticité pour le personnel infirmier, il exige néanmoins un investissement financier et temporel important (coût des consommables et temps passé à faire la PDA...). Ces investissements, qui ont été nécessaires aux pharmacies pour conserver les patients de l'EHPAD et donc un marché important pour leurs chiffres d'affaire, ne trouvent pour l'instant aucune forme de rémunération spécifique. .

- difficultés rencontrées au sujet du système Oreus : au sujet des moments de prise le pilulier est conçu pour quatre prises quotidiennes (matin, midi, soir, coucher). Il n'y a pas d'indications plus précises (avant, pendant ou après un repas...) et certains médicaments qui nécessitent des heures précises (Modopar<sup>®</sup> par exemple), ne trouvent pas de place dans ce pilulier.

### **Cas n°3 : EHPAD sans coopération locale de PDA :**

**Ce cas illustre le fonctionnement d'un EHPAD en relation avec les officines de la même ville pour l'approvisionnement en médicaments, sans qu'il y ait à l'heure actuelle de véritable lien entre les officines comme dans le cas précédent, pour uniformiser leur service auprès de l'EHPAD.**

❖ L'établissement :

Les caractéristiques de cette structure sont proches du cas précédent à la différence de la localisation, plus éloignée géographiquement d'Angers.

➤ **caractéristiques structurelles :**

Il s'agit d'un EHPAD accueillant 77 résidents auxquels s'ajoutent 5 hébergements de jour.

➤ **localisation et démographie :**

Elle est située dans une ville de 2500 habitants située à 20 km d'Angers. C'est un milieu semi-rural.

➤ **Les résidents :**

L'EHPAD héberge des personnes âgées dont certaines présentent des déficiences mentales, et un trisomique 21.

Il n'y a pas de spécialisation particulière mais une disposition en secteurs au sein de l'EHPAD selon la pathologie (au RDC, sont logées les personnes Alzheimer, et un autre secteur est dédié aux autonomes mais déficients mentaux...)

➤ **le personnel soignant :**

L'EHPAD compte 4 personnels infirmiers (2 temps plein et 2 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> temps plein) ainsi que des aides soignants et des ASH



A cet effectif se rajoutent des intervenants ponctuels (≈15 médecins, 1 psychologue, un ergothérapeute, une diététicienne...)

➤ **La dispensation du médicament :**

Les 2 officines de la ville se partagent les 77 résidents de l'EHPAD

❖ **Le circuit du médicament :**

➤ **la prescription :**

- l'ordonnance :

L'EHPAD dispose d'un logiciel de gestion et de soins permettant la rédaction d'ordonnances informatisées présentant la même charte graphique (nom, age, poids, pas de photo du patient).

Ce logiciel est utilisé pour la grande majorité des prescriptions (plus des ¾). Pour les quelques ordonnances manuscrites, des problèmes se posent pour la lecture des prescriptions.

- l'historique du patient et la communication prescripteurs et autres personnels de santé:

La fiche de traitement : crée il y'a 2 ans, elle identifie clairement le patient à l'aide d'une photo et d'une description (nom, age, sexe, poids, taille, IMC, N° de sécurité sociale, son secteur...). Informatisée, elle répertorie le traitement du patient avec les heures de prise, le nombre de comprimés. Elle renseigne également les allergies éventuelles du patient. Cette fiche est fournie à l'hôpital lors d'une hospitalisation nécessaire ou une visite à un spécialiste.

Pour ce qui est de la communication, elle se fait principalement au téléphone en cas de besoin ou sinon les questions à poser aux praticiens sont notées dans un carnet prévu à cet effet. Dans ce carnet sont indiquées également les dates de renouvellement de l'ordonnance du patient ou les médicaments avancés à faire régulariser sur une

ordonnance pour le rappeler au médecin lors de sa visite. En effet les fréquences de visite sont variables (certains une fois par semaine).

➤ **L'approvisionnement en médicament :**

L'EHPAD s'approvisionne auprès de deux pharmacies. Une liste des patients répartis par pharmacie est affichée dans le local infirmier.

Si l'EHPAD a besoin en urgence d'un médicament, la proximité géographique des pharmacies, basées au sein de la ville fait que la livraison est rapide. Un appel téléphonique est passé à l'officine et la régularisation se fait ultérieurement.

L'EHPAD dispose également d'une liste de produits à ne pas commander à l'officine (compléments alimentaires, pansements, seringues, bandes, aiguilles, sondes urinaires, fauteuils, tablettes, lits...). Ces produits sont commandés directement auprès de grossistes.

➤ **La dispensation :**

Les pharmacies viennent chercher les ordonnances et les cartes vitales. Le pharmacien analyse l'ordonnance et s'assure de l'absence d'interactions ou d'allergies au moyen de l'historique présent dans son logiciel de pharmacie. Il facture ensuite à la caisse.

Les pharmacies livrent les médicaments dans des sacs individuels dans la journée.

Il est à noter que l'identification des sacs n'est pas toujours aisée (nom pas forcément indiqué sur le sac, quelquefois le nom est juste écrit sur l'emballage du médicament). Les pharmacies ne font pas de préparation des doses à administrer.

La part conseil associé, élément faisant partie intégrale de l'acte pharmaceutique est inexistante, mais les pharmacies sont très disponibles pour donner des conseils par téléphone aux personnels soignants de l'EHPAD si nécessaire. Les seuls rapports directs aux patients sont la prise de mesures chez le patient (bas de contention, ceinture lombaire...) par un membre de l'officine. Une pharmacie interrogée songe à la mise en place d'une PDA mais est dans l'attente d'un texte de loi garantissant la légalité de cette pratique.

## ➤ **L'administration :**

En vue de faciliter l'administration aux patients, l'infirmière réalise une fois par semaine une mise en pilulier des médicaments. Ce travail sollicite une infirmière de 7h30 à 15h une fois par semaine.

La préparation et le stockage des piluliers se déroulent dans le local infirmier accessible qu'au personnel de l'EHPAD.

L'infirmière ou un aide soignant sous son contrôle, n'enlève pas le médicament de son conditionnement primaire (blister) mais découpe de manière à avoir une unité de prise encore en blister. Les médicaments sont ensuite disposés dans le pilulier. Ce procédé est valable pour les formes orales solides sèches. Bien que certains petits sachets peuvent rentrer dedans, les plus gros ainsi que les sirops et autres formes non solides ou trop volumineuses font l'objet d'une préparation différente.

Les formes liquides (gouttes) sont disposées dans des petits pots plastiques avec le nom manuscrit du patient dessus et rangées à part.

Ces petits pots sont placés dans un plateau autre que le pilulier, dans lequel se trouvent également les médicaments dont le format ne permettait pas une mise en pilulier (sachets...).

Au fond de chaque case de ce plateau est inscrit le nom du résident.

Il est à noter que les laxatifs ont une barquette propre avec le nom du patient écrit sur le sachet. Un tableau de transmission permet de s'assurer de la bonne administration au patient du laxatif.

La préparation des piluliers est également particulière pour les somnifères qui sont administrés au coucher et qui ont donc leur propre plateau. Il y a plusieurs plateaux somnifères (un par secteur), chaque case du plateau correspond à un jour donné pour un patient donné.

Des médicaments à statuts particuliers ou nécessitant un ajustement des doses très régulier ont des procédures propres : les stupéfiants sont rangés dans un coffre au code connu que des infirmières, et une fiche « stupéfiant » est réalisée pour chaque médicament stupéfiant de chaque patient (ex : Mr X a une fiche Oxycontin<sup>®</sup> et une fiche Durogésic<sup>®</sup>). Une balance mensuelle est réalisée (date, heure, produit délivré, dose, prescription, signature de l'IDE).

Une fiche nominative existe également pour Préviscan<sup>®</sup> : les modifications selon l'INR sont rapportées dans cette fiche.

Les piluliers sont rangés dans deux chariots.

Le stock des médicaments en surplus est vérifié une fois par mois par une infirmière et les périmés sont jetés dans un carton Cyclamed®.

Les médicaments sont administrés le matin par les aides soignantes, le midi et le soir par les infirmières et au coucher (sommifères) par les aides soignantes.

La fiche de traitement est une aide à la mise en pilulier (recensement des médicaments hors semainier, rappel des posologies)

- avantages de cette PDA:

Ce système répond aux attentes actuelles concernant la PDA :

- il permet de conserver le conditionnement primaire du médicament, donc une identification plus aisée du traitement (sous réserve que le blister avec le nom, le dosage et le numéro de lot ne soit pas illisible après la découpe).
- dans la majorité des cas ce système est préparé par des infirmières qui connaissent donc mieux le traitement à l'issue de la mise en pilulier, les éventuelles erreurs. De même ce système étant très courant en établissement de santé et médico-sociaux, la procédure est connue des infirmières ce qui permet à une nouvelle ou à une interim d'être habituée et donc de restreindre le risque d'erreur.
- Lors de l'administration au patient, ce système permet souvent un gain de temps pour les IDE et rend la prise facilitée.
- Si besoin la notice est consultable puisque l'EHPAD conserve les boîtes en cours.

D'un point de vue économique, l'investissement est limité : l'achat des consommables se réduit à un chariot et des piluliers.

- Inconvénients :

Le coût majeur de ce système est un coût humain : la PDA dans ce cas est très chronophage pour les IDE qui pourraient consacrer ce temps aux soins et bien être du patient. La préparation de ces piluliers est source d'erreurs les IDE étant régulièrement dérangées lors de cette tâche.

D'un point de vue qualitatif, les piluliers sont des outils réutilisables : ils nécessitent donc des procédures d'hygiène (nettoyages réguliers).

Un autre inconvénient réside dans la structure du pilulier lui-même : attention au risque d'erreurs liées aux manipulations (médicament qui passe d'une case à une autre lors de la mise en pilulier ou lors de l'ouverture de celui-ci).

Des questions de conservation du médicament dans ce système de dispensation se posent également (comprimés effervescents par exemple) ainsi que des problèmes d'identification des médicaments (plusieurs médicaments différents dans une seule et même case).

❖ **Les points forts de l'EHPAD :**

- Le logiciel permettant la prescription informatisée (traçabilité, ordonnance non falsifiable). Ce type de logiciel est très présent en EHPAD mais le point fort réside dans la forte implication des médecins à l'utiliser.
- La mise au point de la fiche de traitement : utile pour tous les intervenants du circuit du médicament, cette fiche est un résumé complet du traitement médicamenteux du patient.
- La mise en pilulier du médicament sous forme solide encore dans son blister : cette méthode permet de conserver le médicament dans son conditionnement primaire et le préserver d'interactions avec l'environnement (humidité, contamination microbiologique...). Le blister permet également d'assurer une identification du comprimé et une date de péremption (pas pour tous).
- La proximité géographique des pharmacies offre un approvisionnement en urgence rapide.

❖ **Difficultés rencontrées dans cet EHPAD :**

- Difficulté de répartir équitablement les patients entre les deux pharmacies : (l'une s'est plainte d'avoir un patient de moins que l'autre...). A chaque nouveau patient, l'EHPAD lui demande s'il a une préférence pour l'une ou l'autre pharmacie (habitude) et dans le cas échéant lui attribue la pharmacie qui a le moins de patient pour rééquilibrer. Une proposition avait été faite de fonctionner 6 mois avec une pharmacie et les 6 mois suivants avec l'autre. On peut dans ce cas se poser la question du suivi du traitement médicamenteux par le pharmacien. En effet est-il possible pour la pharmacie prenant le relais des 6 mois, d'analyser correctement une prescription sans aperçu de l'historique des 6 mois précédents, des effets indésirables, allergies ou pathologies éventuelles survenus durant cette période ? La récente création du dossier pharmaceutique répond à cette question mais nécessiterait pour cela l'obligation de créer ce dossier pour les résidents.
- Nombre relativement important de médecins intervenant au sein de l'établissement avec chacun leur façon de procéder (ordonnance manuscrite ou informatisée, déplacement tous les trois mois pour certains, nécessitant une gestion rigoureuse du calendrier. La présence d'un médecin coordinateur serait souhaitable. Ses missions viseraient à améliorer la prescription en formant les quelques médecins encore réticents à l'utilisation du logiciel de prescription de manière à sécuriser le circuit.
- les génériques : les deux pharmacies n'ont pas forcément les mêmes laboratoires génériqueurs, les infirmières se retrouvent donc avec des comprimés génériques d'aspect extérieur différent (couleur, enrobage...), rendant l'identification moins aisée lors de l'administration au patient. Elles disposent dans le local d'un tableau d'équivalence princeps/générique donné par une pharmacie
- la préparation des doses à administrer : le constat majeur de cette étape est la multiplicité des endroits de stockage du traitement du patient selon des critères tenant principalement de la galénique, du statut du médicament ou tout simplement à cause du format du médicament (sachet trop volumineux).

C'est lors de la mise en pilulier que les sources de confusion se créent par la multiplicité des piluliers et de leurs lieux de stockage : on observe ainsi :

- deux chariots dans lesquels se trouvent les piluliers « classiques » des formes sèches orales solides
  - un plateau comportant les somnifères
  - une étagère sur laquelle se trouvent les laxatifs
  - gouttes buvables en petits pots et les hors semaine (sachet ou format trop important pour tenir dans les cases du pilulier classique) sont dans un plateau avec le nom du patient inscrit au fond de la case (risque de contamination croisée entre cases).
- la communication entre l'officine et l'EHPAD : il serait intéressant que la pharmacie dispose du même logiciel que l'EHPAD afin d'être mise au courant de l'évolution des traitements des patients ainsi que des observations cliniques (symptômes, observance...) faites par les infirmières au quotidien et par les médecins : disposer du logiciel permettrait d'avoir accès à la fiche traitement du patient.

Les pharmacies se déplacent au sein du local infirmier pour livrer les médicaments, à ce stade des échanges se font entre le personnel infirmier et la pharmacie concernant les patients. Cependant on peut déplorer une absence de visite au patient nécessaire pour établir un suivi thérapeutique de la part des pharmacies.

**c) La solution officinale « semi-industrielle » à Angers :  
cas n°4**

**Ce cas illustre le fonctionnement d'un EHPAD dans une grande ville au sein de laquelle les officines en concurrence doivent se démarquer pour conserver ou acquérir la possibilité d'approvisionner un EHPAD. Cette solution « semi-industrielle » est une solution fréquemment rencontrée dans les moyennes et grandes villes.**

**❖ L'établissement :**

Cette structure présente les caractéristiques d'un EHPAD de taille moyenne. Sa localisation en centre ville en fait un établissement recherché par les personnes âgées dépendantes et un marché important pour les officines avoisinantes.

**➤ caractéristiques structurelles :**

Il s'agit d'un EHPAD accueillant 80 lits.

**➤ localisation et démographie :**

Il est situé à Angers, ville de 147000 habitants

**➤ Les résidents :**

Il n'y a pas de spécifications particulières.

**➤ le personnel soignant :**

Un nombre très important de médecins (une trentaine) intervient au sein de la structure. Cela est du en partie à la taille importante de la ville dans laquelle il est situé. Cela nécessite une bonne organisation, un médecin coordinateur intervient auprès de l'EHPAD.



➤ **La dispensation du médicament :**

Une officine est chargée de l'approvisionnement. Cette dernière intervient dans trois autres EHPAD de la ville également. La distribution des formes sèches s'effectue grâce à un automate de PDA dans lequel a investi l'officine, utilisé pour cet EHPAD étudié ainsi qu'un deuxième (150 lits au total). Plusieurs sociétés commercialisent ces robots comme robotik technology, KLS, Euraf... Les deux autres EHPAD sont approvisionnés de façon classique.



Robotik AP-500

*Figure 17 : Automate de PDA (société robotik technology [59])*

### ❖ **Le circuit du médicament :**

La qualité du circuit dans cette structure est assurée par la modernisation apportée par l'informatisation et l'automatisation.

#### ➤ **la prescription :**

Le grand nombre de médecins intervenant auprès de la structure impose de la rigueur pour cette étape.

##### - l'ordonnance :

Un logiciel de dossier administratif et médical est implanté dans l'EHPAD de façon à uniformiser les ordonnances pour plus de clarté et de lisibilité pour le personnel de l'EHPAD et l'officine. La quasi-totalité des ordonnances sont rédigées via ce logiciel.

##### - l'historique du patient et la communication prescripteurs et autres personnels de santé:

Le logiciel de l'EHPAD édite un plan de traitement pour faciliter les étapes d'administration.

#### ➤ **L'approvisionnement en médicament :**

L'officine approvisionne l'ensemble de l'EHPAD, les 2/3 en utilisant son automate de PDA, le tiers restant étant délivré par boîte pour des patients autonomes. Elle est située dans le même quartier ce qui garantit une bonne réactivité. Trois fois par jours un livreur dépose les médicaments et récupère les nouvelles ordonnances.

#### ➤ **La dispensation :**

Le livreur rapporte les ordonnances récupérées. S'il y a caractère d'urgence, l'EHPAD faxe l'ordonnance à l'officine.

L'officine dispose d'un automate de PDA. L'équipe officinale rentre dans le logiciel de l'automate les prescriptions. Après cette saisie informatique, le robot réalise la mise en sachet prise par prise et ce pour une durée d'une semaine en général.

Le robot est constitué de cassettes contenant chacune plusieurs comprimés de la même spécialité de médicament (ou un générique).

Il y'a cependant encore un travail manuel à réaliser : le déconditionnement du blister primaire avant de disposer les comprimés dans la cassette, et la coupe du médicament lorsque la posologie demandée est une fraction de comprimé (disposition manuelle dans un plateau convoyeur spécifique aux fractions de comprimés inséré dans le robot). Cela prend beaucoup de temps dans l'officine notamment pour déconditionner des médicaments très demandés (paracétamol par exemple) ainsi que pour rentrer informatiquement les données de la prescription.

Le produit final de la PDA est un sachet par plan de prise qui recense toutes les informations nécessaires à l'identification des comprimés et du patient, les numéros de lots, les temps de prise (pendant ou en dehors des repas) ce qui est intéressant pour la sécurité et la traçabilité du service rendu par l'officine [60].



*Figure 18 : sachet-dose (société EURAF [60])*

### ➤ **L'administration :**

Les sachets contenant chacun une prise, sont disposés par l'IDE dans un pilulier manuel après contrôle du contenu avec le plan de prise. Les autres formes galéniques (gouttes, comprimés effervescent, sachets) ne sont pas délivrés par unité par l'officine mais par boîte la mise en pilulier se réalise « classiquement » par l'IDE (ces médicaments hors sachet sont stockés sur des étagères au nom du patient. Un plan de prise est édité par l'officine indiquant les médicaments du sachet et ceux hors sachet pour ne pas les oublier.

La PDA est un avantage selon les IDE qui y consacrent moins de temps (2 heures à deux).

La pharmacie fait parvenir une feuille avec la liste des renouvellements à venir, les IDE se chargent alors de prévenir les médecins pour qu'ils rendent visite au patient.

Si en cours de semaine, il y a une modification dans le traitement, l'IDE entrouvre le sachet, en change le contenu et l'indique sur le sachet.

Les contacts entre les IDE et l'officine se réalisent le plus souvent par téléphone. Il n'y a pas à l'heure actuelle de conseils apportés par l'officine.

❖ **Les points forts :**

- La proximité de l'officine

- Avantages de la PDA par automate :

- la traçabilité : chaque sachet identifie clairement le traitement (nom du médicament, forme, couleur, dosage, numéro de lot, date de péremption...) et le patient (nom, date de naissance, sexe, numéro de chambre...).
- le volume : ce système délivre en moyenne 60 sachets à la minute que l'on enroule entre eux pour un même patient (système dit « escargot » par analogie) : cette capacité importante de production de pilulier est un avantage pour les grandes structures ou pour des officines de grande ville avec plusieurs EHPAD.

❖ **Difficultés rencontrées dans cet EHPAD :**

- Inconvénients de la PDA par automate :

Seules les formes sèches peuvent être disposées dans ces sachets.

Le déconditionnement avant mise dans des cassettes pose des questions sur la conservation des principes actifs : les formes sèches sont stockées « à nu » dans les cassettes pendant une durée indéterminée avec des risques de modifications de l'intégrité physique du comprimé (humidité, interactions contenant-contenu, frottements lors du déconditionnement ou dans le robot...). La solution pratiquée est de ne déconditionner que des quantités pour un mois (en calculant la moyenne des sorties grâce à l'informatique), mais ce critère n'est pas contrôlable. Il faut faire attention aux risques de dérives qui s'observent déjà avec des dispensations « à la chaîne » à grande échelle et ce pour des établissements quelquefois éloignés de plus de 200 km. Le recours à la livraison à distance par un transporteur risque rompre la communication entre le pharmacien et les personnels de l'EHPAD.

Ces actions ne vont pas dans le sens du CSP qui impose un maillage territorial pour les officines.

Enfin un inconvénient de taille : l'investissement pour l'officine. L'achat d'un automate, le coût des consommables, la main d'œuvre et les locaux nécessaires au bon fonctionnement et à l'hygiène du procédé représentent un budget colossal que ne peuvent s'offrir nombre d'officines au risque de s'endetter. A titre indicatif, la société EURAF qui commercialise des automates de PDA pratique des tarifs qui varient selon la taille de l'automate. Il convient d'optimiser la taille de celui-ci selon ses besoins, à savoir le nombre de lits, le nombre de produits exceptionnels (1/4, 1/2 comprimés...). Ainsi les modèles vont de JV30 (30 cassettes) qui permet d'approvisionner de 50 à 130 lits environ et qui coûte 54 000 € HT à JV500 (500 cassettes) qui permet de 400 à plus de 1000 lits et qui coûte 190000 € HT. A cet investissement se rajoutent les prix des consommables évalués à 3€ par mois et par patient (source EURAF [60]), le matériel de déblistération (Figure 19). La maintenance, la hotline, les logiciels, l'entretien sont également coûteux (2000 € par an environ). Enfin un local d'environ 20 m<sup>2</sup> est nécessaire pour le fonctionnement de l'automate.



Figure 19 : petite machine de déconditionnement par poinçon (catalogue société multiroir médical [57])

## **d) La PUI : cas n°5**

### **❖ L'établissement :**

#### **➤ caractéristiques structurelles :**

Il s'agit d'un hôpital local.

#### **➤ localisation et démographie :**

La ville se situe à 20 km à l'Ouest d'Angers et compte 6400 habitants.

#### **➤ Les résidents :**

Cent quatre vingt trois lits en EHPAD sont approvisionnés par la PUI (dont 50 dans une autre ville proche). L'hôpital compte aussi un service de médecine et soins de suite et de réadaptation également approvisionné par la PUI.

#### **➤ le personnel soignant :**

Une vingtaine de médecins interviennent au sein de la structure.

Les soins sont coordonnés par trois médecins coordinateurs : un pour la partie sanitaire, un pour l'EHPAD et un pour l'EHPAD voisin. Un président de commission médicale d'établissement (CME) est en charge de la politique de qualité et de sécurité des soins.

#### **➤ La dispensation du médicament :**

La PUI approvisionne l'ensemble des patients.

## ❖ **Le circuit du médicament :**

### ➤ la prescription :

- l'ordonnance : le logiciel OSIRIS permet la rédaction d'ordonnances informatisées. Des médecins l'utilisent.
- l'historique du patient et la communication prescripteurs et autres personnels de santé: le logiciel permet également [61] de tenir un dossier patient qui contient un dossier médical, un dossier de soins et des dossiers médico-techniques et sociaux. Un agenda et une messagerie incorporés permettent à tous les acteurs de communiquer instantanément sur le patient. Les deux cabinets médicaux à proximité ont également accès internet à osiris et peuvent ainsi modifier à distance la prescription (selon l'INR par exemple). L'accès à cette plateforme est sécurisé. Un volet éducation et projet thérapeutique offre la possibilité de définir des objectifs pour le patient, son traitement. Le pharmacien l'utilise fréquemment pour y apporter ses connaissances et ses conseils. L'uniformisation de l'utilisation de cet outil Osiris, la mise en place de dotations, l'accord sur la liste préférentielle de prescriptions a nécessité 2 à 3 ans pour se mettre en place.

### ➤ **L'approvisionnement en médicament :**

La PUI approvisionne l'ensemble des lits. Outre son rôle de délivrance (conformité délivrance et prescription), le pharmacien est très souvent en contact avec les médecins et s'assure de la qualité du circuit du médicament en faisant un état des lieux des prescriptions, des stocks,

### ➤ **La dispensation :**

Elle est réalisée au sein de la PUI selon la prescription. L'établissement de la liste préférentielle de prescription a permis de mieux cibler les médicaments prescrits, à savoir de mettre le meilleur traitement au meilleur coût pour le patient (négociation des prix des médicaments de la liste) et d'optimiser les stocks. Elaborée conjointement par les médecins et les pharmaciens, celle-ci recense les médicaments à utiliser en priorité pour chaque classe médicamenteuse et indication.

Au sein de cette PUI, on compte en moyenne un produit hors liste préférentielle (cela peut être des médicaments chers) par prescription (pour une moyenne de 8 lignes par ordonnance), ce qui prouve la bonne implication de l'ensemble des acteurs dans ce projet.

➤ **L'administration :**

Elle se déroule classiquement aux moyens de piluliers « classiques » et grâce aux plans de prise et fiches de traitement que permet le logiciel OSIRIS.

❖ **Les points forts :**

La présence d'une PUI a un double avantage : celui de pouvoir plus facilement gérer le stock de médicaments propres à l'EHPAD et celui de pouvoir bénéficier de la disponibilité d'un pharmacien sur place.

Cela a pour effet de diminuer déléster les IDE de nombreuses charges en rapport avec le médicament, ce qui leur permet de se consacrer pleinement à leur rôle auprès des patients ainsi qu'à l'acte final du circuit du médicament : l'administration et le suivi. En effet la gestion du stock de médicament ainsi que la mise en pilulier et la rédaction des plans de prise sont réalisées par la PUI sous contrôle du pharmacien en charge.

Cette présence au sein de la même structure des médecins et pharmaciens permet une meilleure coordination symbolisée par la mise en place de la liste préférentielle de médicaments.



## **e) Points forts et points faibles rencontrés lors de l'étude**

### **e.1) Points forts**

**- avantage de la proximité :** ce critère garantit une qualité indéniable pour le circuit du médicament. Que ce soit pour une PUI ou une officine, la proximité géographique garantit à l'EHPAD et ses patients un dialogue facilité et une bonne réactivité en cas d'urgence (modification de traitement, médicament en urgence comme des antibiotiques, des morphiniques...).

**- utilité du médecin coordinateur pour la qualité des soins.**

**- informatisation :** l'outil informatique garantit la sécurité et l'efficacité du circuit du médicament. C'est un outil indispensable de communication entre les acteurs (messagerie), de traçabilité. L'informatique permet de partager les données sur le patient (dossier patient), d'y annoter des commentaires, des conseils pour l'administration des médicaments. Il est également utile pour gérer les stocks en temps réel et pour prévenir des éventuels retraits de lots ou de périmés. Concernant la prescription, l'informatisation de la liste préférentielle est une aide pour le prescripteur et le pharmacien pour la qualité de la prescription et les économies engendrées. Enfin c'est un gage de fiabilité, afin de prévenir les sources d'erreur dans le circuit : les ordonnances informatisées préviennent le risque de mauvaise lecture de l'écriture manuelle et sont souvent plus complètes et précises car imposées par le logiciel (dosage, forme galénique...). Les ordonnances informatisées permettent également un transfert par mail plus aisé en direction de la pharmacie.

**- compétences du personnel**

## **e.2) Points faibles**

- **polymédication et formes galéniques** : la multiplicité des intervenants (médecins, spécialistes) et la demande des personnes âgées elles-mêmes (effet rassurant d'avoir plusieurs médicaments) entraînent une surconsommation médicamenteuse. De plus, on observe une inadéquation entre certaines formes galéniques utilisées et des difficultés pour l'administration aux personnes âgées dépendantes. La pratique de broyage, d'écrasement des comprimés est à effectuer avec précautions car de nombreux principes actifs et formes galéniques ne permettent pas cette méthode.

- **la gestion du stock** : souvent par manque de temps on observe un surplus de stock de médicaments au sein de l'EHPAD. Cet excédent est source de gaspillage et représente pour les IDE une tâche supplémentaire qui ne rentre pas dans leur mission mais dans celle du pharmacien : la gestion d'un important stock médicamenteux (les stock des locaux infirmiers ne devrait contenir que quelques médicaments destinés à une administration en urgence).

- **multiplication des intervenants**

- **manque de formation**. Le manque de formation notamment à l'utilisation de l'outil informatique peut entraîner un recopiage par une autre personne ce qui est source d'erreur, ainsi qu'un problème pour le pharmacien pour déchiffrer certaines ordonnances manuscrites.

- **manque d'IDE** : la mise en pilulier est très chronophage pour le personnel infirmier. Cela a pour effet de consacrer moins de temps à la mission première de cette profession : la gestion au quotidien des soins du patient. De plus, on observe dans de nombreux EHPAD d'importantes rotations d'IDE qui peut être problématique pour la qualité de la communication et de la formation sur le circuit du médicament au sein de la structure.

- **traçabilité de l'administration du médicament**

**f) Vécu sur le terrain des acteurs du circuit du médicament selon la structure :**

<b>Type d' EHPAD</b>	<b>Vécu de l'IDE</b>	<b>Vécu médical</b>	<b>Vécu de la direction (organisationnel et économique)</b>	<b>Vécu des patients hébergés</b>	<b>Pharmacien (livraisons, souplesse ordonnance urgence, modifications), économie...</b>
<b>proximité</b>	Réactivité de l'officine proche de l'EHPAD, communication plus aisée entre les IDE et l'officine.	Connaissance pour les médecins de l'officine proche, rapports facilités, souplesse lors d'un changement ou pour une avance d'un traitement.	Avantage indéniable de la proximité pour la souplesse de la délivrance mais pas très avantageux économiquement. La PDA par les officines est un service très apprécié pour faciliter le travail des IDE et réaliser des économies.	Usagers : relation de confiance pour l'officine proche de l'EHPAD, identification aisée du pharmacien	Rôle du pharmacien officinal dans la relation de proximité (maillage officinal). , Connaissance des patients pour l'officine (la plupart du temps et ce surtout pour des petites villes ce sont d'anciens patients non dépendants, suivi plus facile)
<b>coopération locale avec entente pour la PDA</b>	Gain de temps reporté sur les soins et l'accueil des familles. Conservation de la proximité des officines et communication plus aisée. Les piluliers préparés par les officines sont les mêmes donc pas de source d'erreur, et les fiches de traçabilité et d'administration jointes au pilulier garantissent la qualité et la sécurité du circuit du médicament. Ces avantages demandent de l'organisation de la part des IDE pour planifier les visites de médecins afin que le pilulier se fasse dans de bonnes conditions.	Officines connues des médecins car de la même localité, clarté de la délivrance grâce aux fiches informatisées.	Economie de temps et d'argent à travers le service rendu de la PDA	Officines connues des patients car situées dans la ville (surtout dans les petites), sensation de sécurité avec ce pilulier à usage unique hebdomadaire.	Economies car regroupement pour acheter le même matériel, la formation au logiciel et les consommables. Conservation du marché de cet EHPAD grâce à la réalisation de la PDA. Cependant cette PDA est chronophage pour les officines, nécessite un espace consacré à cet acte qu'à l'heure actuelle ne bénéficie d'aucune rémunération.

<b>Coopérative locale sans entente particulière</b>	Proximité, réactivité des officines mais complications organisationnelles (communication, gestion des stocks médicamenteux, PDA avec des laboratoires de génériques différents entre les officines) compliquent le quotidien des IDE.	Conservation de la proximité des officines, contacts facilités	Difficultés organisationnelles pour gérer l'approvisionnement par plusieurs officines (attribution des patients équitable notamment). Solution pas très économique	Officines connues des patients,	Réflexion sur la mise en place d'une PDA pour ne pas perdre le marché mais en attendant d'un texte de loi.
<b>Dispensatoire semi-industriel</b>	Gain de temps, sécurité, traçabilité mais exigence organisationnelle importante. Difficultés lorsque les officines sont éloignées de l'EHPAD.	Sécurisation du circuit mais lourdeur lors d'une prescription en urgence lorsque l'officine est distante géographiquement	Economies réalisées par l'EHPAD à travers ce service (économie de temps infirmier qui se concentre sur sa mission propre).	Difficultés pour les usagers qui ne connaissent pas le pharmacien (livraison de médicaments à distance, quelquefois à plus de 160 km)	Investissement très onéreux que ne peuvent s'offrir que des grandes officines. Risques de s'endetter pour conserver un marché. Chronophage également pour l'officine
<b>PUI</b>	Délestage de nombreuses charges liées au médicament (stockage, PDA...), concentration sur le rôle propre de son métier (centré sur le patient)	Proximité directe avec le pharmacien, rapports privilégiés, travail d'équipe, stock médicamenteux plus complet et plus ciblé.	Création d'une PUI très coûteuse et nécessitant des frais de fonctionnement élevés mais solution économique à moyen terme de posséder une PUI pour un EHPAD ou un groupement d'EHPAD ayant suffisamment de lits pour que cela soit rentable. Effet rassurant de posséder une pharmacie et un pharmacien dans la structure.	Effet rassurant de la proximité du pharmacien et de la pharmacie. Déplacement aisé du pharmacien auprès des patients.	Investissement total du pharmacien au sein de la structure, travail d'équipe, réflexions, propositions autour d'un traitement, élaboration de la liste préférentielle de médicaments.

## **Conclusions : importance de la proximité et de l'implication du pharmacien**

La première conclusion de ce travail concerne les moyens technologiques et la formation des personnels : il semble indispensable pour améliorer la fiabilité et la qualité du circuit du médicament, de généraliser pour tous les EHPAD l'utilisation de l'outil informatique et de développer la formation des personnels soignants à la gériatrie et ce grâce à l'action notamment des médecins coordinateurs.

Une deuxième conclusion concerne le rôle du pharmacien qui se doit de s'impliquer d'avantage dans le circuit du médicament en EHPAD : le pharmacien est de part la localisation de son officine, extérieur à l'EHPAD. Son rôle ne doit pas se limiter à une simple dispensation mais à une véritable implication dans une démarche de qualité et de sécurité de son acte pharmaceutique auprès de l'EHPAD. Sa mission doit se rapprocher de la qualité de celle effectuée au sein des PUI. Améliorer la communication entre sa structure et l'EHPAD, prodiguer des conseils sur les traitements médicamenteux des patients, proposer des alternatives pour leur confort (forme LP limitant le nombre de prises, formes galéniques plus adaptées à la personne âgée dépendante, conseils sur les plans de prise, mise en place d'une politique de prévention, alternatives non médicamenteuses pour réduire la polymédication comme le suggère la SFGG [24]). Pour cela il semble indispensable que le pharmacien se rende sur le lieux de résidence de ses patients, à savoir l'EHPAD, pour les rencontrer, discuter de leur quotidien, de leur traitement, de leur difficulté, afin de les soulager de part leurs conseils et de déterminer leur niveau de dépendance, de démence. Cette visite sera aussi l'occasion de communiquer avec les soignants de l'état de santé du patient, de visiter les locaux infirmiers pour leur donner des conseils et participer à la gestion de leur stock, la gestion des périmés, la conservation des médicaments. Assister à une mise en pilulier peut être intéressante pour le pharmacien qui pourra également apporter ses connaissances sur les dangers de la déblitérisation et en particulier pour certains principes actifs plus fragiles et également sur les pratiques de broyage des médicaments. En effet un nouveau regard est toujours intéressant pour améliorer les pratiques.

La troisième conclusion concerne le choix pour l'EHPAD de l'origine de la distribution des médicaments. Il n y a pas de solution généralisable : il appartient à chaque établissement de

définir ses besoins et de choisir le mode de fonctionnement qui sera le plus en adéquation avec les caractéristiques de sa structure (localisation, taille, moyens...).

Il y'a cependant un critère important qui ne doit pas être négligé : la proximité de l'officine. Cette conservation du maillage territorial des officines est importante pour la qualité de l'acte pharmaceutique.

Les services de PDA rendus par les officines peuvent également s'avérer importants dans la qualité et la sécurité du circuit du médicament à condition que cette PDA soit réalisée dans de bonnes conditions, à la fois pour conserver l'intégrité du médicament délivré (attention aux déconditionnements et écrasement des formes sèches) mais aussi pour conserver cette notion de proximité et de ne pas tomber dans les dérives actuelles observées notamment dans le département à savoir des livraisons pour des EHPAD parfois situés à plus de 150 km de l'officine. Les sociétés commercialisant ces matériels de PDA et notamment les automates doivent s'adapter au marché et proposer des systèmes moins coûteux pour les officines, en évitant de sur-dimensionner les machines. La pratique de cette PDA hebdomadaire est également intéressante et utilisable pour des patients hors-EHPAD : en hospitalisation à domicile (HAD), pour des personnes souffrant de troubles mentaux (par exemple pour la schizophrénie) ou pour des personnes non encore institutionnalisées mais présentant des troubles cognitifs. La PDA est un enjeu financier et un véritable marché dans lequel les officines rentrent en concurrence, exposant les officines à deux risques financiers : le premier est que des petites officines n'ayant pas les moyens d'investir dans la PDA perdent l'EHPAD qu'elles approvisionnaient et donc se retrouvent dans une situation financière délicate, le deuxième est que l'investissement dans la PDA automatisée représente un gros emprunt qui risque de creuser la trésorerie de l'officine. En revanche pour la sécurité sociale cet outil pourrait représenter une économie : la PDA est un moyen de prévenir le gaspillage des médicaments par une délivrance hebdomadaire, réduisant ainsi le nombre de médicaments non utilisés. Ainsi lors d'une étude parue en 2006 [62], il a été estimé que 10.27 % du coût des boîtes délivrées concernent des médicaments qui ne seront pas utilisés.

Indépendamment de ces aspects financiers, la PDA reste pour le pharmacien officinal l'occasion de se diversifier dans une nouvelle activité qui bien que chronophage est un moyen de mettre en valeur la profession si cette pratique est accompagnée des conseils associés.

La population à laquelle s'adresse ce service rendu est certes des personnes âgées dépendantes, mais cela ne les dispense pas pour nombre d'entre eux de posséder une certaine autonomie (la marche, les appels téléphoniques...), et de vouloir continuer d'entretenir ce lien

de confiance avec son pharmacien, à lui demander des conseils pour améliorer son quotidien. Dans un EHPAD de proximité observé en périphérie d'Angers, la faible distance qui sépare l'officine du lieu de résidence fait que quotidiennement quelques personnes s'y rendent à pieds pour demander des informations sur son traitement, sur l'apparition de symptômes, d'autres appellent pour demander un produit non médicamenteux... Le pharmacien qui connaît bien le patient sera alors en mesure de le conseiller au mieux prévenir une automédication à risque. Mais la délivrance par une officine à plus de 150 km ne permet plus cette proximité, ce contact, cette confiance.

D'une manière générale, l'officine, de part sa position extérieure à la structure se heurte à plusieurs problèmes tenant à son éloignement du patient. La qualité de son conseil est ainsi altérée et le suivi du quotidien du patient vis-à-vis du traitement plus difficile. De même son éloignement de l'équipe soignante le prive d'informations concernant les dossiers des patients mais aussi sur le circuit du médicament (gestion du stock dans les infirmeries, mise en piluliers, plans de prise...).

Pour remédier à cela le pharmacien d'officine doit tendre à se rapprocher de la pratique observée en PUI et du rôle que joue la pharmacien au sein même de la structure. La généralisation de l'informatique est une solution pour améliorer la communication entre les acteurs et suivre à distance l'évolution de ses patients et d'y apporter des commentaires notamment grâce aux logiciels équipant de nombreux EHPAD permettant une clarté et une utilisation très didactique pour les acteurs.

L'avenir du pharmacien officinal auprès des EHPAD passe par cette communication informatique mais aussi par des visites régulières dans l'EHPAD afin de rencontrer les personnels, les patients et d'apporter ses connaissances sur le médicament dans la gestion au quotidien du circuit du médicament dans l'EHPAD. A l'heure actuelle ce rôle ne bénéficie pas de rémunération mais pourrait rentrer dans le cadre d'une rémunération à l'acte prônée par la loi HPST, venant récompenser l'apport du pharmacien d'officine dans la rédaction du livret thérapeutique, ses informations données au personnel (formations), sa participation à la PDA. Outre la valorisation de son métier, l'officinal répondra au double enjeu de cette sécurisation du circuit du médicament : un enjeu de santé publique et un enjeu économique.

## **Bibliographie**

- [1] Pla A., Beaumel C. Bilan démographique 2011 la fécondité reste élevée. Insee première, janvier 2012, n°1385, 4p., p1-4.
- [2] Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 la population continue de croître et le vieillissement se poursuit. Insee première, juillet 2006, n°1089, 4p., p1-4.
- [3] Blanpain N., Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. Insee première, octobre 2010, n°1320, 4p., p1-4.
- [4] Blouin M., Bergeron C. Dictionnaire de la réadaptation : termes d'intervention et d'aides techniques. Les Publications du Québec, 1997, tome 2, 164 p., p28.
- [5] Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal Officiel de la République Française, 21 juillet 2001, n°167, p 11737.
- [6] Azéma B., Barreyre J., Chapireau F., Jaeger M. Classification internationale des handicaps et santé mentale. Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, mai 2001, 127 p.
- [7] Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap. Schéma de Wood, [en ligne], [http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hid\\_ftp/presentation/wood2.pdf](http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hid_ftp/presentation/wood2.pdf), consulté le 12 novembre 2012.
- [8] Code de l'action sociale et des familles. Article R 232-3, annexe 2, [en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 04 janvier 2012.
- [9] Bonnefoy V., Fouchard C., Soulas O. Pays de la Loire : 33 000 personnes âgées dépendantes supplémentaires d'ici 2030. Insee pays de la Loire Etudes, février 2012, n°101, 6p., p1-6.
- [10] Rapport du débat national sur la réforme de la dépendance. Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées, juin 2011, 47 p., p10.
- [11] Prévot J. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Dress Etudes et résultats, mai 2009, n°689, 8p., p1-8.
- [12] Code de la construction et de l'habitation. Article L-633-1, [en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 06 janvier 2012.
- [13] Eghbal-Téhérani S., Makdessi Y. Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, méthodes de calcul, intérêts et limites d'une estimation en population générale. Dress série sources et méthodes, septembre 2011, n°26, 70 p.
- [14] Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française, 27 avril 1999, n°98, p 6223.



[15] Destais N., Ruol V., Thierry M. Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale. La documentation française, octobre 2011, 210 p.

[16] Décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ainsi que le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. Journal Officiel de la République Française, 6 mai 2001, n°106, p 7175.

[17] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002, p 4118.

[18] Lancry P.-J., Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La documentation française, août 2009, 32 p.

[19] Code de l'action sociale et des familles. Article L.313-12, [en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 04 janvier 2012.

[20] Benattar L. Projet d'établissement, [en ligne], <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/coordonateurehpad22011/ProjetdetablissementLindaBenattarpartie2.pdf>, consulté le 28 mars 2012.

[21] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Améliorer la Qualité en EHPAD – Guide d'accompagnement, juin 2000, [en ligne], [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_angelique.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_angelique.pdf), consulté le 20 novembre 2011.

[22] Le Bouler S., Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes-Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025. La documentation française, juillet 2005, 94p., p71, 80.

[23] Dutheil N., Scheidegger S. Etude sur les pathologies et la perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Drees études et résultats, août 2006, n°515, 8p., p1-7.

[24] Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société française de gériatrie et gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, quelques recommandations, octobre 2007, [en ligne], <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>, consulté le 20 novembre 2011.

[25] Laversin S., Durocher A. Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. ANAES-Service des recommandations et références professionnelles, février 2000, 43 p.

[26] Prévot J., Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Dress Etudes et résultats, août 2009, n°699, 8p., p7.

- [27] Code de la Santé Publique, [en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [28] Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et Société*, décembre 2002, 103 p.
- [29] Queneau P. Rapport de Mission du 20 mars 1998 à Monsieur le Ministre de la Santé sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention. La documentation Française, 1998.
- [30] Doucet J., Queneau P. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2005, vol 189, n°8, p1693-1709.
- [31] Afssaps. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé, juin 2005, [en ligne], [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/iatogenie\\_medicamenteuse.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/iatogenie_medicamenteuse.pdf), consulté le 24 octobre 2010.
- [32] Perrin-Hayne J., Chazal J., Chantel C., Falinower I. Les personnes âgées en institution. *Dress dossier Solidarité et Santé*, 2011, n°22, 32p.
- [33] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 11 août 2004, n°185, p 14277.
- [34] Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. *Journal Officiel de la République Française*, 18 décembre 2008, n°0294, p 19291.
- [35] Vetel J-M. Les médicaments chez le sujet âgé, [en ligne], <http://www.institut-servier.com/download/longevite/11.pdf>, consulté le 12 octobre 2012.
- [36] Association études et recherches sur les handicaps. Bienvenue sur le site de l'A.E.R.H. nouveau : la version 3 de pharmafiches est désormais disponible, [en ligne], <http://aerh.fr/index.php?r=site/page&view=listepositive>, consulté le 12 octobre 2012.
- [37] Société Française de Pharmacie Clinique, Antier D., Bernheim C., Dufay E., Husson M-C, Tissot E. *Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse*. 1 ère édition. 2005. 64 p.
- [38] Décret 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 26 août 2005, n°98, p 13526.
- [39] Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011. *Journal Officiel de la République Française*, 21 décembre 2010, n°0295, p 22409.
- [40] Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Qualité et Efficience des soins en EHPAD - Réunions locales d'échanges avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, [en ligne], [http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_qualite\\_efficience/rencontres\\_qualiteefficience/21\\_avril2011/EHPAD\\_V\\_reg\\_valide\\_e.pdf](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/rencontres_qualiteefficience/21_avril2011/EHPAD_V_reg_valide_e.pdf), consulté le 03 avril 2012.

[41] Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française, 31 décembre 2010, n°0303, p 23517.

[42] Direction Générale de la Santé, Bureau PS 3, Direction de l'action sociale. Circulaire n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments, [en ligne], <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-25/a0251638.htm>, consulté le 17 mai 2012.

[43] Raimbault M., Bussièrès J-F., Lebel D. Réflexions sur les interruptions dans le circuit du médicament et leurs retombées. Pharmactuel, Janvier-Février-Mars 2011, vol. 44, n°1, p 53-59.

[44] Haute Autorité de la Santé. Fiche thématique : Organisation du circuit du médicament en établissement de santé. HAS - DACEPP - Service de l'accréditation, 2005, 12p, p 1-9.

[45] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel de la République Française. 17 août 2004. n°190. p 14598

[46] Code de l'action sociale et des familles. Articles D312-157 et D 312-158, [en ligne], <http://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 04 janvier 2012.

[47] Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française, 7 septembre 2011, n°0207, p 15050.

[48] DUÉE, M., REBILLARD, C. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. Données sociales : La société française, édition 2006, 667p., p 618.

[49] Afssaps. Cahier des charges des bonnes pratiques relatives au conditionnement unitaire des spécialités pharmaceutiques destinées en particulier aux établissements de santé, juillet 2007, [en ligne], [http://www.synprefh.org/Data/upload/Images/Design/pdf/cahier-des-charges-conditionnement-unitaire\\_200707\(1\).pdf](http://www.synprefh.org/Data/upload/Images/Design/pdf/cahier-des-charges-conditionnement-unitaire_200707(1).pdf), consulté le 24 octobre 2011.

[50] Insee Pays de la Loire. Observation sociale des territoires de Maine-et-Loire. Cahier départemental du Maine et Loire, décembre 2011, 40 p., p 8.

[51] Mallet T., Pelloquin V., Selles P-J., Soulas O. Accompagnement des personnes en situation de handicap aux trois périodes de la vie : enfants, adultes, personnes âgées Région Pays de la Loire. ARS Pays de La Loire, décembre 2011, 22 p.

[52] Tallec A., Tuffreau F., dir. La santé observée dans les Pays de la Loire. ORS Pays de la Loire, janvier 2012, 238 p.

- [53] Naves P., Dahan M. Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans PUI. La documentation française, septembre 2010, 100p.
- [54] Deloménie P., Fontanel-Lassale M. Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées. La documentation française, mars 2005, 211p.
- [55] Parrot J. Maisons de retraite : la doctrine de l'Ordre. Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, les nouvelles pharmaceutiques : la lettre, 16 mars 2006, no.315.
- [56] Hazebroucq G., Moreau R et coll. Rôle des pharmaciens dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Académie nationale de pharmacie, décembre 2009, 16 p.
- [57] Multiroir médical. Rubrique catalogue, [en ligne], <http://www.multiroir-medical.com>, consulté le 02 novembre 2012.
- [58] Oreus-pilulier. Oreus-pilulier, un produit français breveté Distrained, [en ligne], <http://www.oreus-pilulier.com/oreus-concept.htm>, consulté le 02 novembre 2012.
- [59] Robotik technology. Spécifications techniques Robotik AP-500, [en ligne], <http://www.robotiktechnology.com/solutions/products/ap500>, consulté le 02 novembre 2012.
- [60] Société Euraf. Dossier Automate de Dispensation à Délivrance Nominative. Catalogue papier - dossier offre, version octobre 2011.
- [61] Corwin Logiciel et Santé. Osiris, un système modulaire et performant, éprouvé et extrêmement complet, [en ligne], <http://0602.nccdn.net/000/000/024/8ac/OSIRIS-SANIT-4p--BD.pdf>, consulté le 16 Septembre 2012.
- [62] Megerlin F., Bégué D., Lhoste F. Traçabilité et coût des médicaments non utilisés au sein d'établissements pour personnes âgées en France. Journal d'Economie Médicale, novembre-décembre 2006, vol 24, n° 7-8, p 387-402.

## Annexe 1 : MMSE (source Groupe de Recherche sur les Évaluations Cognitives : GRECO)

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? \_\_\_\_\_

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

- |     |    |                          |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |        |    |          |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare |    | Citron |    | Fauteuil |
| 12. Fleur  | ou | Clé    | ou | Tulipe   |
| 13. Porte  |    | Ballon |    | Canard   |

#### Langage

/ 8

- |   |                                      |                          |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Montrer un crayon.  | 22. Quel est le nom de cet objet ?*  | <input type="checkbox"/> |
| Montrer votre montre.   | 23. Quel est le nom de cet objet ?** | <input type="checkbox"/> |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »*** |                                      | <input type="checkbox"/> |

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : 28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

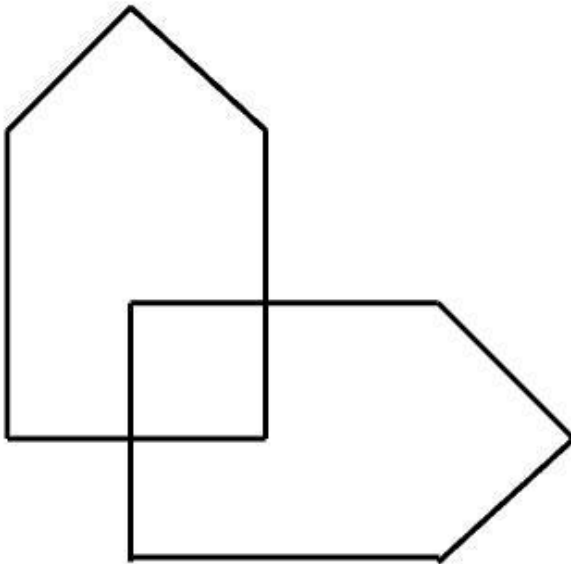
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »\*\*\*\*\*

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

**« FERMEZ LES YEUX »**



**Annexe 2 : Echelle de dépression gériatrique GDS (source département de gérontologie  
hôpital Nord Clermont-Ferrand)**

**ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)**

NOM :

Prénom :

Date :

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée \* vaut un point.

<p><b>Score 0 à 5 : normal</b>  <b>Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression</b>  <b>Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression</b></p>
--

## **Questionnaire :**

### **I Concernant la structure :**

- type d'établissement médico-social (EHPAD, ESAT, foyers d'hébergement, MAS...)?
- localisation
- nombre de lits
- les résidents :
  - Quelles sont les personnes hébergées ? (personnes âgées, handicapés, enfants...)
  - La structure est elle spécialisée pour l'accueil de pathologies particulières ? pour un handicap particulier ?
- Le personnel soignant : nombre de médecins (libéral ou exerçant dans la structure), infirmier(e)s, aides soignant(e)s.
- La pharmacie : en PUI ou pharmacie d'officine ? s'il s'agit d'une officine, y'a-t-il un accord avec une en particulier ?

### **II Concernant le circuit du médicament au sein de l'établissement :**

#### **1. la prescription :**

- quel médecin ? identification claire du prescripteur ? (nom, date, signature)
- le médecin dispose t-il d'un historique du patient (informatisé ?), les différents prescripteurs du patient communiquent ils entre eux ? comment (réunion, médecin coordinateur...)
- informatisation de la prescription ?
- identification claire du patient ? (nom, age, photo, poids...) sur l'ordonnance ?
- liste préférentielle de médicaments au sein de l'EMS ? si oui, le pharmacien a-t-il pris par à l'établissement de cette liste ?



→ risque à cette étape : prescription mal recopiée par une tierce personne, édition informatisée d'un renouvellement d'ordonnance avec médicaments qui ne devaient plus y figurer, erreur d'identification du patient.

## **2. l'approvisionnement en médicament :**

- L'EMS s'approvisionne auprès d'une officine ? ou a-t-elle sa PUI ?
- Si l'approvisionnement se déroule auprès d'une officine, y'a-t-il une seule officine (contrat avec un pharmacien référent) ou plusieurs ?
- les préparations sont exécutées par le pharmacien d'officine ou de PUI ? une autre pharmacie sous-traitante ?
- délai entre l'envoi de la prescription et la réception de l'ordonnance ?
- comment se déroule l'approvisionnement d'un médicament en urgence ? protocole ? délai ?

## **3. la dispensation :**

- le pharmacien doit s'assurer de la bonne dispensation du médicament
- historique du patient disponible ? dossier pharmaceutique ? allergies mentionnées ?
- interactions médicamenteuses, contre-indications ?
- forme galénique plus adaptée ?
- double vérification de l'ordonnance ? archivage des anciennes ordonnances ?
- mise en pilulier par le pharmacien ?
- livraison : par qui et comment sont acheminés les médicaments ? dans quoi sont disposés les médicaments (sacs scellés ? identification du patient ?)
- des conseils sont ils donnés par le pharmacien ? (accompagnement thérapeutique, comment prendre le médicament ? effets indésirables potentiels ?...).
- le pharmacien conseille t il le personnel paramédical ? le patient ?
- si oui par quels moyens ? (téléphone, visites régulières, fiches conseils accompagnant la délivrance...)

- la pharmacie a-t-elle mis en place une procédure « qualité » concernant la dispensation d'un traitement destiné à un EMS ?

#### **4. Administration :**

- par qui ? infirmière, aide soignante, autre ?
- pilulier ou endroit de stockage des médicaments du patient clairement identifiés ? (nom, age, photo...)
- l'endroit de stockage des médicaments est accessible a qui ? est il accessible des autres patients ?
- armoire pour les stupéfiants ?
- la notion de « moment de prise » est elle bien respectée ? (pendant les repas, ...)  
Comment ? (agenda, fiche patient...).
- les stock est il vérifié régulièrement ? (fréquence ?) comment se déroule la gestion des périmés ? auprès de qui et comment se produit le retour des produits non utilisés ou périmés ?
- les médicaments devant être conservés au frais ont-ils un endroit réservé à cet effet ?  
Non accessibles aux patients ? la température est elle vérifiée régulièrement ?

# Paul-Henri GROSBOIS

## Rôle du pharmacien en EHPAD : à propos d'une étude en Maine et Loire

**Résumé :** Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait augmenter de plus de 10 millions entre 2007 et 2060. Ce vieillissement constitue une problématique importante à l'heure actuelle et pour l'avenir car il s'accompagne d'un accroissement du risque d'apparition de phénomène de dépendance.

La fragilité de cette population, polypathologique et polymédicamentée la conduit à être accueillie dans des structures d'hébergements médicalisées adaptées : les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Au sein de ces derniers, l'organisation des soins est coordonnée autour de différents acteurs parmi lesquels le pharmacien. Ce dernier a un rôle essentiel à jouer dans la qualité et la sécurité du circuit du médicament nécessaire à la prévention de la iatrogénie.

Une enquête menée dans le département du Maine et Loire contribue à illustrer ce propos à travers cinq modèles d'EHPAD qui diffèrent de par leur localisation, leur taille et leur mode de dispensation des médicaments. Cette étude réalisée aussi bien en milieu rural que citadin, en officine ou en pharmacie intérieure montre à travers ces exemples les diverses modalités de prise en charge du médicament et notamment la préparation ou non des doses à administrer par le pharmacien.

Dans tous ces cas le rôle du pharmacien sera souligné par la nécessité de s'impliquer davantage dans le circuit du médicament en EHPAD dans une démarche de qualité et de sécurité de son acte pharmaceutique en privilégiant la proximité avec le patient.

**Mots clés :** EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), préparation des doses à administrer (PDA), circuit du médicament, pharmacien.

## Role of the pharmacist in EHPAD : report concerning an investigation led in Maine et Loire

**Summary :** The number of people of 60 and over is likely to increase by 10 million between 2007 and 2060. Such an ageing population represents a major issue today as well as for the future as it goes together with a growing risk of the phenomenon of dependence.

That frail, polypathological and polymedicalized population will need to be welcomed in adapted nursing homes: medical houses for elderly dependent people (EHPAD).

Within those medical houses, health treatment are organized around various people, among whom there is the pharmacist. The pharmacist has a crucial role to play both in the quality and security of the medicine circuit, which is necessary to the prevention of iatrogenic risks.

An investigation led in Maine et Loire contributes to illustrate that topic throughout five different EHPAD, differentiated by their location, their size and the way medication is delivered.

This study, realized in rural and urban areas, in dispensary or pharmacy aims at showing the various ways medication is managed and more particularly the oral dose preparation (PDA).

In all those cases, the pharmacist must get involved in the medicine circuit in EHPAD in order to trade in quality and security, and above all giving priority to the patients thanks to the proximity.

**Keywords :** EHPAD (medical houses for elderly dependent people), oral dose preparation (PDA), medicine circuit, pharmacist.