



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

GUIDE

Le risque médicamenteux au domicile

Validé par la CSMS le 18 juin 2019

Descriptif de la publication

Titre	Le risque médicamenteux au domicile
Méthode de travail	Consensus d'experts
Objectif(s)	
Cibles concernées	Services à domicile
Demandeur	Autosaisine ANESM
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Mme Christiane Jean-Bart, Mme Aylin Ayata
Recherche documentaire	Mme Emmanuelle Blondet, Mme Maud Lefebvre
Auteurs	
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 18 juin 2019
Actualisation	
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5 avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juin 2019 – ISBN :

Sommaire

1. Les étapes du circuit du médicament	6
1.1. La prescription (acte médical)	6
1.2. La dispensation (acte pharmaceutique)	6
1.3. L'administration	8
2. L'identification des facteurs de risque et de protection	11
2.1. Au niveau de la personne accompagnée	11
2.2. Au niveau du service	13
2.3. Au niveau de la coordination	15
Table des annexes	16
Participants	22
Abréviations et acronymes	24

Objectifs et périmètre du guide

Ce guide a pour finalité de limiter voire éviter tout incident lié à l'organisation du circuit du médicament au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap (élaboration des piluliers, suivi des traitements, etc.).

Le guide ne traite pas de la question de l'adaptation de la prescription. Il a pour objectif de définir des points de vigilance pour :

- Mettre en place une politique de gestion du risque médicamenteux
- Gérer le risque médicamenteux tout au long de l'accompagnement des personnes ;
- Assurer la coordination entre les différentes structures intervenant auprès de la personne.

Pour cela, le guide rappelle les étapes du circuit du médicament de la prescription à l'administration ainsi que les missions et les responsabilités, règlementairement définies de chacun des professionnels concernés. Au regard de chacune des étapes, le document identifie des facteurs de risque et de facteurs de protection à mettre en place s'agissant de la personne, du service et de la coordination entre les professionnels.

L'article L5111-1 du Code de la Santé publique (CSP) définit le médicament comme : « *toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.* »

Destinataires

Ce guide s'adresse aux professionnels de santé du champ médico-social qui interviennent au domicile et principalement aux :

- services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et équipes spécialisées Alzheimer (ESA) ;
- services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)¹ ;
- services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
- responsables de ces services et professionnels de terrain.

Point de vigilance sur la responsabilité des services d'aide à domicile

- ➔ Sauf exception et expérimentations autorisées², les services procédant à des missions d'accompagnement les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) sont exclusivement centrés sur un accompagnement aux tâches de la vie quotidienne. De fait, ils n'ont pas de mission dédiée à la gestion du risque médicamenteux et ne procèdent pas au suivi médical de la personne accompagnée.
- ➔ Pour autant, par leur présence quotidienne auprès des personnes, les professionnels de ces services peuvent jouer un rôle de vigilance et d'alerte notamment auprès du médecin traitant : les observations qu'ils peuvent faire sur l'état de confusion de la personne accompagnée, le constat répété de boîte de médicaments qui s'amoncellent ou de piluliers qui restent pleins, peuvent conduire l'accompagnant éducatif et social ou l'aide à domicile à alerter son supérieur hiérarchique en toute transparence avec la personne ou son proche aidant.
- ➔ Une alerte au médecin, au pharmacien ou à l'infirmier qui suit la personne doit être effectuée, en accord avec la personne accompagnée. Les SAAD doivent pouvoir exercer cette mission de repérage et d'alerte sans mettre en danger la relation de confiance avec les personnes accompagnées et prendre ainsi le risque d'une rupture dans l'accompagnement

1 Partie SSIAD uniquement.

2 En cas de collaboration ou d'assistance dans la réalisation d'un acte.

1. Les étapes du circuit³ du médicament

1.1. La prescription (acte médical)

La prescription est assurée par un médecin (médecin traitant⁴ habituel ou autre) qui devient, à ce titre, l'interlocuteur de recours des différents intervenants.

Point de vigilance sur les prescriptions

- ➔ La situation des personnes polypathologiques et polymédiquées peut nécessiter un contact auprès de médecins spécialistes (gériatre pour les personnes âgées ou psychiatre dans le cas d'une prescription de neuroleptiques) notamment pour obtenir des informations sur les effets de certains traitements.

1.2. La dispensation (acte pharmaceutique)

La dispensation⁵ est assurée par le pharmacien d'officine qui :

- explique la posologie, la bonne utilisation et les effets indésirables des médicaments ;
- met à disposition des personnes des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament (conditions de préparation, conservation, etc.) ;
- prépare éventuellement les doses à administrer (PDA) ;
- organise le bilan partagé de médication ;
- adapte⁶ la dispensation aux besoins thérapeutiques du patient ;
- informe le médecin traitant de tout problème relatif à la prescription.

3 Guide Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, HAS (2013)

4 Conformément aux dispositions du parcours de soins coordonnés (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale)

5 Références réglementaires : Articles R. 4235-48 et 61 du code de la santé public (CSP).

Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.

6 Depuis le 1er juillet 2020, les pharmaciens peuvent procéder, à titre expérimental, à une dispensation adaptée dont l'objectif est d'assurer la bonne observance des traitements en délivrant la quantité nécessaire afin d'éviter tout risque de mésusage. Vingt-deux classes thérapeutiques sont concernées, comme les médicaments des troubles du transit, les antiseptiques et désinfectants, les lubrifiants oculaires, les antipyrétiques non narcotiques, les AINS de la classe des coxibs non associés (tableau complet ci-dessous). Ce dispositif est mis en place pour deux ans, à compter du 1er juillet 2020. Un bilan sera réalisé à l'issue de cette période.

Le texte dédié à ce dispositif est l'avis relatif à l'avenant n° 20 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie publié au Jo du 29 mai 2020, texte n°102 « la mise en œuvre d'une intervention pharmaceutique permettant d'adapter la dispensation aux besoins thérapeutiques du patient, en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits » pour 2 ans, jusqu'au 30 juin 2022.

Point de vigilance sur la conciliation médicamenteuse

- La HAS a défini la conciliation médicamenteuse⁷ comme « un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations comme sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses. Elle favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts ».
- En ville, avec l'accord de la personne, la conciliation médicamenteuse implique le pharmacien d'officine, en lien avec le médecin traitant. Cette démarche est particulièrement utile pour les personnes polymédiquées ou polypathologiques qui sont suivies par plusieurs médecins ou encore pour des personnes sortant d'hospitalisation.
- La conciliation médicamenteuse consiste en un recueil d'informations qui prend en compte l'étude de toutes les ordonnances de la personne ainsi que l'automédication. Cela permet de réaliser un bilan médicamenteux. Ce dernier peut être complété par une analyse pharmaceutique qui peut être suivie d'un échange médico-pharmaceutique et d'un éventuel ajustement voire une modification ou pas du traitement. En cas de changement, la personne est informée de son nouveau traitement.

Éléments sur le bilan partagé de médication

- Le bilan partagé de médication vise à prévenir les risques iatrogéniques et à optimiser la prise de médicaments chez les personnes âgées de plus de 65 ans et atteintes d'une affection de longue durée et chez les personnes de plus de 75 ans, sous traitement au moment de la mise en place du bilan, pour lesquels au moins 5 molécules ou principes actifs ont été prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois. Ce bilan est réalisé par le pharmacien.
- Extrait du guide Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins de la HAS (février 2018) : « Le bilan de médication réalisé par le pharmacien d'officine s'inscrit dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, prévu à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique. Il permet au pharmacien d'officine, désigné comme correspondant par le patient, à la demande du médecin ou avec son accord, de renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole. Le bilan de médication comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées. Le pharmacien communique le bilan ainsi effectué au médecin prescripteur. L'avenant n°12 à la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens

⁷ Guide Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, HAS (2018)

titulaires d'officine et l'assurance maladie introduit le bilan partagé de médication, précise les modalités d'adhésion du patient au dispositif d'accompagnement et les modalités de la rémunération du pharmacien d'officine suite à la réalisation de ce bilan ».

1.3. L'administration

1.3.1. De la préparation à l'enregistrement du traitement voire la surveillance thérapeutique

L'administration est assurée par l'infirmier⁸, ce dernier :

- récupère toutes les données relatives au traitement (ordonnances, protocoles de soins, caractéristiques des produits et fiches patient, etc.) et s'assure de la mise à jour des ordonnances ;
- s'assure de la disponibilité des médicaments au domicile de la personne ;
- prépare les doses à administrer en ayant recours à un pilulier;
- assure la traçabilité de l'administration et met à jour les supports de coordination (cahier de liaison) ;
- contacte le médecin en cas de dégradation de l'état de santé de la personne accompagnée ou en cas d'incompréhension de la prescription ;
- participe à la compréhension du traitement par la personne accompagnée ou son entourage.

1.3.2. Les aménagements possibles de l'administration par l'infirmier

- ➔ Selon les dispositions de l'article R.4311-4 du CSP, sous la responsabilité de l'infirmier⁹, une collaboration peut être mise en place avec l'aide-soignant. Dans ce cas précis, l'aide-soignant :
 - s'assure que la personne a bien pris son traitement ;
 - assure la traçabilité de l'administration du médicament ;
 - surveille l'apparition d'éventuels effets indésirables et remonte les informations.
- ➔ Cet aménagement peut également concerner l'accompagnant éducatif et social¹⁰ (AES) dans le cadre de la prescription d'acte¹¹ de la vie courante prévue par l'article L313-26 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

⁸ Références réglementaires : Articles R.4311-1 à -15 et article D. 4311-15-1 du CSP.

⁹ Selon les dispositions de l'article R.4311-4 du CSP.

¹⁰ Depuis la promulgation du décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles, le diplôme d'aide médico-psychologique (AMP) a fusionné avec celui de d'auxiliaire de vie sociale (AVS). Il correspond dorénavant au diplôme d'accompagnant éducatif et social (AES).

L'AES a pour mission de réaliser une intervention sociale au quotidien visant à compenser les conséquences d'un manque d'autonomie, quelles qu'en soient l'origine ou la nature. Il prend en compte les difficultés liées à l'âge, à la maladie, au mode de vie ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, pour permettre à la personne d'être actrice de son projet de vie. En fonction de la spécialité qu'il aura choisie, l'AES pourra exercer sur différents lieux d'intervention. Dans le cadre de la spécialité Accompagnement de la vie à domicile, l'AES pourra exercer au domicile de la personne accompagnée, dans les résidences autonomie, des SAAD, des SSIAD, des ESAT, etc.

¹¹ Aide à la prise de médicament sous forme simple.

Point de vigilance sur la collaboration entre infirmiers, aides-soignants et AES

- Selon les dispositions de l'article R4311-4 du Code de Santé Publique, « *lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3* »

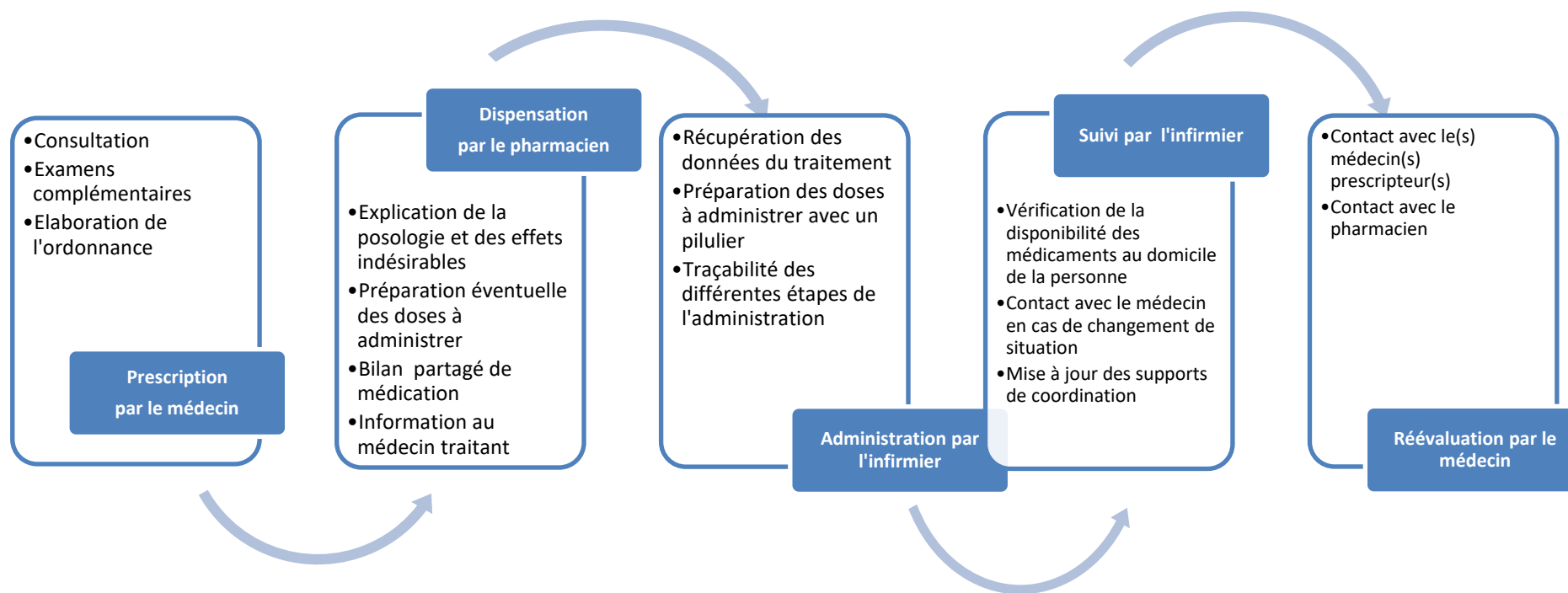
- Selon les dispositions de l'article L313-26 du CASF, « *lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise.* »

- De ce fait, si la prescription médicale spécifie que l'acte prescrit nécessite l'intervention d'auxiliaires médicaux, alors il ne s'agit pas d'un acte de la vie courante.

- Si la prescription médicale ne spécifie pas que l'acte prescrit nécessite l'intervention d'auxiliaires médicaux, alors il s'agit d'un acte de la vie courante qui peut être assuré par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante.

Schéma du circuit du médicament au domicile (adaptation pour le domicile du macro processus du circuit du médicament établi par la HAS¹²)

La prise en charge médicamenteuse constitue un système complexe et chaque étape de ce circuit est source d'erreurs potentielles qui engendrent des risques pour la personne accompagnée. La sécurisation du circuit du médicament est conditionnée par l'application de la réglementation, le respect des obligations des différents acteurs du circuit et la mise en place d'une politique de gestion des risques.



¹² Schéma disponible dans le guide Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, HAS (2013)

2. L'identification des facteurs de risque et de protection

L'identification des facteurs de risques va permettre l'anticipation d'évènements indésirables. Les axes prioritaires d'amélioration et de sécurisation sont regroupés en facteurs de protection.

Ces derniers vont contribuer à l'amélioration ou au maintien de la qualité de vie. Ces facteurs de protection sont «*comme des caractéristiques des individus et de l'environnement susceptibles de contrer ou de limiter les effets des facteurs de risque*¹³».

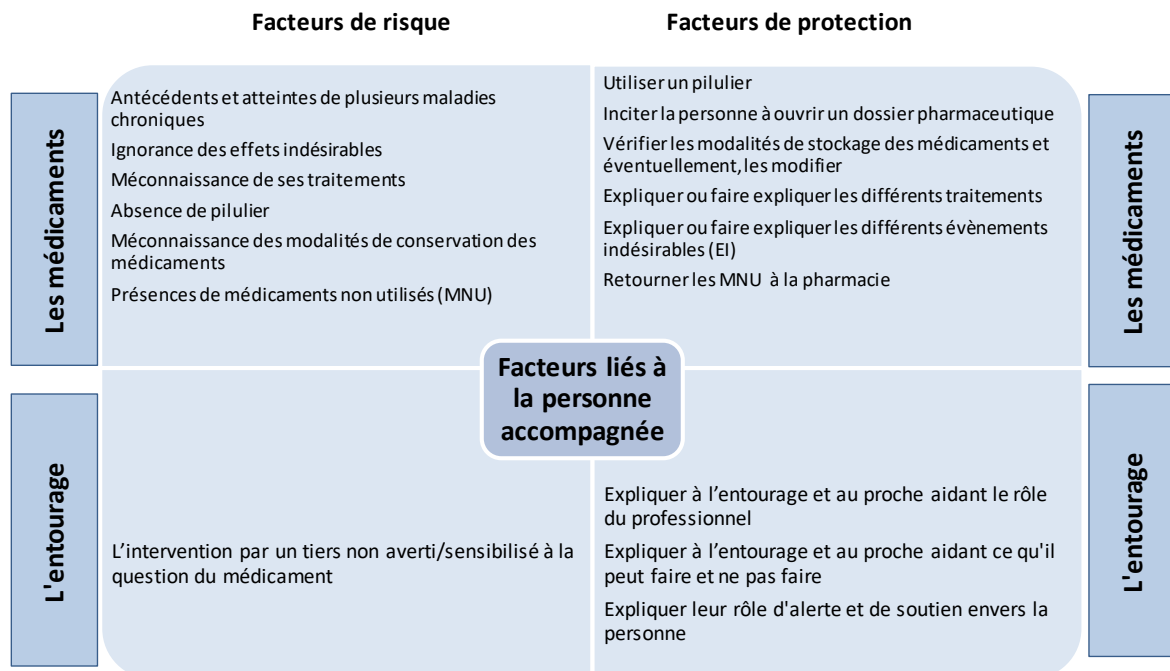
Pour expliquer les facteurs de risque, sous chacune des thématiques, des exemples de questionnements sont proposés pour accompagner les professionnels de chacun des services.

Ces facteurs et leurs questionnements ne sont pas exhaustifs et peuvent être complétés par les services en fonction des problématiques rencontrées.

2.1. Au niveau de la personne accompagnée

La personne est au cœur de l'accompagnement et pour éviter tout risque iatrogénique dont la iatrogénie médicamenteuse, les professionnels doivent être en mesure de se poser des questions sur les habitudes de la personne, son entourage, etc.

Les questionnements vont permettre d'identifier plus précisément les facteurs de risque et de protection repérés.



¹³ GARMEZY, N. Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. In: STEVENSON, J. Recent Research in Developmental Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1985, Book Supplement n°4, pp.213-233.

→ Exemples de questions à poser pour aller plus loin

En fonction des réponses, l'aide à mettre en place tiendra compte de la singularité de la personne et de son mode de vie (interventions plutôt le matin, en soirée, etc.).

- Comment s'organise-t-elle au quotidien pour ne pas oublier ses médicaments ? Quels sont ses trucs et astuces (alarme sur son téléphone, passage d'un proche aidant, etc.) mis en place ?
- Epreuve-t-elle des difficultés avec certaines formes galéniques (comprimés trop gros, problème de déglutition, comprimés difficiles à couper, etc.) ?
- Epreuve-t-elle des difficultés avec certains traitements : problème pour se passer de la pommade sur certaines parties de son corps, pour compter des gouttes etc. ?
- Epreuve-t-elle des difficultés pour se faire ses injections (insuline) ?
- Epreuve-t-elle des difficultés avec certains horaires, etc. ?
- Lui arrive-t-elle de se tromper ?
- A-t-elle recours à l'automédication ?
- S'est-elle déjà trompée en prenant ses médicaments ?
- Où prépare-t-elle ses médicaments ?
- Où et en quelle quantité les médicaments sont-ils stockés ? Des médicaments sont-ils stockés dans le réfrigérateur ?
- Où range-t-elle ses ordonnances ?¹⁴
- Qui récupère les médicaments à la pharmacie ?
- Un dialogue est-il instauré avec le pharmacien ?
- La personne a-t-elle compris la prescription faite par son médecin, le rôle de chaque médicament ? (Connait-elle ses traitements, les effets attendus, etc. ?) ;
- Prend-elle son traitement à une fréquence peu élevée (une fois par semaine ou une fois par mois) ?
- A-t-elle des prescriptions de médecins différents ?
- A-t-elle signalé les allergies potentielles ?
- A-t-elle des tendances suicidaires ?
- Pour les génériques, les moyens ont-ils été mis en place pour éviter les confusions entre les différents emballages de la même DCI¹⁵ ?
- L'observance est-elle assurée ? Par quel moyen ?
- Comment est assurée la traçabilité de la prise de ses traitements¹⁶ notamment pour des médicaments non administrés, refusés ou rejetés ?

14 Ce point concerne toutes les prescriptions médicales de la personne accompagnée (lunettes, prothèses auditives, etc.).

15 La DCI, Dénomination Commune Internationale, correspond au nom de la substance active contenue dans un médicament.

16 La fiche-repère Risques liés à la prise des médicaments, issue des recommandations de l'Anesm Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées (2016)

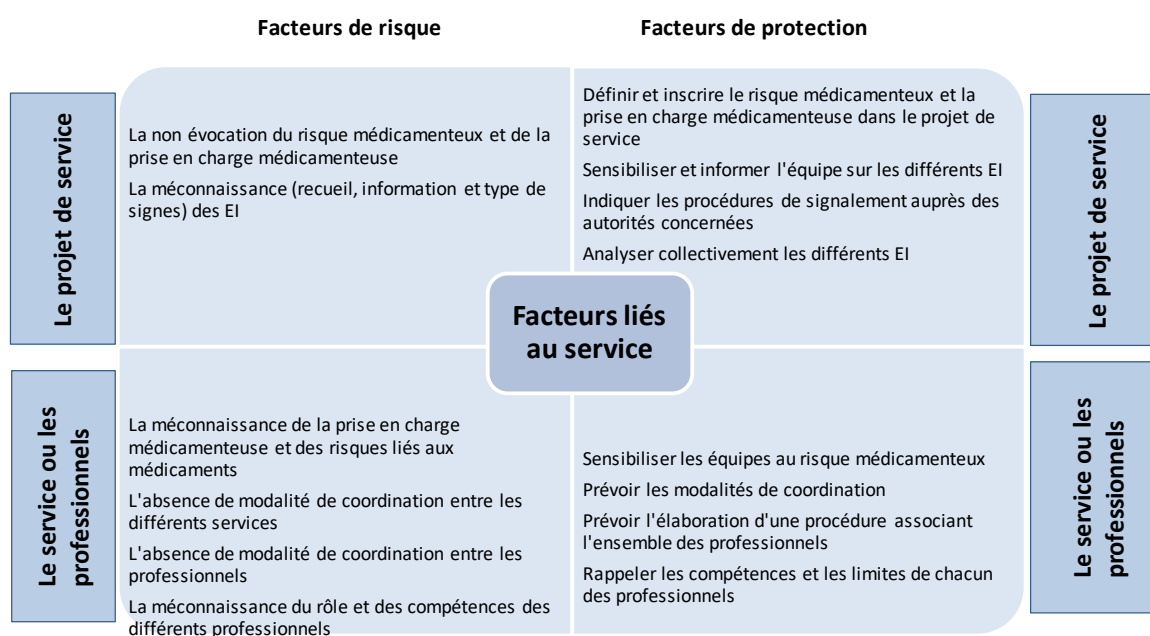
Point de vigilance

L'inobservance, l'automédication et le refus¹⁷ de soins sont des situations nécessitant une attention particulière et un échange avec la personne accompagnée pour en comprendre l'origine et trouver une solution avec la personne.

En vue de concilier le libre choix de la personne et son état clinique, ces situations complexes font l'objet d'une discussion en équipe, avec le médecin et la personne accompagnée. Des outils et des démarches existent pour résoudre ces situations.

2.2. Au niveau du service

Le projet de service est l'occasion d'orienter le questionnement avec les professionnels sur une bonne sécurisation du circuit du médicament et un accompagnement adapté aux besoins de la personne.



→ Exemples de questions à poser pour aller plus loin

- Une sensibilisation aux EI¹⁸ et aux procédures de signalements auprès des autorités de régulation a-t-elle été mise en place? En particulier, une sensibilisation aux événements indésirables associés aux soins (EIAS¹⁹) et aux événements indésirables graves associés aux soins (EIGS²⁰) a-t-elle été mise en place ?
- L'analyse collective de ces EI est-elle prévue ?

¹⁷Article L. 1111-4 du CSP

¹⁸ Il convient de distinguer la fiche interne au service, des fiches de déclaration (pharmacovigilance et EIG/EIAS).

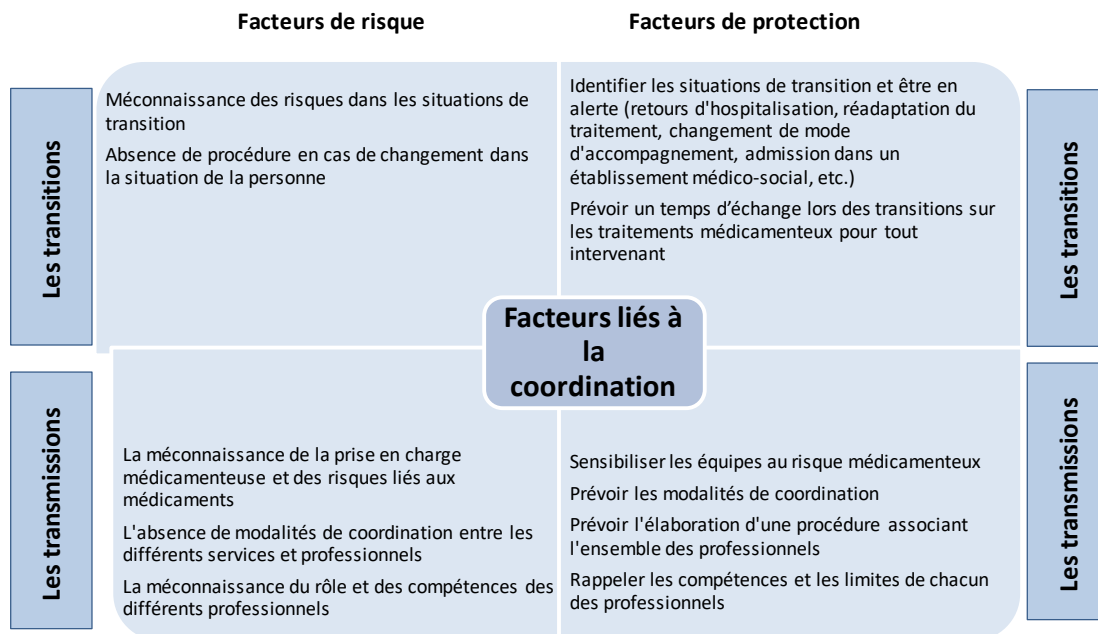
¹⁹Définition HAS : « Un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. »

²⁰Définition HAS : « Il s'agit d'un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. »

- La date de péremption des médicaments est-elle vérifiée ?
- La date limite d'utilisation d'un flacon après ouverture est -elle vérifiée ?
- La gestion des déchets est-elle organisée ?
- Des actions de prévention sont-elles organisées ?
- La coordination des acteurs internes et externes est-elle effective ?
- Le rôle et les compétences de chacun sont-ils connus et partagés notamment dans le processus de prise en charge médicamenteuse ?
- Les outils pratiques (documents de liaison) de l'accompagnement sont-ils connus par l'ensemble des professionnels du service ?

2.3. Au niveau de la coordination

Une bonne coordination entre les différents professionnels internes et externes est indispensable pour garantir la sécurisation du circuit du médicament. La communication et l'échange à des moments clés à l'aide d'outils est indispensable. Les facteurs de risque et de protection sont complétés par des questionnements qui insistent sur cette communication indispensable.



→ Exemples de questions à poser pour aller plus loin

- Lors du changement du mode d'accompagnement, le pharmacien ou le médecin ont-ils été contactés pour vérifier l'adéquation entre la prise des médicaments et le nouveau mode d'accompagnement ?
- Le retour d'hospitalisation, d'admission ou de passage aux urgences a-t-il fait l'objet d'une nouvelle prescription ?
- A la fin de l'accompagnement, une transmission entre les professionnels est-elle prévue ?
- Lors de l'admission en Ehpad, le service à domicile qui intervenait auprès de la personne a-t-il transmis les informations pratiques ?
- Avec l'accord de la personne ou de son représentant légal, le service peut-il transmettre tout ou partie du projet personnalisé à l'équipe qui prend le relais ?
- L'organisation de la coordination a-t-elle été discutée ? Un outil de liaison a-t-il été défini ?
- Une organisation pour éviter les interventions simultanées a-t-elle été élaborée ? Si la personne est à l'extérieur de son domicile, une continuité des traitements médicamenteux a-t-elle été prévue ?
- Dès lors que la personne se plaint de son traitement, l'information est-elle remontée aux médecin(s) prescripteur(s) ou au pharmacien ? Est-elle inscrite systématiquement dans les outils de coordination et de suivi (cahier de liaison, Dossier Médical Partagé ou autre outil numérique) ?

Table des annexes

Annexe 1.	Missions des différents services	17
Annexe 2.	Exemples de foire aux questions (FAQ)	18
Annexe 3.	Outils existants	20
Annexe 4.	Références réglementaires	21

Annexe 1. Missions des différents services

	Missions	Composition de l'équipe	Publics accompagnés
SSIAD²¹ (service de soins infirmiers à domicile)	Dispensation de soins infirmiers suite à une prescription médicale	Infirmier coordonnateur Infirmier Aide-soignant	Personnes atteintes d'ALD (affection longue durée), Personnes en situation de handicap et Personnes âgées en perte d'autonomie
SPASAD²² (service polyvalent d'aide et de soins à domicile)	Dispensation de soins infirmiers suite à une prescription médicale Organisation d'actes de la vie courante en privilégiant la participation de la personne quand cela reste possible	Infirmier coordonnateur Infirmier Aide-soignant Aide à domicile	Personnes atteintes d'ALD (affection longue durée), Personnes en situation de handicap et Personnes âgées en perte d'autonomie et Personnes ayant un besoin d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne ponctuellement ou durablement
SAMSAH²³ (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	Coordination des soins et d'accompagnement médical et paramédical	Médecin, infirmier, aide-soignant/AES et auxiliaire médicaux.	Personnes en situation de handicap
SAAD²⁴ (service d'aide et accompagnement à domicile)	Organisation d'actes de la vie courante en privilégiant la participation de la personne quand cela reste possible	Responsable de secteur Aides à domicile	Personnes atteintes d'ALD (affection longue durée), Personnes en situation de handicap et Personnes âgées en perte d'autonomie et Personnes ayant un besoin d'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne ponctuellement ou durablement

²¹ Articles D. 312-1 et suivants du CASF

²² Article D. 312-7 du CASF

²³ Articles D. 312-166 et suivants du CASF

²⁴ Articles D.7231-1 du travail et L. 312-1 du CASF.

Annexe 2. Exemples de foire aux questions (FAQ)

Extrait du guide HAS, Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments (mai 2013).

Quelles sont les principales erreurs lors de l'administration des médicaments ?

La plus grande partie des erreurs vient d'un problème de :

- confusion, en raison de ressemblance pour des médicaments ayant une phonétique similaire (consonance) et du risque de ressemblance d'un produit (soit lié à son nom, à son conditionnement primaire ou secondaire ou à l'étiquetage) ;
- perception, notamment lors de la lecture de la prescription médicale (utilisation de décimales ou d'abréviations) ;
- erreurs de spécialité (médicament, dose unitaire ou concentration) ;
- erreurs lors de la reconstitution extemporanée, notamment lors du calcul de dose.

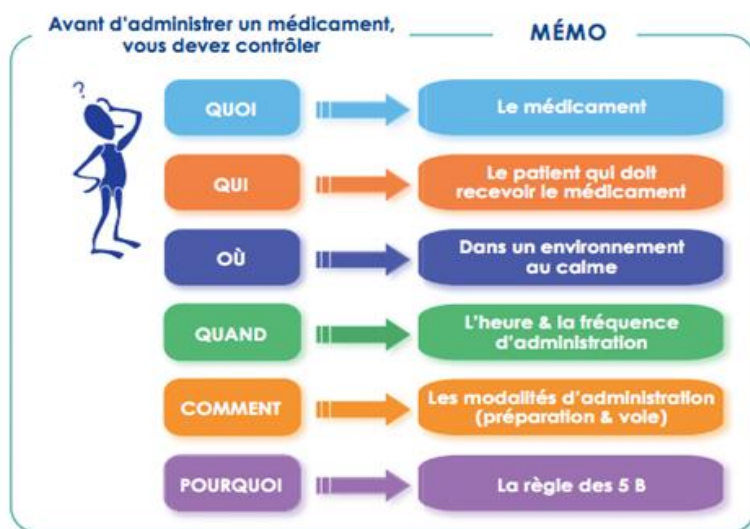
J'ai failli faire une erreur d'administration, dois-je la déclarer ?

Tout événement qui a pu être intercepté ou récupéré, doit être en effet signalé

Plusieurs intérêts :

- Comprendre les causes à l'origine de la situation ;
- Rechercher les barrières qui ont ou n'ont pas fonctionné ;
- En tirer les enseignements pour l'ensemble des professionnels concernés ou pas par la situation, et proposer des actions d'amélioration.

Quelles sont les règles de sécurisation essentielles à retenir²⁵ ?



²⁵ Le guide Sécurisation et autoévaluation de l'administration des médicaments élaboré par la HAS en 2014 définit la règle des 5B comme étant le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5 right ou règle des 5 B (« administrer au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, sur la Bonne voie, au Bon moment»).

Questions complémentaires

Les aides-soignants et les accompagnants éducatifs et sociaux peuvent-ils préparer des piluliers ?

Non, cet acte relève de la compétence de l'infirmier.

Les aides-soignants et les accompagnants éducatifs et sociaux peuvent-ils préparer des médicaments injectables dans une seringue et les administrer ?

Non, dans la mesure où il s'agit d'un acte qui relève du rôle de l'infirmier.

Quand penser à un problème de iatrogénie médicamenteuse ?

En cas de changement de médicament, en cas de polymédication ou d'automédication, en cas de nausées, etc.

Toutes les sorties d'hospitalisation font-elles l'objet d'un compte-rendu d'hospitalisation ?

Lors de la sortie, selon les dispositions de l'article R. 1112-1-1 et suivants du CSP, le médecin hospitalier doit remettre une lettre de liaison et les ordonnances de sortie. Ces ordonnances s'imposent aux soignants.

Annexe 3. Outils existants

Agence Régionale de Santé (ARS)

- ARS Ile de France : fiche patient conciliation médicamenteuse (2018)
- <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Fiche-conciliation-medicam-enteuse.pdf>
- ARS Centre : Prescription médicamenteuse chez la personne âgée, liste ATC des médicaments proposés par la Commission Gériatrie de la région Centre (2014)
- ARS Nouvelle Aquitaine : fiche pratique sur la conciliation médicamenteuse
- https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Medicaments_plaquette_Concil_med_ville_12_2016.pdf
- ARS Midi Pyrénées : Le champ de la collaboration entre infirmiers et aides-soignants, auxiliaires de puériculture, aides médico-psychologiques (2011).

Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE)

- Avis n°87 Refus de traitement et autonomie de la personne (2005)

Haute Autorité de Santé (HAS)

- HAS : Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins (2018) ;
- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
- Cadre général d’évaluation des démarches d’analyse des événements indésirables associés aux soins consultable en ligne (référentiel et outils) (2016) ;
- Les 5B 2011) : www.has-sante.fr/guide/accueil.htm

OMEDIT

- OMEDIT Normandie : liste des médicaments écrasables (2017)
- <http://www.omedit-normandie.fr>
- OMEDIT Centre : formation en ligne via l’Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (2016) : www.omedit-centre.fr/.

Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)

- SFPC Fiche mémo Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication (Décembre 2017)

Annexe 4. Références réglementaires

- Articles L.312-1 et suivants du CASF sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les personnes accompagnées
- Articles D.312-6 du CASF, D.312-6-1 du CASF et D.312-6-2 du CASF sur les missions des services d'aide et d'accompagnement à domicile
- Article D.7231-1 du code du travail sur les services à domicile
- Article R 4311-4 du CSP sur les protocoles de soins infirmiers ;
- Articles R.4311-1 à -15 et article D. 4311-15-1 du CSP sur les missions des infirmiers
- Articles R. 4235-48 et 61 du code de la santé public (CSP) sur les pharmaciens
- Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique
- Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- Article L113-1-3 du CASF sur la définition du proche aidant ;
- Articles R. 1112-1-1 et suivants du CSP sur les lettres de liaison ;
- Articles R. 1413-67 et suivants du CSP pour la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins

Participants

Groupe de travail

Mme Céline Chatelain, directrice adjointe à Soins Santé
Mme Stéphanie Kacou, pharmacien d'officine
Mme Angélique Larrouture, gestionnaire de cas MAIA
Mme Sabine Leclercq, aide-soignante SSIAD
Mme Marie Leterme, pharmacien d'officine
Mme Nathalie Lombard, gestionnaire de cas MAIA
Mme François Martial, pharmacien d'officine
Mme Julie Martiny, infirmière libérale
Mme Nadine Meyer, médecin généraliste
Mme Françoise Pacchioli, infirmière libérale
Mme Franck Ribière, infirmier libéral
M. Michel Sichel, médecin généraliste
Mme Esther Schindler, responsable sante et autonomie. ADMR

Groupe de lecture

Mme Isabelle Alquier, conseiller technique. HAS
Mme Claire Brandy, coordinatrice SSIAD.CASVP
Mme Jean-Philippe Erhard, référent qualité national filière personnes âgées. Croix-Rouge Française
Mme Jean-Philippe Flouzat, médecin gériatre. ARS
Mme Eve Moussault, ergothérapeute SAMSAH
Mme Corinne Nkondjock, coordinatrice réseau de santé
Mme Jean-Michel Pin, infirmier libéral
Mme Yasmine Sami, cheffe de projet. HAS
Mme Anne de Saunier, responsable du département Politique du médicament et des produits de santé. Direction de l'Offre de Soins (DOS). ARS
M. Albert Scemama, chef de projet. HAS
M. Patrick Semenzato, chef de projet. HAS
Mme Célia Valero, conseillère Santé – Social « *Personnes Agées au domicile* ». FEHAP

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Equipe projet

Mme Christiane Jean-Bart, cheffe de service à partir de mars 2019

Mme Aylin Ayata, cheffe de projet

Mme Delphine Dupré-Lévêque, cheffe de service jusqu'en mars 2019

Mme Nagette Jousse, assistante

Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste

Mme Maud Lefebvre, assistante documentaliste

Abréviations et acronymes

AES :	accompagnant éducatif et social
AMP :	aide médico-psychologique
AVS :	auxiliaire de vie sociale
CASF :	code de l'action sociale et des familles
CSP :	code de la santé publique
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI :	évènements indésirables
EIAS :	évènements indésirables associés aux soins
EIGS :	évènement indésirables graves associés aux soins
ESA :	équipes spécialisées Alzheimer
IDE :	infirmier(ère) diplômé(e) d'État
MNU :	médicaments non utilisés
PDA :	préparation des doses à administrer
PP :	projet personnalisé
SAAD :	services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH :	services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS :	services d'accompagnement à la vie sociale
SPASAD :	services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD :	services de soins infirmiers à domicile

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

