Archimed - Handicap
Elaboration du plan d'actions

Dr Isabelle TANGRE – STARAQS

Jeudi 06 mars 2025

Les principes généraux

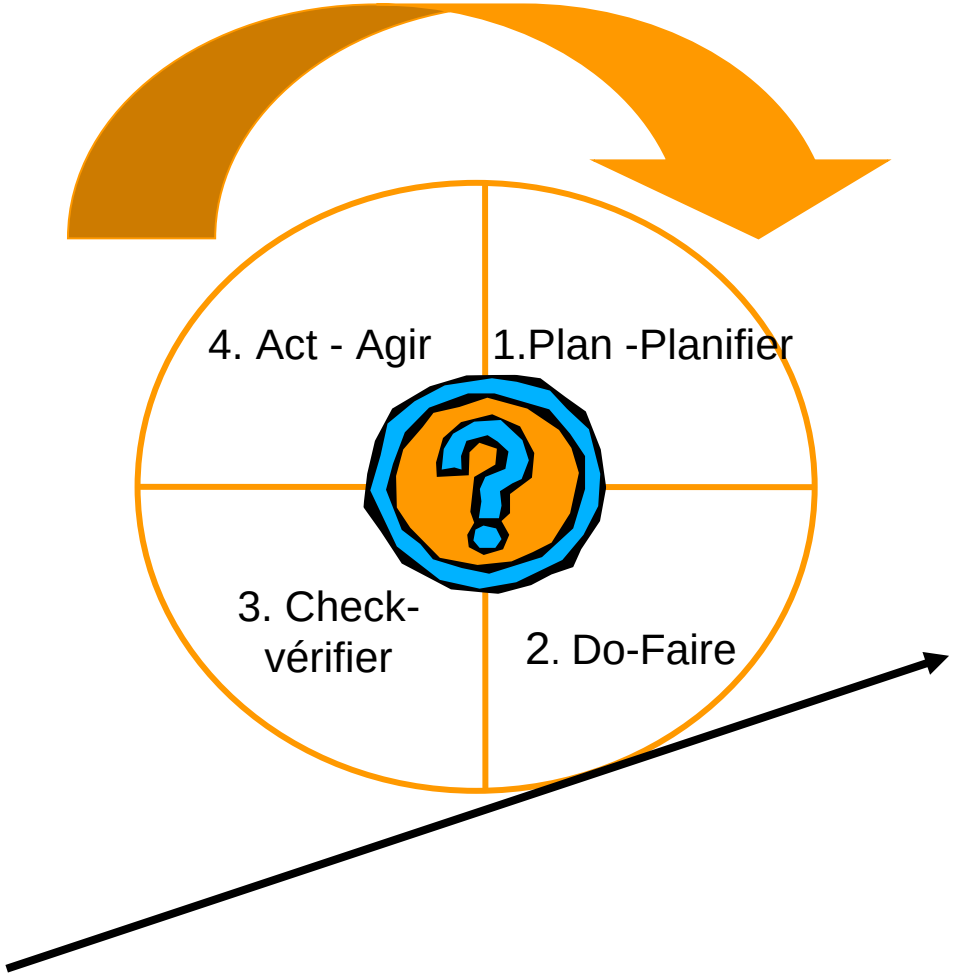
ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

STARAQS

Les quatre étapes de la démarche qualité

P D C A

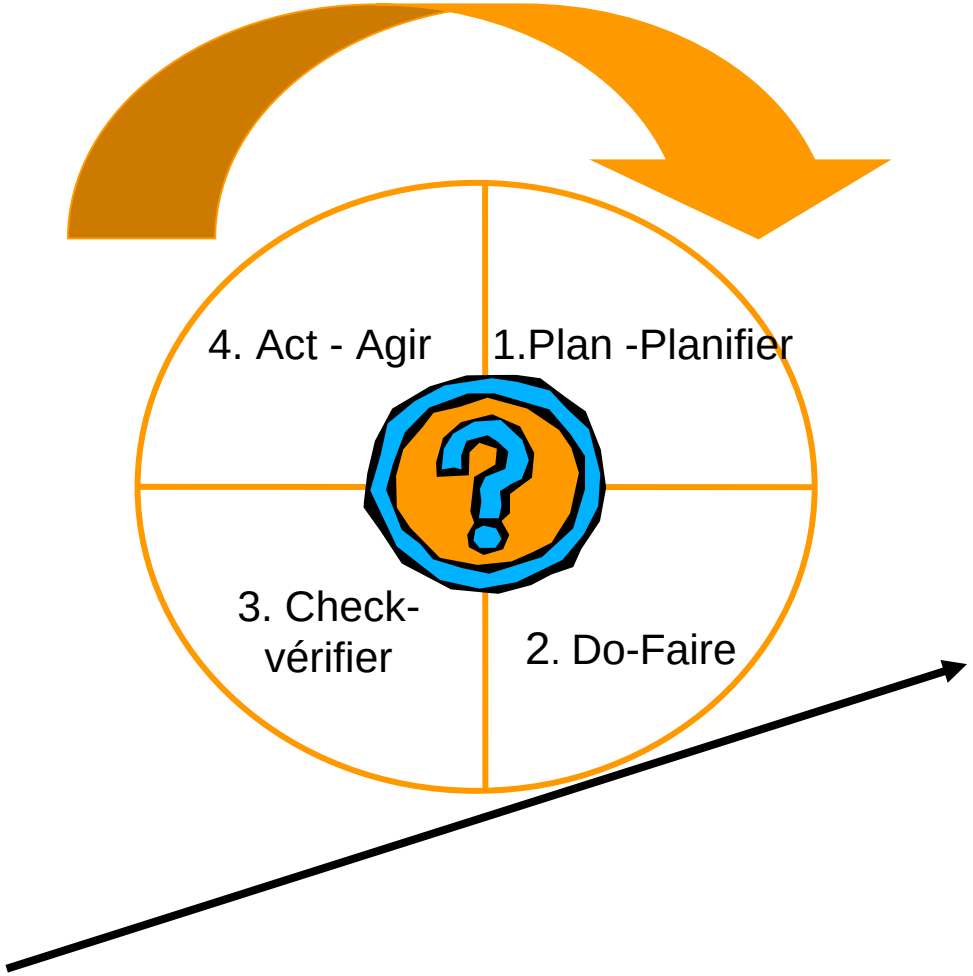
- **P planifier** : définir des objectifs et les processus ou actions nécessaires pour les atteindre, identifier un référent, définir un calendrier de travail
- **D Faire** : Mettre en œuvre, d'un plan d'actions correctrices
- **C Contrôler** : mesure des résultats par rapport à l'objectif (indicateurs, audits….)
- **A Agir / Améliorer** : actions pour améliorer la qualité des prises en charge



Les quatre étapes de la démarche qualité

P D C A Circuit du médicament

- **P Planifier :** Organiser l'évaluation du circuit du médicament avec l'outil ArchiMed-H, identifier un référent médicament,
- **D Faire :** Réaliser l'auto-évaluation Archimed-H → plan d'actions d'amélioration
- **C Contrôler :** indicateurs : % conformité
- **A Agir / Améliorer :** Engager l'établissement dans le programme de formation PECM en Handicap de l'ARSIF



Comité de pilotage PECM

- A identifier en interne en fonction des ressources de la structure
- Avec la participation de la direction de l'établissement, référent soin, référent médical, cadre éducatif, pharmacien, le référent PECM
- Peut s'enrichir d'un référent qualité risque, IDE, AS/AMP/AES, représentant des usagers (résident – famille), de partenaire externe …
- Exemples de missions :

  Piloter l'autoévaluation du circuit du médicament (outil ArchiMed – Handicap)
  Elaborer et suivre les plans d'actions (action, référent, calendrier, indicateur)
  Intégrer les formations en lien avec la PECM au plan annuel de formation
  Assurer la veille réglementaire et la gestion documentaire
  Analyser la satisfaction des usagers
  Analyser les réclamations et les évènements indésirables en lien avec le médicament
  Communiquer sur les actions réalisées…

Vision globale du fonctionnement de la structure

Le plan d'action qualité

Le Plan d'actions issu de l'évaluation ArchiMed-H sera intégré au **Plan d'Action Qualité (PAQ)** de la structure comprenant les actions issues d'autres Audits / Evaluations … :

- Actions issues des évaluations (Externe, Interne, Autoévaluation du Référentiel HAS), CPOM
- Actions issues des différents contrôles réglementaires, voire des inspections
- Actions issues du DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels)
- Actions issues de l'analyse des déclarations d'EI, d' EIGS, d' EIAS
- Actions issues des auto-évaluations, des EPP (évaluation des pratiques)
- Actions issues des conseils de vie social (CVS) et d'autres instances
- Actions issues des enquêtes de satisfaction

Pour chaque action; il sera nécessaire de :

- Définir un objectif
- Identifier un pilote
- Définir une date de début et une date de fin prévisionnelles
- Etat d'avancement
- Définir des indicateurs de résultats (atteinte de l'objectif)

Le référentiel qualité ESSMS de la HAS

Thématique : Démarche qualité et gestion des risques

OBJECTIF 3.10 – L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.

✓ CRITÈRE 3.10.1 – L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques *Standard*

E.E. L'ESSMS met en place une organisation pour assurer le pilotage de sa démarche qualité et gestion des risques.

E.E. L'ESSMS communique régulièrement sur sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques auprès de l'ensemble des parties prenantes.

\+ Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale : la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'ESSMS est-elle partagée avec vous ? Pouvez-vous faire des propositions d'actions ?

✔ CRITÈRE 3.10.2 – L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques *Standard*

E.E. L'ESSMS s'inscrit dans des partenariats pouvant lui apporter une expertise et/ou un appui dans sa démarche.

E.E. L'ESSMS évalue régulièrement sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques, grâce notamment à l'analyse de la satisfaction des personnes accompagnées, des RBPP, références et procédures spécifiques à leur cadre d'intervention.

E.E. L'ESSMS révise sa démarche autant que nécessaire.

\+ Entretien avec les membres du conseil de la vie sociale : Des points réguliers sont faits en CVS sur la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ? - L'analyse de la satisfaction des personnes accompagnées fait-elle l'objet d'une discussion en CVS ? - Pouvez-vous proposer des axes d'amélioration dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ?

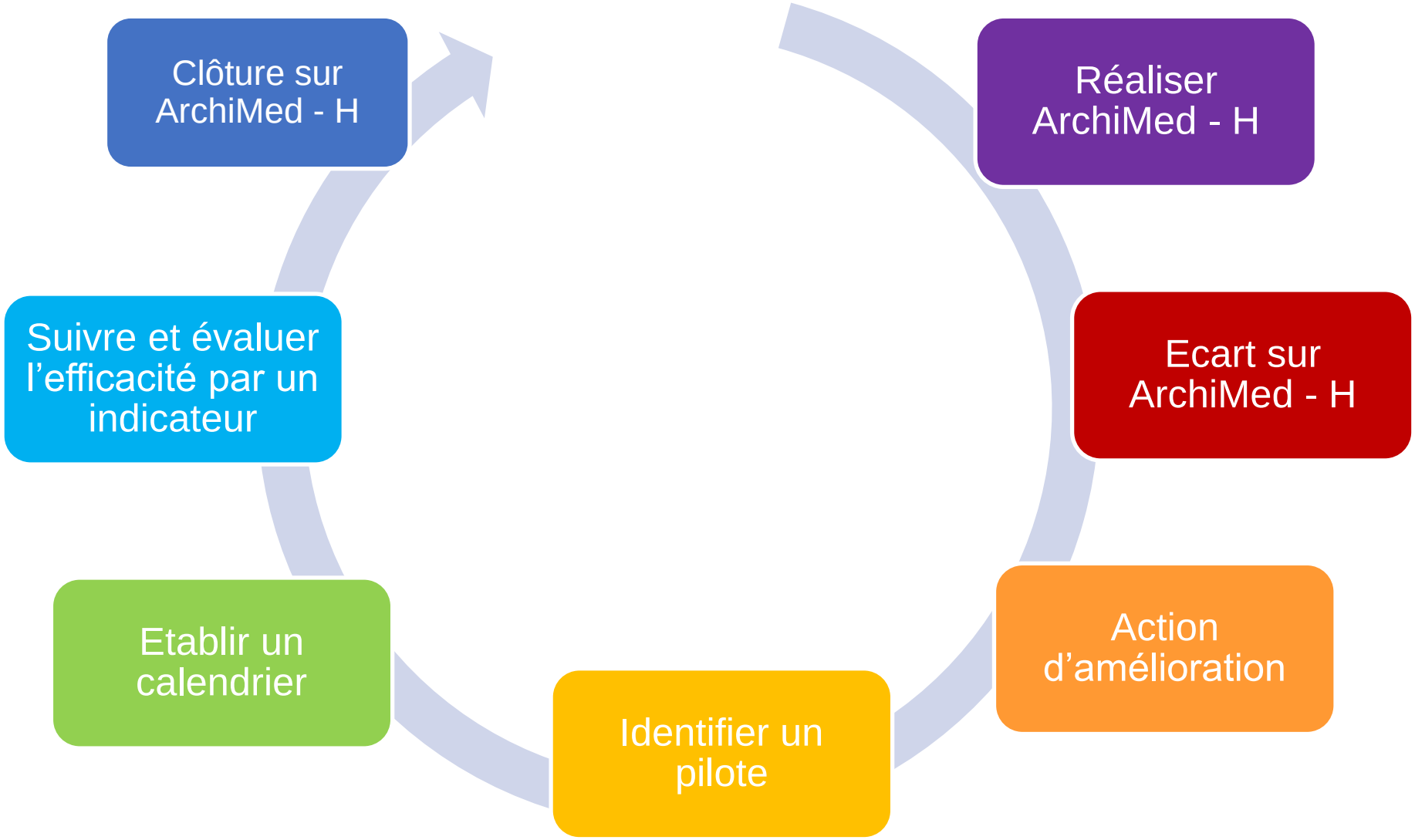
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/l-evaluation-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms

Elaboration du plan d'actions

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

STARAQS

Plan d’actions d’amélioration des pratiques



Identification des écarts

Numéro de l'évaluation	Action	Statut de l'évaluation	Répartition des réponses Afin de connaître la légende, survolez la jauge à l'aide de votre souris	Date début de l'évaluation	Date de fin de l'évaluation	Plan d'actions	Graphiques	Partage de l'évaluation anonymisée (Consolidation)
190	Consulter	Cloturé		28/09/2023 11:37:49	25/01/2024 13:15:34			25/01/2024 13:15:34
184	Consulter Partager	Cloturé		11/09/2023 16:56:13	11/09/2023 17:00:06			

Plan d'actions

N° d'évaluation: 190

Date: 01/02/2024

Code item	Thème	Rubrique	Thème transversal	Item	Item prioritair	Commentaires	Action	Pilote	Calendrier début	Calendrier fin	Indicateur de suivi	Etat d'avancement
ORG2	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Système informatique	Si la prescription est informatisée dans l'établissement, l'accès au logiciel de prescription/administration est sécurisé (identifiant et mot de passe confidentiels) et adapté (droits d'accès lecture/écriture) au champ de compétences des professionnels.	Non							
ORG6*	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Relation officine/PUI	Un "référent médicament" est désigné au sein de l'établissement.	Oui							
DOC2	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion documentaire		Les procédures* relatives à la prise en charge médicamenteuse* sont mises à disposition des professionnels.	Non							
DOC9	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion documentaire	Préparation des doses à administrer	La préparation des doses à administrer est formalisée avec le pharmacien par une procédure* au sein de l'établissement.	Non							
INFO4	Politique qualité et sécurité des soins	Information/Formation du personnel, des aidants et de la personne accueillie	Troubles de la déglutition	L'ensemble du personnel est formé sur le risque de fausse route et sa prise en charge.	Oui							
INFO9°	Politique qualité et sécurité des soins	Information/Formation du personnel, des aidants et de la personne accueillie	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Une formation dédiée aux retours d'expérience est organisée pour l'ensemble des professionnels.	Non							
GDR1	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Relation officine/PUI	Le pharmacien a réalisé une analyse des risques a priori sur l'activité de préparation des doses à administrer qu'il effectue.	Non							
GDR2°	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Un dispositif de recueil des événements indésirables liés au circuit du médicament* est mis en place dans l'établissement.	Oui							
GDR3	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	La direction de l'établissement a sensibilisé le personnel à l'importance du signalement des événements indésirables (charte d'incitation à la déclaration, culture non punitive de l'erreur,...).	Non							
GDR4	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Les événements déclarés sont systématiquement analysés par une personne formée à la gestion des risques*.	Non							

Ecart sur ArchiMed - H

Identification des écarts

Plan d'actions

N° d'évaluation: 190

Date: 13/02/2024

Code item	Thème	Rubrique	Thème transversal	Item	Item prioritair	Commentaires	Action	Pilote	Calendrier début	Calendrier fin	Indicateur d suivi
ORG2	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Système informatique	Si la prescription est informatisée dans l'établissement, l'accès au logiciel de prescription/administration est sécurisé (identifiant et mot de passe confidentiels) et adapté (droits d'accès lecture/écriture) au champ de compétences des professionnels.	Non						
ORG6°	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Relation officine/PUI	Un "référent médicament" est désigné au sein de l'établissement.	Oui						
DOC2	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion documentaire		Les procédures* relatives à la prise en charge médicamenteuse* sont mises à disposition des professionnels.	Non						
DOC9	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion documentaire	Préparation des doses à administrer	La préparation des doses à administrer est formalisée avec le pharmacien par une procédure* au sein de l'établissement.	Non						
INFO4	Politique qualité et sécurité des soins	Information/Formation du personnel, des aidants et de la personne accueillie	Troubles de la déglutition	L'ensemble du personnel est formé sur le risque de fausse route et sa prise en charge.	Oui						
INFO9°	Politique qualité et sécurité des soins	Information/Formation du personnel, des aidants et de la personne accueillie	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Une formation dédiée aux retours d'expérience est organisée pour l'ensemble des professionnels.	Non						
GDR1	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Relation officine/PUI	Le pharmacien a réalisé une analyse des risques a priori sur l'activité de préparation des doses à administrer qu'il effectue.	Non						
GDR2°	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Un dispositif de recueil des événements indésirables liés au circuit du médicament* est mis en place dans l'établissement.	Oui						
GDR3	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	La direction de l'établissement a sensibilisé le personnel à l'importance du signalement des événements indésirables (charte d'incitation à la déclaration, culture non punitive de l'erreur,...).	Non						
GDR4	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Les événements déclarés sont systématiquement analysés par une personne formée à la gestion des risques*.	Non						
				Des réunions régulières avec le pharmacien sont organisées pour analyser les non-conformités*							

Ecart sur ArchiMed - H

Actions d'amélioration

Quelles actions allez-vous mettre en place pour lever l'écart ?

Certaines actions sont simples
Ex désigner un référent
Mais penser à l'ensemble de ses missions, mise à jour de sa fiche de poste ? Temps dédié ?

D'autres plus complexes vont nécessiter plusieurs étapes / actions
Ex : rédaction de la procédure circuit du médicament
- Etat des lieux des documents existants
- Support siège ? Ou celui de la boite à outil ?
- Etapes de rédaction (constitution d'un groupe de travail ?), de validation
- Mise à disposition, gestion documentaire
- Diffusion, auprès de qui ?

Avoir une vision globale de l'action
Identifier la finalité

Code item	Thème	Rubrique	Thème transversal	Item	Item prioritair	Commentaires	Action	Pilote	Calendrier début	Calendrier fin	Indicateur d suivi
ORG2	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Système informatique	Si la prescription est informatisée dans l'établissement, l'accès au logiciel de prescription/administration est sécurisé (identifiant et mot de passe confidentiels) et adapté (droits d'accès lecture/écriture) au champ de compétences des professionnels.	Non						
ORG6°	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Relation officine/PUI	Un "référent médicament" est désigné au sein de l'établissement.	Oui						
				Les procédures* relatives à la prise en charge							

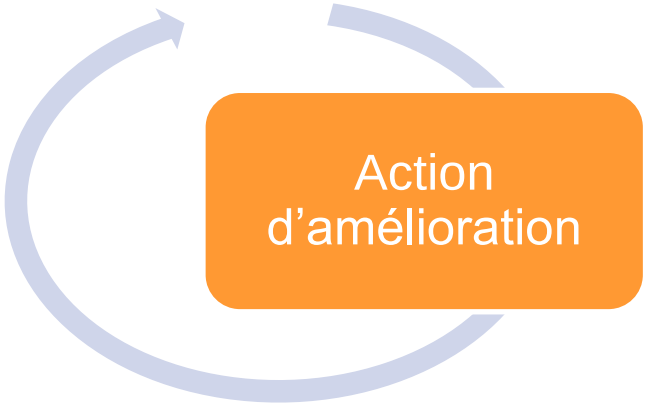
Action d'amélioration

Les actions

Le plan d'actions doit se composer de mesures concrètes, réalisables et applicables dans des délais donnés.

Un responsable de l'action ou comité dédié doit suivre :

- ✔ La mise en œuvre de chaque action
- ✔ L'efficacité de l'action à l'aide de mesure d'évaluation (indicateurs, audits, questionnaires…)



Actions d'amélioration

PROGRAMME DE FORMATIONS

- La PECM en ESMS PH (équipe socio-éducative)
- La PECM en ESMS PH (équipe paramédicale)
- La PECM en ESMS PH (équipe médicale)
- Analyse des EI liés au circuit du médicament
- Elaboration du plan d'actions qualité
- PECM et troubles de la déglutition
- Tutoriel archiMed Handicap
- PECM et référentiel HAS d'évaluation de la qualité des ESSMS

INFO1	**Des actions de formation/sensibilisation sont proposées régulièrement à l'ensemble des professionnels intervenant au cours de la prise en charge médicamenteuse*.**
INFO2	Les professionnels intervenant dans la prise en charge médicamenteuse* sont formés à l'utilisation du logiciel de prescription/administration.
INFO3°	**Des formations relatives à l'aide à la prise* sont organisées pour les professionnels concernés.**
INFO4	**L'ensemble du personnel est formé sur le risque de fausse route et sa prise en charge.**
INFO5°	**Une formation dédiée des nouveaux professionnels abordant les modalités d'organisation de la prise en charge médicamenteuse* par tutorat ou parrainage est mise en place.**
INFO6	Les problématiques relatives à l'administration/aide à la prise* sont analysées lors des réunions pluridisciplinaires. Les décisions sont traçées dans le dossier de la personne accueillie.
INFO7	**Concernant l'administration/aide à la prise*, un support mentionne dans le dossier de chaque personne accueillie le mode d'administration requis (eau, eau gélifiée, compote...), le moment de prise, les habitudes de la personne accueillie.**
INFO8	Une formation dédiée aux évènements indésirables (déclaration, analyse et gestion) liés à la prise en charge médicamenteuse* est organisée pour l'ensemble des professionnels.
INFO9°	Une formation dédiée aux retours d'expérience est organisée pour l'ensemble des professionnels.

Action d'amélioration

Actions d'amélioration

Boîte à outils

https://www.omedit-idf.fr/handicap-boite-a-outils/

Accueil / [Handicap] Boîte à outils

[HANDICAP] BOÎTE À OUTILS

La boîte à outil « Médicament et Handicap » est **mise à jour régulièrement.** Selon vos thématiques d'intérêt, vous y retrouverez des documents et outils conçus spécifiquement avec l'ARS Ile-de-France et le groupe de travail francilien « Médicament et Handicap » (reconnaissables avec le logo vert IDF). Nous partageons également des supports validés par d'autres groupes experts et structures régionales d'appui.

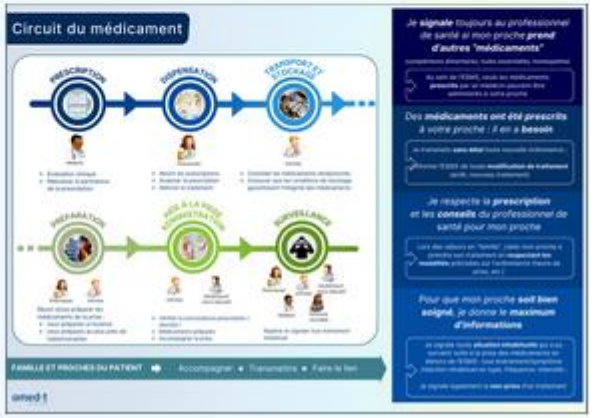
[NOUVEAUTÉS]

Juillet 2024 :

- *[Qualité/Sécurité] Modèle de représentation schématique de la PECM : étapes, acteurs et points de vigilance (« schéma escargot »)*
- *[Aide à la prise] Parcours d'habilitation : fiche mémo Voie pulmonaire*
- *[Continuité du parcours] Charte et Flyer Famille/Proches – Le Circuit des médicaments en ESMS*

Action d'amélioration

DERNIERS OUTILS EN LIGNE



Identification des pilotes

La difficulté va être d'exploiter l'ensemble des ressources RH possibles

Tenir compte :
- de la situation RH
- du temps de travail de certaines fonctions clés (ex : ressources médicales)

Faire le lien avec le pharmacien

Le référent médicament n'est pas pilote de l'ensemble des actions !

Code item	Thème	Rubrique	Thème transversal	Item	Item prioritair	Commentaires	Action	Pilote	Calendrier début	Calendrier fin	Indicateur d suivi
ORG2	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Système informatique	Si la prescription est informatisée dans l'établissement, l'accès au logiciel de prescription/administration est sécurisé (identifiant et mot de passe confidentiels) et adapté (droits d'accès lecture/écriture) au champ de compétences des professionnels.	Non						
ORG6°	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Relation officine/PUI	Un "référent médicament" est désigné au sein de l'établissement.	Oui						
				Les procédures* relatives à la prise en charge							

Identifier un pilote

Calendrier

Filtre possible sur les actions prioritaires

Plan d'actions

ORG6°	Politique qualité et sécurité des soins	Organisation/Pilotage	Relation officine/PUI	Un "référent médicament" est désigné au sein de l'établissement.	Oui							
INFO4	Politique qualité et sécurité des soins	Information/Formation du personnel, des aidants et de la personne accueillie	Troubles de la déglutition	L'ensemble du personnel est formé sur le risque de fausse route et sa prise en charge.	Oui							
GDR2°	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion des risques	Gestion des évènements indésirables médicamenteux	Un dispositif de recueil des événements indésirables liés au circuit du médicament* est mis en place dans l'établissement.	Oui							
COOR7	Continuité de la prise en charge	Coordination	Personne accueillie	A l'occasion d'un séjour à l'extérieur (sorties, week-end, vacances), la personne accueillie quitte l'établissement : - avec son dossier de liaison d'urgence (DLU) - sa carte vitale (s'il y a lieu) - son ordonnance à jour La continuité du traitement est assurée (traitement correspondants à la durée de séjour fourni ou relai organisé avec la famille).	Oui							
COOR13	Continuité de la prise en charge	Coordination	Relation officine/PUI	Le pharmacien transmet à la structure les informations liées aux retraits de lots de médicaments ou de produits (alertes) ainsi que la conduite à tenir.	Oui							
PREP21	Prise en charge médicamenteuse	Dispensation	Bonnes pratiques de stockage	A la réception, les médicaments dispensés par le pharmacien (PDA* et hors PDA*) font l'objet d'un contrôle* qualitatif et quantitatif par un infirmier diplômé d'Etat, au regard de la prescription. Ce contrôle est tracé.	Oui							
ADM6	Prise en charge médicamenteuse	Administration/aide à la prise	Aide à la prise	Au moment de la prise, les professionnels disposent d'un trombinoscope des personnes accueillies régulièrement mis à jour. La concordance de l'identité de la personne accueillie, et celle apparaissant sur le contenant des médicaments préparés est vérifiée.	Oui							

Doit être réalisable en fonction des ressources RH

Etablir un calendrier

Priorisation des actions correctives

Différents éléments sont à prendre en compte
dans la désignation des pilotes et l'élaboration du calendrier

- L'actualité de la structure (Evaluation, CPOM…)
- La disponibilité et la mobilisation possible des professionnels
- Le périmètre de l'action : une unité/ service ou l'ensemble des unités / services
- La faisabilité de la mise en œuvre des actions : Ne pas négliger les actions non prioritaires faciles à mettre en place
- Envisager l'action dans sa globalité (protocole : rédaction → diffusion → mise en application → évaluation)
- Les ressources, en particulier celles nécessitant une validation de la direction/siège (financier, RH, système d'information)
- Penser à mobiliser des intervenants extérieurs (ex fournisseur de CNO/épaississants pour la formation dénutrition-déglutition)

Etablir un calendrier

SUIVI DES ACTIONS
Les indicateurs

Pourquoi mettre en place des indicateurs ?

- **Définition de l'indicateur** : quantité mesurée permettant de situer un niveau d'activités ou de résultats (nombre ou pourcentage)
- Les indicateurs permettent de suivre et d'évaluer l'efficacité d'une action, ils donnent du sens à l'action
- il faut des **objectifs réalistes** de progression et des finalités partagées par les différents acteurs
- Il convient de privilégier la **qualité des indicateurs** à leur quantité
- **Les indicateurs ne servent qu'a mesurer l'atteinte des objectifs définis,**
  Pas d'indicateurs pertinents si pas d'objectif pertinent !!!

Suivre et évaluer l'efficacité par un indicateur

Suivi du plan actions

Le suivi du plan d'actions a pour objectifs de :

- Contrôler les mesures mises en place
- Assurer la continuité du processus

Il s'appuie sur le suivi des indicateurs par le pilote de chaque action

Rôle important du référent PECM

Maintenir un dynamique au sein du COPIL
Veiller au respect du calendrier

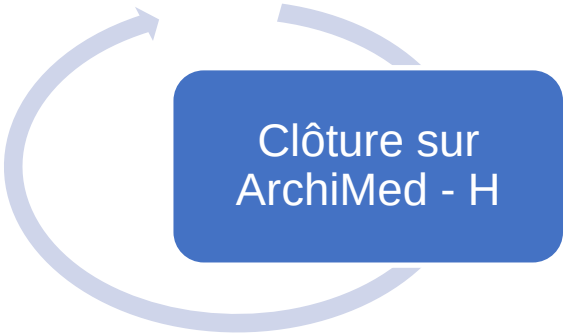
Réunions régulières du COPIL (mensuelle) et programmées
Présentation de l'avancement des actions par chaque pilote, clôture…

Clôture d'une action

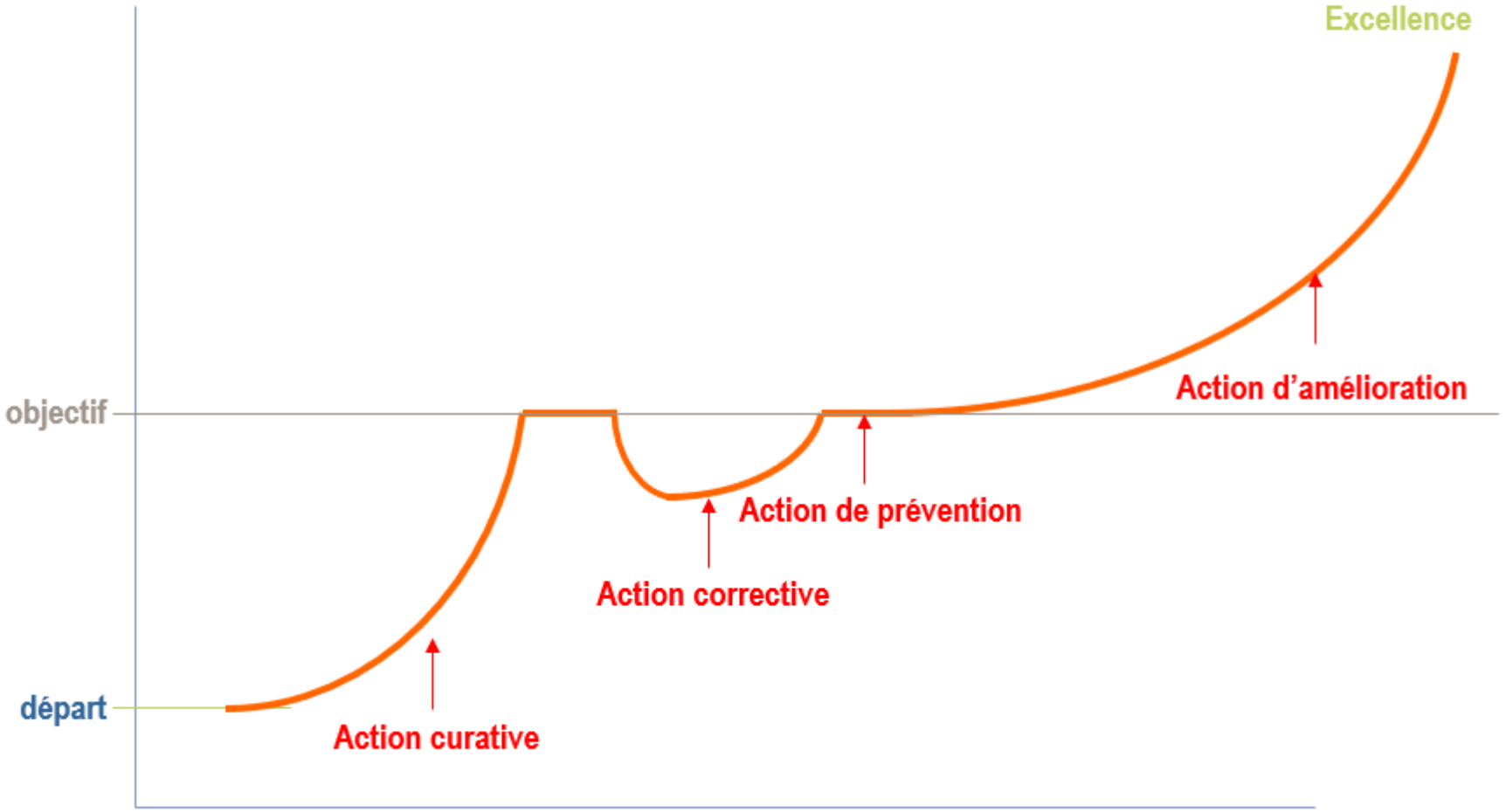
Possibilité d'utiliser une code couleur pour l'état d'avancement
Ex :
Vert clôturé
Jaune en cours
Rouge à débuter

Sur votre évaluation Archimed ou sur le plan d'action
L'indicateur défini doit être atteint
Attention à certaines actions identifiées comme fragiles, maintenir un auto-contrôle périodique ou être en alerte si changement RH ou nouvelle organisation

Conseil d'un ArchiMed annuel



SUIVI DES ACTIONS
Différents types d'actions



Communication sur votre démarche

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

STARAQS

Partager avec les professionnels

✔ Communiquer sur les principaux axes de travail engagés dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament

- Auprès des professionnels, des intervenants extérieurs
- Auprès des usagers, du CVS
- Auprès des tutelles (CPOM, Evaluation HAS)

✔ Intégrer la démarche dans votre projet d'établissement

✔ Valoriser la démarche dans le rapport annuel d'activité, le RAMA, l'évaluation Synae HAS

Exemples d’actions ArchiMed Handicap

ars Agence Régionale de Santé Île-de-France

STARAQS

Plan d'actions

L'établissement dispose de procédures* formalisées et validées, relatives au processus de prise en charge médicamenteuse* et décrivant ses différentes étapes. Item prioritaire

Ecarts rencontrés

- Absence de procédure
- Procédure générale ne prenant pas en compte l'organisation réelle de la structure
- Procédure trop longue non opérationnelle
- Procédure n'abordant pas l'ensemble des modalités d'accueil et de suivi

Difficultés rencontrées

- Procédure **complexe** à rédiger
- Doit prendre en compte **l'ensemble du processus**
- Doit intégrer **l'informatisation ou les documents internes, le système de PDA, l'identitovig**
- Doit être suffisamment précise tout en restant **opérationnelle**
- **Personnalisation +++**

Plan d'actions

L'établissement dispose de procédures* formalisées et validées, relatives au processus de prise en charge médicamenteuse* et décrivant ses différentes étapes. Item prioritaire

Exemple de procédure « version opérationnelle » d'un ESMS

Informations incontournables :

- Coordonnées de la pharmacie
- Description de la PDA (Distrimedic : carte / opercule /feuille d'observance)
- Circuit de l'ordonnance : transmission / classeur médicament / dossier résident
- Réception des traitements et stockage
- Vérification des piluliers
- Préparation des tt, distribution / administration /traçabilité avec l'identito-vigilance (dont Si besoin et distribution par l'équipe de nuit)
- Hygiène et sécurité : frigo, nettoyage des chariots. péremption
- Alerte : centre antipoison / SAMU si erreur médicamenteuse
- Déclaration des évènements indésirables médicamenteux
- Particularités liées à l'accueil : WE et vacances

La gestion des toxiques et l'écrasement des traitements uniquement dans la version complète, ne concerne aucun résident

Plan d'actions

L'établissement dispose de procédures* formalisées et validées, relatives au processus de prise en charge médicamenteuse* et décrivant ses différentes étapes. Item prioritaire

Code item	Thème	Rubrique	Thème transversal	Item	Commentaires	Action	Pilote	Calendrier début	Calendrier fin	Indicateur de suivi
DOC1	Politique qualité et sécurité des soins	Gestion doc		L'établissement dispose de procédures* formalisées et validées, relatives au processus de prise en charge médicamenteuse* et décrivant ses différentes étapes.	procédure circuit du médicament en cours	Finalisation de la rédaction de la procédure circuit du médicament. Rédaction d'une version opérationnelle. Validation en COPIL, par service qualité de l'assoc. Information de la pharmacie. Diffusion auprès des IDE, soignant de nuit, AS. Faire le lien avec la procédure accueil d'un nouveau salarié, accueil d'un vacataire. Bilan à 6 mois de la diffusion et révision éventuelle puis révision tous les 2 ans.	IDEC	Déc 2020	Oct 2022	Nombre de réunions d'information % de personnel par fonction auprès duquel la procédure a été diffusée (feuille d'émargement)

Pour vous accompagner

Support de procédure PECM en ESMS **à personnaliser** dans la boite à outils ESMS https://www.omedit-idf.fr/esms_handicap/

Table des matières

I. Préambule/dispositions générales .....
II. Description globale du circuit .....
III. Etapes du circuit du médicament .....
1. Prescription .....
2. Dispensation .....
3. Stockage .....
4. Préparation des traitements .....
5. Administration / aide à la prise .....
6. Surveillance .....
IV. Annexes .....

4. Préparation des traitements

Principes généraux :

- Responsable : pharmacien, Infirmier Diplômé d'Etat
- Bonnes Pratiques -> cf Boîte à outils : Fiche pratique : « Préparation des médicaments : Bonnes pratiques et Hygiène »
- Zone dédiée et adaptée (PUI, officine, ou salle de soins)

  Pas d'interruption de tâche
- Un support permet la préparation des médicaments : c'est une vue complète des médicaments prescrits à chaque temps de prise (PDA, hors PDA)
- Préparation nominative des médicaments en pilulier et hors pilulier (formes buvables ou multidoses, traitements « si besoin »)
- Identification des médicaments **jusqu'à l'administration** (nom, dci, dosage, n° de lot, DLU)

- ☐ Présenter le local de préparation des médicaments et les conditions de travail, notamment les règles d'hygiène retenues : surfaces, tenue professionnelle, hygiène des mains.
- ☐ Mentionner le support utilisé pour préparer les médicaments à administrer (plan de prise informatisé, plan de préparation pharmaceutique).
- ☐ Décrire les étapes et les modalités de la préparation des médicaments (cf Boîte à outils : Fiche pratique : « Préparation des médicaments : Bonnes pratiques et Hygiène »).
  - Préparation à l'avance en piluliers : QUI ? QUAND ? COMMENT ? CONTROLE ?
  - Préparation des hors PDA/hors-piluliers au plus près de l'administration/aide à la prise (sachets, formes buvables ou multi-doses, traitements « si besoin » ...) : QUI ? QUAND ? COMMENT ?
  - Broyage des médicaments : QUI ? QUAND ? COMMENT ? ; utilisation de la liste des comprimés écrasables et des gélules ouvrables (cf Boîte à outils : Liste des médicaments pouvant (ou non) être écrasés – OMEDIT Normandie).
- ☐ Cas particuliers :
  - Gestion des modifications de traitement ;
  - Préparation des traitements en cas de sortie / week-ends / vacances.

Plan d’actions

Le nom de la personne accueillie et la date d'ouverture ne sont pas systématiquement apposés sur les flacons multidoses.

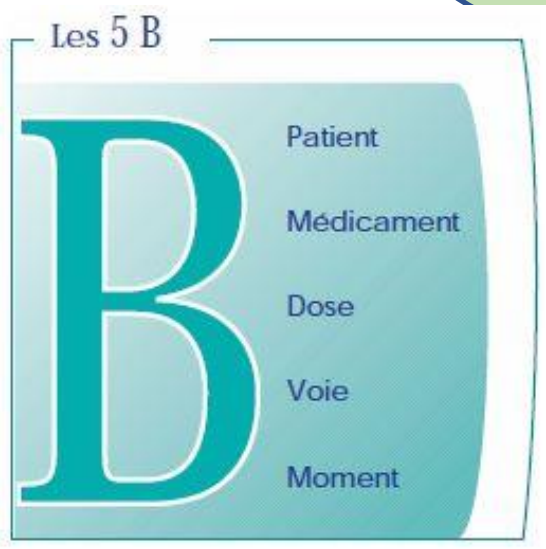
Item prioritaire

Plan d'actions

Le nom de la personne accueillie et la date d'ouverture ne sont pas systématiquement apposés sur les flacons multidoses. Item prioritaire

Le Collyre de « Mr X. »

Les gouttes de « Mme A »



Le pharmacien colle-t-il une étiquette au nom et prénom du résident ou l'IDE doit-elle l'écrire?

Comment et où les ranger dans la pharmacie puis sur le chariot?

Mutualisé ou individuel ?

Souvent rangés « en vrac » dans la pharmacie
Pour l'administration souvent rangés « en vrac » sur ou dans le chariot

Dispositif doseur mis avec le flacon ?

Combien de temps peut-on utiliser un traitement après son ouverture ?

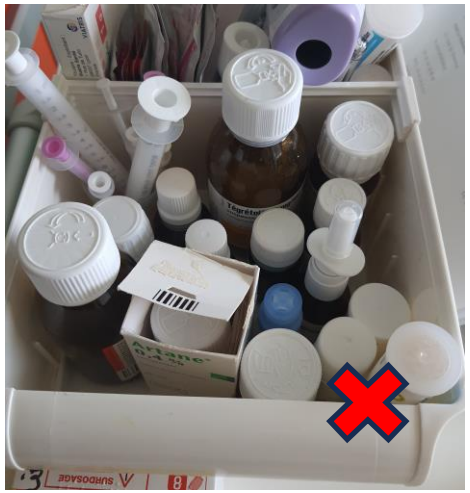
Qui assure le contrôle de la péremption des TTT hors piluliers ?

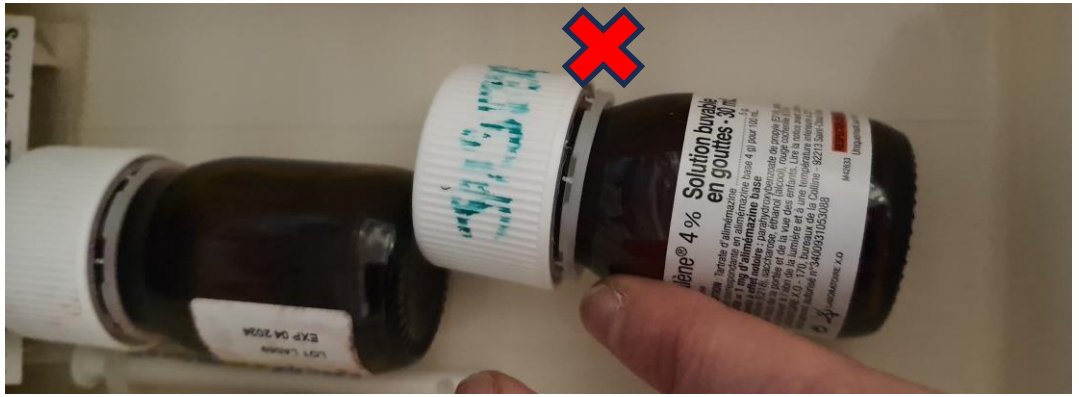
Plan d'actions

Le nom de la personne accueillie et la date d'ouverture ne sont pas systématiquement apposés sur les flacons multidoses. Item prioritaire

Boite à outil ArchiMed

http://www.omedit-idf.fr/esms_handicap/#1596555607736-b9066610-e194





Plan d'actions

Le nom de la personne accueillie et la date d'ouverture ne sont pas systématiquement apposés sur les flacons multidoses. Item prioritaire

Identification des freins à la mise en place

- La procédure circuit du médicament n'aborde pas la bonne pratique, sans précision sur la préparation et administration des traitements en flacons multidoses / accessibilité et diffusion des procédures

- Habitude prise de mutualiser les flacons multidose (dotation globale). L'Ide ne voit pas l'intérêt de mettre la date d'ouverture compte tenu de l'utilisation rapide du flacon

- Les durées de conservations après ouvertures n'est pas connue

- Encadrement insuffisant des vacataires

- L'équipe IDE est jeune et récente. Elle suit les pratiques non conformes en place sans oser s'opposer

- Nom prénom du résident accessible à la pharmacie (ex : trombinoscope) ?
- Prise en compte insuffisante des risques liés à l'étape de distribution et administration
des médicaments (identitovigilance et prescription)

- Le suivi du stock est partiellement réalisé (ex dans l'armoire mais pas sur le chariot de médicament)

- Le suivi et la vérification de la mise en place par l'encadrement qui n'est pas en place

Plan d'actions

Le nom de la personne accueillie et la date d'ouverture ne sont pas systématiquement apposés sur les flacons multidoses. Item prioritaire

Code item	Thème	Rubrique	Thème transversal	Item	Commentaires	Action	Pilote	Calendrier début	Calendrier fin	Indicateur de suivi
ADM3	Prise en charge médicamenteuse	Administration/aide à la prise	Hygiène	Le nom de la personne accueillie et la date d'ouverture sont systématiquement apposés sur les flacons multidoses.	L'action est inscrite dans la procédure prise en charge médicamenteuse mais difficulté de mise en pratique sur le long terme	1) Sensibilisation des IDE aux bonnes pratiques d'identification des flacons multidoses. Sensibilisation des vacataires (BP préparation administration formes buvables de la BAO), aux 5B 2) Se rapprocher du pharmacien pour l'inscription de l'identité sur les flacons (étiquettes) à la dispensation. 3) Afficher la fiche Omédit conservation des formes buvables à proximité de la zone de préparation des traitements dans l'infirmerie. 4) Évaluation des pratiques mensuelles pendant 6 mois (nombre de flacon conforme X 100 / nb de flacon présent sur le chariot = % de flacon conforme).	Référent médicament	Fév 2022	Dec 2022	Nombre d'IDE sensibilisé , nb de vacataire sensibilisé (feuille d'émargement) EPP mensuelle : % de flacon conforme

Merci de votre attention