

Université René Descartes Paris V

Faculté Cochin -Port Royal

**L'OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE CHEZ LA PERSONNE AGEE
DEMENTE DANS UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
AU SEIN D'UNE UNITE PROTEGEE**

Docteur Hélène Jossoud

Diplôme Inter Universitaire de Médecin Coordonnateur d'EHPAD

Année 2007-2008

Directeur de mémoire :

Docteur Corinne Haglon Duchemin

Je tiens à remercier le Docteur Corinne Haglon Duchemin
pour l'attention qu'elle a portée à mon travail,
les conseils efficaces et compétents qu'elle a su me donner
et pour toute sa gentillesse.

P L A N

Introduction :

I. Problématique :

II. Méthodologie :

1. La matière

Un lieu

22 patients

Leurs traitements

2. La méthode :

Etude de l'observance médicamenteuse des 22 patients.

3. Les résultats

4. Discussion :

A. Peut-on écraser tous les comprimés et ouvrir toutes les gélules ?

- Définition des comprimés
- La pharmacocinétique
- Liste des traitements avec les précautions d'emploi

- Conclusion sur six observations

B. Comment se fait la distribution des médicaments et par qui ?

- Avant de distribuer les médicaments
- Pour éviter le risque infectieux
- La distribution
- Après la distribution
- Qui fait la distribution ?

C. En tant que garant des bonnes pratiques, quel rôle peut jouer le médecin coordonnateur ?

Conclusion

Annexes

Bibliographie

INTRODUCTION

Dans le cadre de ce diplôme interuniversitaire, j'ai fait mon stage en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le Val de Marne. J'ai ainsi suivi pendant deux semaines le médecin coordonnateur dans son activité en assistant aux visites de pré-admission, aux réunions d'unité, à la signature d'une convention entre l'institution et une structure d'hospitalisation à domicile, à la mise à jour de la grille AGGIR et aux différentes activités qui font partie des missions de la fonction.

J'ai suivi les visites des unités et rencontré les résidents à différents instants de la journée. J'ai aussi observé les soignants dans leur prise en charge au quotidien de la personne âgée dépendante.

PROBLEMATIQUE

De part mon expérience, j'ai été sensibilisée à la prise médicamenteuse des personnes âgées dépendantes. Comment se fait cette distribution des médicaments ?

Celle-ci est faite par une aide soignante (AS), une aide médico-psychologique (AMP) ou parfois par une auxiliaire de vie.

J'ai pu observer plusieurs méthodes pour réaliser cette distribution en fonction des difficultés de chaque patient.

- Le soignant pose les médicaments avec un verre d'eau sur la table devant le patient qui est encouragé à les prendre.

- Si le patient a des difficultés à se servir seul, on lui met ses médicaments dans la bouche un à un ou en totalité dans une cuillère à soupe et il les avale ou essaie de les avaler avec sa boisson.
- Lorsque le patient présente des difficultés à avaler son traitement, on écrase les comprimés, on ouvre les gélules et on donne cette poudre avec un peu de confiture ou de compote ou bien entièrement mélangée à la soupe ou au laitage.
- Enfin, pour les patients déambulant, la distribution peut devenir plus risquée avec leurs médicaments non pris, mis dans une poche voire jetés. Les gouttes versées dans un verre posé à la place du patient non assis peuvent être bues par un autre.

Pour les soignants, c'est une tâche délicate et parfois difficile qui se répète quotidiennement, trois fois par jour.

Comment peut-on aider les soignants à réaliser au mieux cette distribution de médicaments dans le respect de la personne âgée, de son confort et de sa santé ?

Peut-on écraser tous les comprimés et ouvrir toutes les gélules sans modifier l'efficacité du traitement ?

En tant que garant des bonnes pratiques, que peut faire le médecin coordonnateur ? Jusqu'où peut-on aller dans cette volonté d'observance ?

METHODOLOGIE

Un lieu, des patients, leurs traitements

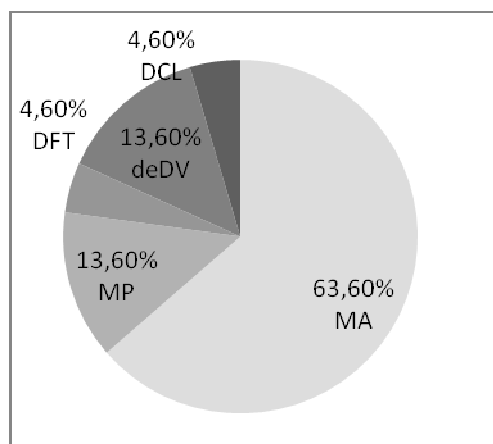
Mon stage de 15 jours en EHPAD m'a permis d'observer le fonctionnement d'une unité protégée.

A partir de cette expérience, je peux donner un modèle représentatif des patients généralement accueillis dans ces unités.

Ce service fermé, situé en étage, reçoit **vingt-deux** personnes âgées. Celle-ci sont toutes atteintes de démence.

- Démence dégénérative (19 patients)
 - Maladie d'Alzheimer (14 patients)

- Des troubles cognitifs associés à la maladie d'Alzheimer (3 patients)
 - maladie à corps de Lewy (1 patient)
 - démence fronto-temporale (1 patient)
- Démence non dégénérative d'origine vasculaire (3 patients)



Représentation des pathologies démentielles dans un service fermé en EHPAD

Ces patients reçoivent tous un traitement pour leur démence ainsi que pour leurs autres pathologies (HTA, angor, insuffisance cardiaque, hypercholestérolémie, troubles digestifs...)

Etant donné la diversité des produits prescrits, je me limiterai aux traitements liés à la démence.

Ils sont classés en trois groupes :

– **Les médicaments spécifiques :**

- Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase :

Donépézil (*Aricept*®)

Galantamine (*Remini*®)

Rivastigmine (*Exelon*®)

- Les médicaments glutaminiques :

Mémantine (*Ebixa*®)

– **Les médicaments non spécifiques :**

- Les anxiolytiques :

Prazépam (*Lysanxia*®)

Hydroxyzine (*Atarax*®)

Méprobamate (*Equanil*®)

Alprazolam (*Xanax*®)

Oxazépam (*Seresta*®)

- Les antidépresseurs :

Paroxétine (*Deroxat*®)

Citalopram (*Seropram*®)

Tianeptine (*Stablon*®)

Venlafaxine (*Effexor*®)

Sertraline (*Zolof*®)

Mirtazapine (*Norset*®)

Miansékine (*Athymi*®)

- Les Hypnotiques :

Zopielone (*Imovane*®)

- Les antiépileptiques :

Lévétiracétam (*Keppra*®)

Lamotrigine (*Lamicta*®)

- Les neuroleptiques :

Tiapride (*Tiaprida*®)

Risperidone (*Risperda*®)

Loxapine (*Loxapac*®)

Halopéridol (*Haldo*®)

- **Les antiparkinsoniens :**

Carbidopa, Lévodopa (*Sinemet*®)

Entécapone (*Comtan*®)

Bensérazide (*Modopar*®)

METHODE

J'ai résumé dans un tableau les renseignements sur les patients (date d'entrée, âge, sexe), leur niveau de dépendance en utilisant la grille AGGIR, leur traitement spécifique ou non, le nombre de médicaments à prendre PO et son observance indiquée par une soignante, référente du service.

Les patients les plus anciens dans le service sont là depuis près de trois ans.

La moyenne d'âge est de 85 ans.

Il y a 68% de femmes et 32% d'hommes.

Pour 68% d'entre eux, leur dépendance est évaluée GIR2.

Résidents	Entrée	Âge	Sexe	GIR	Médicaments Spécifiques	Médicaments non spécif.	Médicaments antiparkins	Nombre de CP et	Observance
1	05/07	86	H	2	1gl	1cp		3	RAS
2	01/08	86	H	2		1cp		4	RAS
3	11/06	97	F	2		Gouttes		3	RAS
4	02/07	77	H	2		1cp		3	RAS
5	06/08	80	H	2	1g/1cp	1cp		8	RAS
6	10/05	87	F	3	1cp	1cp		8	Irrégulière
7	04/08	87	H	2	1cp	1gl		3	Cp écrasé/ Gélule ouverte
8	01/07	86	F	2	1cp	2cp		6	Cp écrasé
9	09/05	91	F	2	1g/1cp	1cp	1gl	6	RAS
10	04/06	89	F	1		solution		1	RAS
11	07/06	80	F	4	2cp	1cp		5	RAS
12	02/06	81	F	2		1gl/1cp	2cp	4	Cp écrasé/ Gélule ouverte
13	03/08	67	F	2		1cp		3	RAS
14	01/08	88	F	2	1cp			6	Sous surveillance
15	11/06	80	H	2	1cp	1/2cp		5	RAS
16	09/06	83	H	2	1cp	1cp		4	Cp écrasés

RESULTATS

Sur les 22 patients du service, 9 d'entre eux ont des difficultés à prendre leur traitement soit \approx 41%.

Ils sont presque tous GIR 2 (7/9). Leur âge correspond à la moyenne du service tout comme le nombre de femmes par rapport aux hommes.

Trois patientes prennent leur traitement de façon irrégulière et sous surveillance. Elles présentent toutes les trois une maladie d'Alzheimer traitée par du Donépezil (Aricept® 10).

Elles prennent, en une prise PO, plus de cinq produits différents.

Elles sont toutes les trois bien adaptées au service puisqu'elles sont là depuis bien plus de six mois.

Pour les six autres patients, les médicaments sont réduits en poudre (les comprimés sont écrasés et les gélules ouvertes).

Patient 7 :

Maladie d'Alzheimer

Aricept®10

Zoloff®1 gélule

La poudre obtenue est mise sur le dessus d'une compote

Le plus souvent, le malade refuse et recrache.

Patient 8 :

Maladie de Parkinson avec syndrome démentiel

Ebixa®10mg (cp)

Deroxat®20 (cp)

Xanax® 0,25 (cp)

La poudre obtenue est mélangée à une petite quantité d'aliments.

Patient 12 :

Maladie de Parkinson avec syndrome démentiel

Sinemet ®100 (2cp 3 fois /jour)

Comtan ®cp (3 fois /jour)

Zoloft® (1 gélule)

Equanil® 400 cp (3fois /jour)

Laroxyl ®25 (1cp le soir)

La poudre est mélangée à de la confiture mais parfois il refuse.

Patient 16 :

Maladie d'Alzheimer

Aricept® (1cp)

Seropram ®1cp

Comprimés écrasés dans les aliments qu'il mange bien.

Patient 19 :

Maladie à corps de Lewy

Modopar® 1 gélule 3 fois /jour

Exelon ®1 gélule 2 fois / jour

La poudre mélangée aux aliments ou à de la confiture. L'observance est de plus en plus difficile.

Patient 21 :

Maladie d'Alzheimer

Aricept® 10 en cp

Effexor ®50 mg (3 fois /jour)

Grande quantité de poudre à avaler : 7 médicaments + 2 sachets.
Négociations et parfois refus.

PEUT-ON ECRASER TOUS LES COMPRIMÉS ET OUVRIR TOUTES LES GÉLULES ?

Définition des comprimés et des gélules que l'on retrouve dans les traitements pris par les patients du service.

I. Les comprimés non enrobés * :

« Comprimés à couche unique et comprimés à couches multiples disposées parallèlement ou concentriquement. Les premiers résultent d'une seule compression, les seconds de compressions successives, exercées sur des ensembles différents de particules. Les excipients ne sont pas spécifiquement destinés à modifier la libération des principes actifs dans les sucs gastriques. »

II. Les comprimés enrobés * :

« Comprimés recouverts d'une ou plusieurs couches de mélanges de substances diverses telle que : résines naturelles ou synthétiques, gomme, gélatine, charges insolubles inactives, sucre, substances plastifiantes, polyols, cires, colorants autorisés par l'autorité compétente, et, parfois, aromatisants et principes actifs. Les substances employées pour l'enrobage sont généralement appliquées sous forme de solution ou de suspension dans des conditions qui favorisent l'évaporation du solvant. Quand l'enrobage est constitué d'un film polymère très mince, le comprimé est dit pelliculé. »

* Pharmacopée européenne.

III. Les comprimés dispersibles * :

« Comprimés non enrobés ou comprimés pelliculés destinés à être dispersés dans de l'eau avant l'administration en donnant une dispersion homogène. »

IV. Les comprimés à libération modifiée * :

« Comprimés enrobés ou non. Ils sont préparés avec des excipients spéciaux ou par des procédés particuliers visant, séparément ou conjointement à modifier la vitesse, le lieu ou le moment de la libération du ou des principes actifs. »

V. Les comprimés gastrorésistants * :

« Comprimés à libération modifiée destinés à résister au suc gastrique et à libérer le ou les principes actifs dans le suc intestinal. Ils sont généralement préparés à partir de granulés ou de particules déjà recouverts d'un enrobage gastro-résistant ».

VI. Les capsules à enveloppe dure ou gélules :

Ce sont des enveloppes en gélatine ou gluten contenant le ou les principes actifs sous forme solide (poudre ou granulés) qui peuvent être à odeur et au goût désagréable.

De ces définitions, on comprend qu'on ne peut ni écraser ni ouvrir :

- Les formes à libération modifiée ou prolongée LP (comprimés multicouches, multi-noyaux ou gélules contenant des micro-granulés).

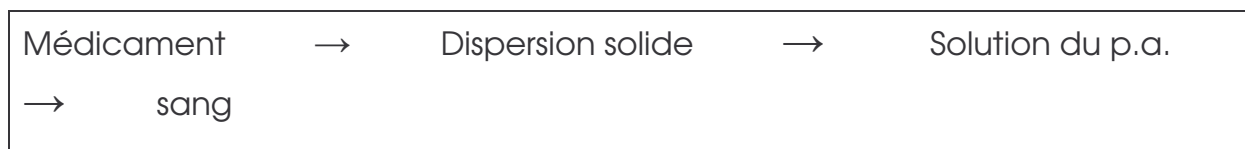
Si les gélules LP doivent être ouvertes, il ne faut pas écraser les micro-granulés qui devront être avalés directement (ni mâchés, ni sucés car ils sont eux-mêmes à libération programmée).

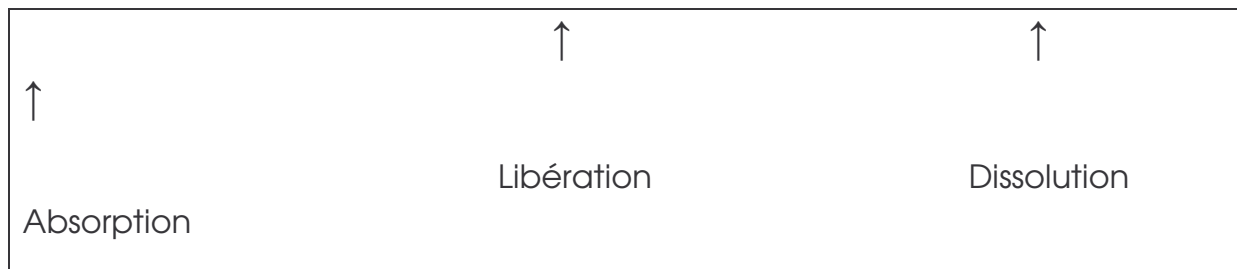
- Les formes gastro-résistantes (lorsqu'elles sont écrasées, le produit est détruit par l'acidité de l'estomac et il peut aussi être irritant pour celui-ci).
- Les autres formes dépendent du produit dont l'odeur et le goût peuvent être désagréables. Ce produit peut être irritant pour les muqueuses digestives et sa pharmacocinétique peut être modifiée.

* Pharmacopée européenne.

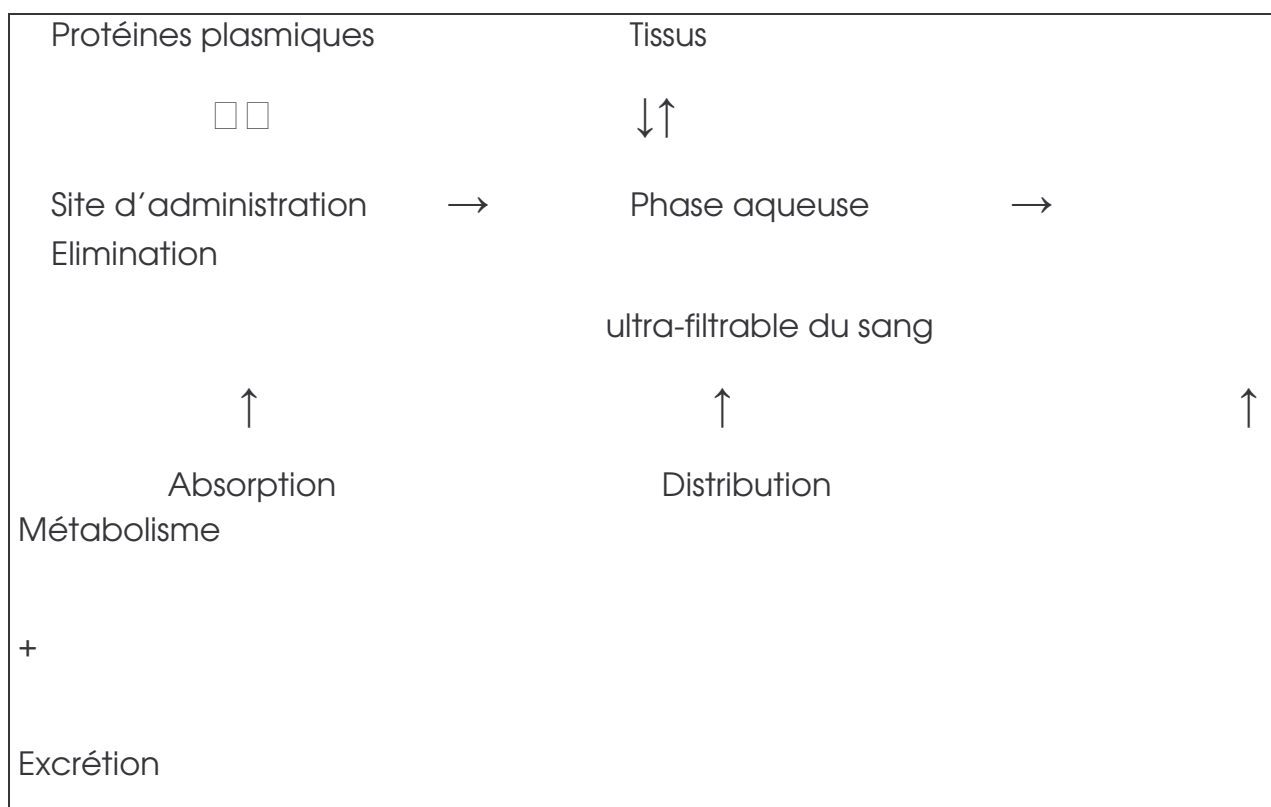
La méthode pour donner les médicaments peut modifier la biopharmaceutique et la pharmacocinétique du principe actif (p.a.). Ces deux phases sont représentées sur les figures suivantes (réf. Biblio. N°3 p29 et 30) :

PHASE BIOPHARMACEUTIQUE





PHASE PHARMACOCINETIQUE



Après la libération et la dissolution du principe actif dans les milieux de l'organisme, on décrit quatre phases importantes dans le devenir du produit : l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion (ADME).

La bonne ou la mauvaise absorption du produit agira sur sa pharmacocinétique.

En regroupant les avis des différents auteurs (réf. Biblio. 4, 5, 6, 7) sur l'utilisation des médicaments, je peux donner une liste de recommandations et de conseils correspondants à chacun des produits utilisés dans le service et en suivant le classement déjà utilisé (médicaments spécifiques et médicaments non spécifiques).



La prise alimentaire peut agir sur la pharmacocinétique du produit mais elle peut aussi améliorer la tolérance digestive.

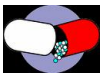




La nature de la boisson peut conditionner l'efficacité des médicaments (le lait, le jus de pamplemousse, le thé et le café). L'alcool majore l'effet sédatif des anxiolytiques, des hypnotiques, des neuroleptiques et des antidépresseurs.




Les auteurs précisent (cf. réf. Biblio. 5 et 6) que « les médicaments doivent être écrasés et administrés séparément pour éviter les interactions médicamenteuses susceptibles de modifier l'action des médicaments. »











Il faut boire ou donner à boire entre chaque prise.














Je m'inspirerai d'une illustration proposée par le service de Pharmacie du Professeur Chopineau pour rendre cette liste plus pratique.












 comprimé	On écrase le	 comprimé	On n'écrase pas le
---	--------------	---	--------------------






	On ouvre la		On n'ouvre pas la
gélule		gélule	
	Dissoudre le comprimé dans de l'eau		
	Préférer la solution buvable		
	Pendant le repas		
p.a.	Principe actif		

Donépézil (Aricept®)	cp pelliculé		* une prise le soir *goût très amer, à mélanger avec 1c à c de confiture ou de compote
	cp orodispersible		*une prise le soir *placer le cp sur la langue avec ou sans eau
Galantamine (Reminyl®)	cp pelliculé sol. buvable		*en deux prises (matin et soir) *
	gel LP		*une prise le matin avaler avec une boisson

Rivastigmine (Exelon®)	gélule		*en deux prises (matin et soir). La prise alimentaire ↓la vitesse d'absorption.
	Sol buvable	.	
	Patch		Commercialisé depuis avril 2008.
Mémantine (Ebixa®)	Cp pelliculé Sol buvable		*en deux prises (matin et soir). *goût amer, à mélanger avec 1 c à c de confiture ou de compote. * 
Hydroxyzine (Atarax®)	Cp sécable Sol buvable		*il est déconseillé d'écraser le cp car son goût est très désagréable. * 
Méprobamate (Equanil®)	Cp enrobé sécable		*mélanger avec 1 c à c de confiture ou de compote car le goût est amer.
Prazépam (Lysanxia®)	Cp sécable Sol buvable		*le cp se délite très vite dans la bouche. * 
Oxazepam (Seresta®)	Cp sécable		
Alprazolam (Xanax®)	Cp sécable		
Miansérine (Athymil®)	Cp pelliculé		p.a. anesthésique au contact des muqueuses → administration immédiate

Paroxétine (Deroxat®)	Cp pelliculé sécable		*goût amer à prendre pendant le petit déjeuner
	Solution buvable		* 
Venlafaxine (Effexor®)	Cp		*à prendre avec 1 c à c de compote
	Gel LP		* 
Amitriptyline (Laxoryl®)	Cp pelliculé		* 
	Sol buvable		
Mirtazapine (Norset®)	Cp pelliculé		*avalier sans croquer
	Sol buvable		*  *à diluer dans un peu d'eau
Citalopram (Seropram®)	cp pelliculé Sol buvable		*goût amer
Tianeptine (Stablon®)	cp enrobé		>70 ans limiter à 2 cp/jour.
Sertraline (Zoloff®)	gel		
Zopiclone (Imovane®)	cp pelliculé		*goût amer *administration immédiate car p.a. photosensible *à prendre 10mn avant le coucher

Lévétiracetam) (Keppra®)	cp pelliculé sécable sol buvable		*goût légèrement amer à prendre avec une c à c de confiture ou de compote.
Lamotrigine (Lamictal®)	cp dispersible ou à croquer		
Holopéridol (Haldol®)	Cp solution buvable		* A ne pas prendre avec thé ou café *administrer immédiatement car p.a.photosensible * 
Loxapine (Loxapac®)	cp pelliculé		
	sol buvable		*solution à prendre avec du jus de fruit.
Risperidone (Risperdal®)	cp pelliculé		
	sol. Buvable		
Tiapride (Tiapridal®)	cp sécable		
	sol. Buvable		
Entacapone (Comtan®)	cp pélliculé		

Lévopoda Bensérazide (Modopar®)	cp sécable pour suspension buvable		*à dissoudre dans 1/2 verre d'eau. *1/2 heure avant le repas ou 1 heure après.
	gélule		
	gel. LP		
Levodopa, Carbidopa (Sinemet®)	cp sécable		*à prendre en dehors des repas (à la fin du repas)
	cp LP		*à prendre au début du repas

En l'absence de données précises sur certains produits, j'ai appelé les laboratoires pharmaceutiques concernés qui conseillent de ne pas réduire en poudre les médicaments dont la pharmacocinétique, en cet état, n'a pas été étudiée.






C'est par exemple le cas de la Galantamine en comprimés pelliculés et de l'Entacapone. S'il n'existe pas une autre présentation (sirop, solution buvable, c.p. orodispersibles ou patch), il est demandé de revoir la prescription.

Dans cette liste, on évoque souvent le goût amer ou désagréable du médicament écrasé. Même si, lors du vieillissement sensoriel, il y a une diminution du goût qui peut être aggravée par la démence et l'hyposialie induite par les psychotropes, nous ne devons pas imposer à un patient dépendant une médication au goût amer et désagréable.

On peut comprendre que ce « mauvais goût » dans la bouche peut, dans un contexte de démence, participer à la baisse de l'appétence de la personne âgée dépendante.

Ainsi, pour les six patients dont on écrase les médicaments (soit 27% des résidents de l'unité), on peut dresser un tableau de conseils en rappelant que chaque produit doit être donné séparément avec un peu d'eau entre chaque prise.

Patient	Traitement	Indications	
7	Aricept®		*amer *préférer la forme Orodispersible
	Zoloff®		
8	Ebixa®		*Amer
	Doroxat®		*Amer * 
	Xanax®		
12	Sinemet®		*à la fin du repas
	Comtan®		
	Zoloff®		
	Equanil®		*amer Avec 1 c à c de confiture.
	Laroxyl®		* 
16	Aricept®		
	Seropram®		

19	Modopar®		*préférer le cp sécable pour suspension buvable
	Exelon®		*préférer la sol. Buvable ou le patch
21	Aricept®		*préférer la forme orodispersible.
	Effexor®	 	*prendre avec 1 c à c de confiture.

Cette observation montre l'importance de la transmission entre les soignants, l'infirmière et le médecin traitant.

Au cours de l'évolution de la démence dégénérative de type Alzheimer, il y a, avec les troubles du comportement alimentaire, des difficultés à prendre les médicaments qui vont en s'aggravant.

L'observance médicamenteuse de chaque patient doit être revue régulièrement pour que le médecin traitant puisse adapter le traitement et changer éventuellement de forme galénique quand cela devient nécessaire.

COMMENT SE FAIT LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ET PAR QUI ?

Les médicaments, qui ont été préparés par l'infirmier sont disposés, sur un chariot réservé à cet usage. Ils sont présentés sous forme de blister mis en forme par le pharmacien (le choix du blister a été fait pour optimiser la sécurité du circuit du médicament : préparation, contrôle, dispensation). Chaque blister comporte le nom du malade, le nom du produit, le n° du lot, la date de péremption et la dose.

- Avant de distribuer les médicaments :

Le soignant doit consulter le classeur rangé sur le chariot avec, pour chaque patient, la photocopie de l'ordonnance et une fiche de suivi sur laquelle se trouve : le nom de chaque produit, sa dose, son mode d'administration, le nom du patient, le nom du médecin traitant, la date de la prescription, un calendrier permettant de cocher, au jour le jour, la prise médicamenteuse et d'indiquer si le patient a refusé ses médicaments, ou s'il a eu des troubles digestifs (nausées, vomissements) ou s'il est hospitalisé (ces différentes informations peuvent être codifiées).

La soignante, chargée de la distribution des médicaments, doit noter son nom sur cette fiche.

- Pour éviter le risque infectieux :

- Le soignant doit se laver les mains avant de manipuler les médicaments et au cours de la distribution si cela est nécessaire (contact direct avec le patient ou avec tout objet souillé).

◦ La surface pour préparer les médicaments devra être nettoyée et désinfectée

◦ Le matériel servant à la préparation des différents médicaments (gouttes, sirop, comprimés écrasés) doit être propre et sec (compte-goutte, pipette, cuillère, système pour écraser les comprimés).

- La distribution :

Dans une unité protégée, elle doit être minutieuse et méthodique.

Il faut savoir prendre du temps auprès de chaque patient pour garantir la bonne observance médicamenteuse.

On ne doit pas laisser de médicaments devant le patient sans surveillance.

Les médicaments présentés en conditionnement unitaire (sachets, etc.) sont posés sur une surface propre devant le résident. Les comprimés et les gélules doivent être mis dans un contenant (godet, cupule, cuillère...).

Les préparations des solutions buvables, les médicaments écrasés et l'ouverture éventuelle des gélules doivent être faites au moment de leur administration.

Le soignant doit dire au patient qu'il va lui donner son traitement (quelle que soit sa présentation) en lui indiquant si possible son indication majeure ou l'effet bénéfique escompté.

Quand les médicaments sont prêts à être administrés, ils doivent être donnés aussitôt par le soignant qui reste près du patient, l'encourage à boire l'eau du verre placée devant lui ou l'aide à boire.

Pour éviter toute interaction médicamenteuse susceptible de modifier l'action des principes actifs, les médicaments écrasés sont administrés séparément.

Le médicament réduit en poudre est mélangé avec une toute petite quantité d'aliment (une cuillère à café de confiture, de compote...).

On ne doit pas mélanger un comprimé écrasé ou la poudre d'une gélule ouverte à la totalité d'une soupe ou d'un dessert. Le plat devient alors amer et difficile à avaler. L'observance médicamenteuse n'est plus assurée.

Entre chaque prise de médicaments, on donne à boire un peu d'eau pour rincer la bouche du patient et chasser toute amertume.

On ne doit pas oublier de noter et de transmettre à l'infirmier les problèmes que l'on a pu rencontrer au cours de la distribution des médicaments.

- Après la distribution :

Les accessoires utilisés doivent « être nettoyés en officine alimentaire. Il est formellement déconseillé de les nettoyer avec les matériels de soins afin d'éviter le risque de contamination. » (cf. biblio n°13)

Il est recommandé de les laver à l'eau chaude avec un détergent, de les rincer et de les sécher.

Les pipettes seront séchées à l'air libre après avoir été égouttées.

Le chariot doit être nettoyé tous les jours, en particulier le plateau dispensateur.

Le matériel propre est rangé dans un lieu propre, sec, à l'abri de la lumière et fermé.

- Qui fait la distribution ?

La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations sur « l'organisation du circuit du médicament en établissement de santé » (juin 2005).

« 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. »

L'infirmier (IDE) est donc responsable de la préparation et de la distribution des médicaments dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le texte de Nathalie Lelièvre (juriste spécialisée en droit de la santé, cf. pièces jointes) sur la collaboration aides-soignants-infirmiers nous donne une réponse en reprenant une circulaire n° 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments : « La prise de médicaments 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 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'actes de la vie courante. »

Dans les EHPAD, l'aide à la distribution des médicaments est un acte de la vie courante. Il pourra donc être fait par une aide soignante, une aide médico-psychologique ou une auxiliaire de vie sous la responsabilité de l'infirmier et avec la mention faite sur l'ordonnance qu'il s'agit bien d'un acte de la vie courante.

EN TANT QUE GARANT DES BONNES PRATIQUES, QUEL RÔLE PEUT JOUER LE MEDECIN COORDONATEUR ?

Le décret n° 2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonateur exerçant dans un établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes définit les 11 missions qu'il doit remplir :

1. Elaborer le projet de soins
2. Donner un avis sur les admissions
3. Organiser la coordination des professionnels de santé intervenant dans l'établissement.

4. Faire l'évaluation de l'autonomie selon AGGIR.
5. Veiller à l'application de bonnes pratiques gériatriques.
6. Contribuer à l'adaptation des prescriptions médicamenteuses aux impératifs gériatriques.
7. Contribuer à la formation.
8. Elaborer un dossier type « soins ».
9. Etablir le rapport d'activité médicale
10. Donner un avis et participer à la mise en œuvre de conventions conclues avec d'autres établissements.
11. Contribuer à la mise en œuvre de réseaux gériatriques.

Le ministère de la santé et de la solidarité a ajouté une douzième mission au journal officiel n°87 du 13 avril 2007, p.6782, texte n°48 :

12. Identifier les risques éventuels publics dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toute mesure utile à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.

Le médecin coordonnateur doit garantir une prise en charge de qualité :

La qualité des soins reprise par l'OMS doit :

- Garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé.
- Conformément à l'état actuel de la science
- Au meilleur coût pour un même résultat
- Au moindre risque iatrogénique
- Pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains.

Cette « qualité de soins » recherchée par le médecin coordonnateur au travers de ses missions permet de répondre au « Pourquoi ? » proposé par la méthode de structuration de l'information « QQQQCP » (quoi, qui, où, quand, comment, pourquoi) dans les outils d'évaluation.

La bonne observance d'un médicament chez une personne âgée démente est entièrement dépendante de la qualité de sa dispensation et de sa prescription.

Le médecin coordonnateur peut élaborer et mettre en œuvre avec les médecins traitants et l'aide du pharmacien une liste préférentielle de médicaments adaptés aux patients.

Dans les recommandations de bonnes pratiques de soins proposées par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), on insiste sur le choix des galéniques appropriées, sur l'existence de formes monopriées.

Quand, dans l'évolution de sa démence dégénérative, le patient présente des troubles nutritionnels avec des difficultés à avaler les médicaments, dans le cadre des bonnes pratiques gériatriques, le médecin coordonnateur et le médecin traitant s'accorderont sur la meilleure prise en charge globale et pharmaceutique possible du résident, en hiérarchisant les pathologies.

- On traitera d'abord celles qui menacent le pronostic vital
- On évaluera pour tout traitement le rapport bénéfice/risque.

L'IGAS préconise une visite du pharmacien au résident lors d'une première dispensation et éventuellement en cas de substitution d'un générique.

L'article R 4235-48 du code de la Santé Publique dit que « le pharmacien doit assurer (...) la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. (...) Il doit, par ses conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

En utilisant les items du référentiel Angélique (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labélisée Interne de la Qualité pour les usagers des Etablissements), on trouve des questionnements dans la rubrique : « Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins », qui permettent de mieux répondre à cet objectif de prise en charge de l'observance médicamenteuse avec le personnel soignant.

Thème	Mot clef	Questions
	Traitement	Pour chaque résident existe-t-il une procédure permettant de vérifier le suivi des traitements prescrits ? <ul style="list-style-type: none"> - Prise effective - Efficacité - Effet secondaire

Organisation des soins	Evaluation Personnel	L'évaluation des pratiques professionnelles est-elle réalisée : <ul style="list-style-type: none"> - Au sein de l'équipe ? - A l'occasion de réunions d'équipe ? - A l'occasion des entretiens individuels annuels ? - Lors d'évaluation externes ?
	Soutien du Personnel	Des actions de soutien psychologique sont-elles organisées : <ul style="list-style-type: none"> - En utilisant les moyens internes ? - Sur les thèmes tels que <ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychologiques ? • Fin de vie ?
	Transmission	Existe-t-il une procédure formalisée et systématique de transmission à chaque changement d'équipe ?

Le médecin coordonnateur peut réellement aider les soignants dans la formation, toujours en rapport avec la pratique quotidienne, sur des thèmes précis comme :

- troubles liés à la démence

- la maladie de Parkinson

- les maladies dégénératives type Alzheimer

- la fin de vie

- La distribution des médicaments

Enfin, le médecin coordonnateur se doit de favoriser la transmission, la communication entre chaque intervenant pour garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins apportés aux résidents.

C O N C L U S I O N

Ce gros plan fait sur une unité protégée en EHPAD montre qu'au moins un quart des patients de ces unités a des difficultés à avaler les médicaments et que les soignants sont le plus souvent obligés d'écraser les comprimés et d'ouvrir les gélules.

Le médecin traitant doit toujours penser à adapter sa prescription au handicap de son patient.

Si « l'apothicaire de jadis recevait le nom d'artiste » d'après Patrice Bousset (Historien de la Pharmacie), le pharmacien d'aujourd'hui est devenu un conseiller dans la prise du médicament, un éducateur sanitaire.

Le médecin coordonnateur doit créer un réel lien entre le médecin prescripteur et le pharmacien qui délivre les médicaments pour améliorer de façon continue, au quotidien, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge du patient.

L'industrie pharmaceutique se penche sur le problème d'observance médicamenteuse des jeunes enfants mais devrait étudier et proposer plus de formes pharmaceutiques adaptées au traitement des patients ayant des difficultés à avaler comprimés et gélules.

En EHPAD, les gouttes et les sirops ne sont pas toujours la meilleure alternative si l'on veut garantir et optimiser la sécurité du circuit du médicament.

Il faudrait peut-être qu'ils soient dans une dosette orodispersible ?

Les formes lyoc, sachet, comprimé dispersible ou orodispersible et patch de certains produits sont déjà une bonne alternative qui apporte de la qualité et du confort dans la prise en charge du patient âgé.

L'inscription sur les boîtes de médicaments d'un logo indiquant qu'on ne doit pas écraser le comprimé ni ouvrir la gélule pourrait rendre service aux usagers et être utilisé sur les blisters.

Lorsque la démence dégénérative est très évoluée, le patient présente de réels troubles alimentaires et refuse le plus souvent toute médication.

Dans sa réévaluation des médicaments anti-Alzheimer d'octobre 2007, la Haute Autorité de Santé pose elle-même la question de l'arrêt des traitements anticholinestérasiques lorsque « le patient a atteint un stade de sévérité non couvert par l'indication AMM du médicament ».

Le médecin a été formé pour soigner. Il doit aussi accepter les limites de son art et user d'empathie pour accompagner le patient en fin de vie, à partir dans la dignité et le respect.

ANNEXES

1. Fiche d'aide à la distribution des médicaments à l'usage des soignants.

2. La collaboration Aides-soignantes Infirmiers

nathalie.lelievre@infirmiers.com

Fiche d'aide à la distribution des médicaments à l'usage des soignants

dans un service protégé en EHPAD



- Se laver les mains avant de distribuer les médicaments et au cours de la distribution si cela est nécessaire.



- Expliquer au patient que l'on va lui donner les médicaments prescrits par son médecin traitant



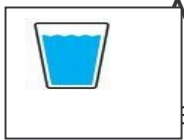
- On ne mélange pas les comprimés écrasés et les gélules ouvertes
- La poudre de chaque comprimé et de chaque gélule doit être donnée séparément



- On ne mélange pas les comprimés et les gélules à un plat (soupe, purée, dessert).



- On utilise une très petite quantité d'aliments (confiture, compote) pour la mélanger à la poudre du comprimé ou de la gélule et cacher le goût



- On donne à boire entre deux prises de médicaments pour chasser le goût **AMER**.



- On n'écrase pas les comprimés enrobés gastro-résistants et à libération prolongée.
- On n'écrase pas : **Réminyl** cp pelliculé, **Comtan** cp pelliculé, **Sinemet** cp LP.



- On n'ouvre pas une gélule à libération prolongée LP.
- On n'ouvre pas : **Réminyl** gél. LP, **Exelon** gél., **Modopar** gél. et gél. LP.



- Ne jamais hésiter au moindre doute à **interroger l'infirmier ou le médecin coordonnateur**.

Docteur Jossoud

LA COLLABORATION AIDES-SOIGNANTS INFIRMIERS

La distribution des médicaments

1. Analyse juridique de la collaboration aide-soignant infirmier

· L'article 4 du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise que les soins relevant du rôle propre de l'infirmier peuvent être dispensés avec la collaboration des aides-soignants, auxiliaires de puéricultures dans la limite de leur qualification et du fait de leur formation.

Il est à noter que cette collaboration s'exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

· Les infirmiers peuvent ils demander une collaboration pour tous les actes énumérés à l'article 5 relevant de leur rôle propre ?

· Une circulaire 96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et auxiliaires de puéricultures dans les établissements hospitaliers dresse la liste des actes autorisés :

- Collaboration dans les soins d'hygiène (hygiène corporelle, alimentaire, aider à l'installation des patients pour les repas etc.),
- Collaboration dans la surveillance des patients (identification des changements des comportements du patient et information de l'infirmier en vue d'une action sur les soins à adapter),
- Collaboration dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie (habillement, repas etc.),
- Collaboration dans l'hygiène du patient et de son environnement.

L'infirmier peut donc solliciter leur compétence en fonction de leur compétence eu égard à la formation des aides-soignants et en assurant l'encadrement.

En conséquence, à la lecture des textes : circulaire du 19 janvier 1996 et du décret 94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des aides-soignants, la sollicitation des aides-soignants est limitée aux soins de confort, de surveillance et d'hygiène des patients.

Pourtant, il n'est pas rare que les aides-soignants participent à la distribution voire à la préparation des médicaments. Sont ils habilités à exercer une telle fonction ?

2. L'aide-soignant est-il habilité à préparer ou distribuer des médicaments ?

- L'article 5 du décret du 11 février 2002 précise " Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ".

Comme cela a été précisé précédemment les conditions de la collaboration aide-soignant infirmier sont strictement réglementées. D'une part, il doit s'agir d'un acte relevant du rôle propre de l'infirmier et d'autre part il doit s'agir d'un acte pour lequel l'aide-soignant a reçu la formation. Ces deux conditions sont dites cumulatives c'est-à-dire que l'on ne peut pas les dissocier.

En l'occurrence, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier aide à la prise de médicaments. Peut-il alors solliciter l'aide-soignant pour cette fonction ?

- La réponse est apportée par une circulaire N°99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution des médicaments. " 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 ".

- En conséquence, il convient de distinguer les actes de la vie courante des actes qui relèvent de la fonction de soins. Lorsqu'il s'agit d'aider ponctuellement une personne qui ne peut temporairement prendre ces médicaments, l'auxiliaire médical est habilité à le faire. En effet, il s'agit d'un acte dit de la vie courante : " l'aide à la prise de médicaments est un acte de la vie courante, lorsque la prise du médicament est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage. ".

En revanche, la distribution des médicaments relève de la compétence de l'infirmier lorsqu'il s'agit d'un traitement qui présente des spécificités quant au mode d'administration (comme une injection) ou de préparation (nécessité d'une dose très précise).

Il convient donc de tenir compte de la nature du médicament, du mode de prise et des circonstances pour déterminer s'il la distribution du médicament peut être qualifiée d'acte de la vie courante et dans ce cas l'intervention de l'aide-soignant est possible ou s'il s'agit d'un acte de soins qui relève alors de la seule compétence de l'infirmier.

3. Conséquences du non respect des dispositions juridiques

Il est à noter que seuls les actes relevant de la compétence des aides-soignantes peuvent être exercés par l'aide-soignant. Le cas échéant, si un dommage résulte d'une faute de l'aide soignant, la responsabilité de l'infirmier et de l'aide-soignant sera recherchée.

Si un infirmier ou un médecin confie à un aide-soignant un soin qui n'est pas de sa compétence (suivie d'une perfusion) et qu'il s'ensuit un dommage pour le patient du fait d'une faute commise par l'aide-soignant, la responsabilité pénale de l'aide soignant peut être engagée du fait d'une maladresse ou d'une négligence. Il en est de même pour le médecin ou l'infirmier car il aura commis une imprudence en confiant à l'aide-soignant un soin qui ne relève pas de sa compétence.

L'aide soignant qui distribue des médicaments préalablement préparés par l'infirmier. Si l'infirmier a commis une erreur dans la préparation, c'est la responsabilité de l'infirmier qui sera retenue en raison de la faute commise lors de la préparation des médicaments. Cependant, l'aide-soignant pourrait voir sa responsabilité pénale engagée également pour avoir accepté d'exercer un acte qui ne relevait pas de sa compétence et d'avoir causé un dommage au patient.

En conclusion, dans le cas de la collaboration aide-soignant infirmier, les gestes accomplis par l'aide soignant sont toujours réalisés sous la responsabilité de l'infirmier.

L'aide soignant peut participer à la distribution des médicaments lorsque ce geste est bénin à savoir relève de la vie courante. Le cas échéant, seul l'infirmier est habilité à effectuer ce geste qui relève de la fonction de soins pour lequel l'infirmier intervient en application d'une prescription médicale.

Nathalie LELIEVRE

Juriste spécialisée en droit de la santé

AEU droit médical, DESS droit de la santé

Certificat d'aptitude à la profession d'Avocat Lyon

Comité Rédaction Infirmiers.com

nathalie.lelievre@infirmiers.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Consulter. Prescrire.
« La Maladie d'Alzheimer »
Jacques Touchon, Florence Portet
éd. Masson, 2004

2. Pharmacologie (11^o édition)
Yvan Touitou
éd. Masson, 2007

3. Initiation à la connaissance du médicament.
J-M Aiache/S. Aiache/R. Renoux (4^o édition)
Ed. Masson , 2001

4. Tables d'utilisation des médicaments
(4^o édition)
Coordonnateurs : C. Giraud et B. Sarrut
Ed. Frison-Roche, 1998

« Médicaments nécessitant des boissons abondantes » par C. Giraud

Formes orales sèches à ne pas croquer, écraser ni ouvrir.

5. « Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile ». Recommandations professionnelles. 2001. Ed. Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
SO985-0562(01)00041-3/MIS
Nutr. Clin Métabol 2001

- p 41 étape n^o 9/ p 53 administration des médicaments

- p 58 → 69 Annexe administration des formes solides orales dans les sondes d'alimentation entérale.

6. « Livret d'utilisation des médicaments par voie orale ».

Document réalisé par

Anne Céline Bellon

Violaine Tramier

Delphine Silvain

Mireille Jouannet

CHU Clermont-Ferrand

Service Pharmacie-Pr Chopineau

Mise à jour avril 2003

<http://www.lepharmacienhospitalier.fr/livretutimed2.htm>

7. Le dictionnaire Vidal 2007.

8. ECN Module 5

Vieillessement. Gériatrie médicale.

Dossier transversaux

René Dondelinger

Solen Kerneis

Ed. Vernazobres-Grego

9. Nutrition de la personne âgée.

M. Ferry, E. Alix

(3^e édition)

Ed. Masson, 2007

10. Pratiques professionnelles en gérontologie.
Ouvrage coordonné par Jean-Jacques Amyot
Ed. Dunod, 2007

11. La Revue de Gériatrie
Tome 33 n° 6-Juin 2008
Recommandations HAS

12. Le Collège National des Enseignants de Gériatrie
Corpus de Gériatrie
Tome 1
Ed. 2000

13. C-CLIN EST/Antenne Régionale d'Alsace

CHU-Hôpital Civil

« Recommandation de bonnes pratiques.

Hygiène de la préparation et de la distribution des médicaments ».

www.sideralsante.fr/repository/pdfs/218 hygiène de la préparation et de
pdf.

14. Mitra Kosravi

« La vie quotidienne du malade d'Alzheimer »

2° édition Oin éditeurs 2004

Ch.IX : La prise de médicaments

15. La collaboration Aides-soignants Infirmiers

<http://www.sideralsante.fr/documents/?path=exercice+infirmier%2FBonnes+pratiques>.

16. Mémoire du Dr Yannick Legeay sous la direction du Dr J.C. Malbec
« Traçabilité et sécurité du circuit du médicament en EHPAD »
Du DIU Med. Co. En EHPAD. Paris V, 2003/2004.
17. Mémoire des Dr Bernard Cousin, Dr Pascale Girard, Dr Danille Salson,
Dr Pierre Vaucel.
Sous la direction du Dr Serge Reingewirtz
« Le médecin coordonateur des EHPAD et l'évaluation des pratiques
professionnelles. »
DIU Méd. Co. En EHPAD. Paris V. 2005-2006.
18. Mémoire du DIU Méd. Co. En EHPAD. Paris V. du Dr Alain Saura
« Circuit du médicament dans les EHPAD sans pharmacie à usage intérieur : rôle
du médecin coordonateur et implication du pharmacien dans la démarche
qualité ».
19. Mémoire du DIU Méd. Co. En EHPAD. Paris V. du Dr Elisabeth Frouville Ducros.
Sous la direction du Dr J.C. Malbec.
«Elaboration et mise en œuvre avec des médecins traitants de la liste
préférentielle des médicaments ». 2006-2007.

RESUME

A partir de l'observation de la distribution des médicaments par les soignants en EHPAD, dans une unité protégée, on remarque que près de 25% des patients ont des difficultés à avaler comprimés et gélules.

Le médecin coordonnateur doit créer un réel lien entre le pharmacien et le médecin traitant pour optimiser le choix de la forme galénique adaptée au patient dément, au cours de l'évolution de sa maladie dégénérative.

Une formation adaptée à la pratique, une prescription de qualité et une transmission attentive pourront permettre aux soignants de garantir une meilleure observance médicamenteuse dans la sécurité, le respect et le confort de la personne âgée dépendante.

Mots-clés : comprimé écrasé, gélule ouverte, distribution médicaments ehpad,

Recommandations soins ehpad