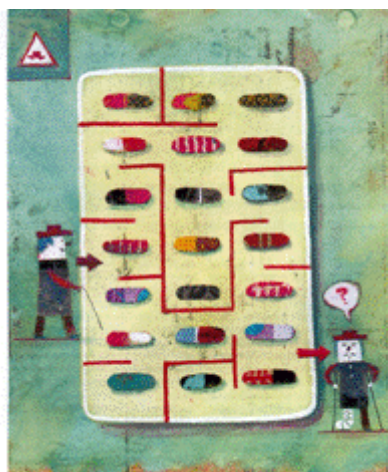


LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN INSTITUTION POUR PERSONNES ÂGÉES



**Évaluation de la sécurisation du circuit du médicament
dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
en Bourgogne**

Décembre 2007

LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT EN INSTITUTION POUR PERSONNES ÂGÉES

Évaluation de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Bourgogne

Réalisation : ORS de Bourgogne

Caroline BONNET (statisticienne), Christine FIET (assistante de direction), Nathalie LETENEUR (stagiaire Master 2 MEOSE, université de Bourgogne), Dr Isabelle MILLOT (directrice des études)

Remerciements

Au **comité de pilotage** composé de représentants de la DRASS (David BRION, statisticien régional, Odile DEYDIER, Pharmacien inspecteur de santé publique, Françoise JANDIN, Médecin inspecteur régional et Alain MORIN, pharmacien inspecteur régional), des DDASS, de l'ARH, de l'URCAM, de la CRAM, des Conseils Généraux de Bourgogne, du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, du Conseil de l'Ordre des Médecins, de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne, d'un médecin gériatre, d'un représentant des Directeurs et des Infirmières d'Établissements pour personnes âgées.

Aux **établissements** ayant répondu à l'enquête.

SOMMAIRE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE	5
A. MATÉRIEL ET MÉTHODES	6
1. Définitions	6
2. Protocole de l'étude	7
3. Communication et perspectives	8
4. Calendrier	9
B. DONNÉES DE CADRAGE	10
1. Démographie et offre d'hébergement en Bourgogne	10
2. Démographie et offre d'hébergement par département	11
3. Caractéristiques des résidents en institution	12
C. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	14
1. Taux de réponse et caractéristiques des établissements	14
2. Opinion des établissements sur la sécurité du circuit du médicament	16
3. Concertation entre professionnels	18
4. L'approvisionnement	19
5. La prescription	20
6. La préparation des médicaments	23
a. Préparation individuelle des médicaments	23
b. Mode de conditionnement et fréquence des préparations	24
c. Utilisation des génériques	25
7. La détention des médicaments au sein de l'établissement	26
8. L'administration des formes non injectables	27
a. Distribution	27
b. Procédures de contrôle lors de la distribution	28
9. Pharmacovigilance	30
10. Attentes en termes de formation et d'information	31
11. Opinion des établissements sur leurs pratiques et pistes pour l'action	32
POUR CONCLURE	34
ANNEXES	35
Annexe 1 : Questionnaire d'enquête	36
Annexe 2 : Lettre accompagnement	40
Annexe 3 : Synthèse de l'Enquête sur le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées	41

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Population de Bourgogne au 1 ^{er} janvier 2005	10
Tableau 2 : Structures d'hébergement en Bourgogne et France métropolitaine	10
Tableau 3 : Population par département au 1 ^{er} janvier 2005	11
Tableau 4 : Structures d'hébergement par département au 1 ^{er} janvier 2006.....	11
Tableau 5 : Structures d'EHPAD des quatre départements au 1 ^{er} janvier 2006.....	11
Tableau 6 : Proportion de la population vivant en institution au 31 décembre 2003 par départements (estimations).....	12
Tableau 7 : Âge moyen des résidents des EHPA au 31 décembre 2003	12
Tableau 8 : Proportion de femmes parmi les résidents en EHPA au 31 décembre 2003 selon la tranche d'âge considérée.....	12
Tableau 9 : Répartition selon le GIR et le département des résidents d'EHPA au 31 décembre 2003.....	13
Tableau 10 : Répartition des résidents selon le sexe et le GIR.....	13
Tableau 11 : GMP des résidents des EHPA au 31 décembre 2003 selon la catégorie et le département de l'établissement d'accueil	13
Tableau 12 : Taux de participation à l'enquête selon la catégorie de l'établissement.....	14
Tableau 13 : Répartition des établissements répondants selon leur catégorie.....	14
Tableau 14 : Capacité d'accueil par type d'établissement	15
Tableau 15 : GMP par type d'établissement.....	15
Tableau 16 : Intervenants dans les établissements selon le type de structure	16
Tableau 17 : Taux d'encadrement* par type d'établissement	16
Tableau 18 : Personnel présent lors des réunions de synthèse (concertation) pluridisciplinaires dans les établissements par type de structure *	18
Tableau 19 : Thèmes abordés lors des réunions de synthèse (concertation) pluridisciplinaires dans les établissements par type de structure *	19
Tableau 20 : Fréquence d'existence de protocoles pré-établis par les médecins au sein des établissements	22
Tableau 21 : Lieu de la préparation des piluliers des résidents en fonction du fait d'avoir signé ou non une convention avec une pharmacie.....	23
Tableau 22 : Personnel chargé de préparer les traitements des résidents dans l'établissement selon le type d'établissement	24

Liste des graphiques

Graphique 1 : Nomination d'un médecin coordonnateur au sein des EHPAD.....	15
Graphique 2 : Opinion sur la sécurité du circuit du médicament selon le type d'établissement	17
Graphique 3 : Difficultés en terme de sécurité du circuit du médicament par type d'établissement dans l'année	17
Graphique 4 : Existence de réunions de synthèse (concertation) pluridisciplinaires par type d'établissement	18
Graphique 5 : Approvisionnement des établissements en fonction du type de structure	19
Graphique 6 : Convention signée avec un (des) pharmacien(s) d'officine par type d'établissement.....	20
Graphique 7 : Existence d'un dossier unique de suivi médical	20
Graphique 8 : Fréquence de rédaction ou saisie des prescriptions par des médecins selon le type d'établissement	21
Graphique 9 : Nouvelle prescription médicale écrite préalable aux modifications de traitement (%) par type d'établissement.....	22
Graphique 10 : Influence de la présence d'un médecin coordonnateur en EHPAD sur l'existence de protocoles médicaux pré-établis (%)	23
Graphique 11 : Préparation des traitements par un pharmacien en fonction du fait d'avoir signé ou non une convention avec une pharmacie.....	24
Graphique 12 : Mode de conditionnement des médicaments	25
Graphique 13 : Durée de préparation des traitements par type d'établissement.....	25
Graphique 14 : Fréquence de vérification des dates de péremption	26
Graphique 15 : Existence d'un stock de médicaments en cas d'urgence par type d'établissement	26
Graphique 16 : Fréquence de distribution des médicaments par les infirmiers et les aides-soignants selon le type de structure	27
Graphique 17 : Procédé pour s'assurer de l'identité du patient avant l'administration du traitement en fonction du taux d'encadrement (ETP pour 100 places)	28
Graphique 18 : Vérification de la prescription au moment de l'administration du traitement par type d'établissement	29
Graphique 19 : Contrôle par un membre du personnel de la bonne prise des médicaments par le patient	29
Graphique 20 : Information du médecin en cas de non prise des médicaments par le patient.....	30
Graphique 21 : Connaissance de la méthode pour joindre le Centre Régional de Pharmacovigilance en fonction du type d'établissement	30
Graphique 22 : Attentes en fonction du type d'établissement	31

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La DRASS de Bourgogne a constaté, au cours d'inspections ponctuelles, des **défaillances concernant le circuit du médicament dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées** : erreurs dans la distribution des médicaments, manque de traçabilité, modification de traitement sans prescription médicale...

Ce constat rejoint un des objectifs de la loi de santé publique de 2004¹ qui vise "la réduction de la iatrogénie médicamenteuse survenant en ambulatoire"².

C'est pourquoi la DRASS a souhaité procéder à **un état des lieux exhaustif des pratiques** actuelles en matière de prescription et délivrance des médicaments au sein **des 341 établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPA) de la région. Celui-ci devra permettre d'établir un plan d'action adapté aux besoins des structures. Il s'agit d'accompagner les professionnels dans un objectif d'optimisation du circuit du médicament, afin qu'ils s'assurent que les "bons médicaments" sont prescrits, dispensés et administrés aux "bons patients", au "bon moment", avec un rapport bénéfice-risque optimum pour le patient.

¹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004

² Drees, L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. 2006.

A. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. DÉFINITIONS

Un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est une structure qui accueille des personnes âgées dépendantes.

Après signature de la convention tripartite pluriannuelle prévue par la réforme de la tarification avec le Conseil général (financeur de l'allocation personnalisée d'autonomie) et l'autorité tarifaire compétente pour l'assurance maladie qui assure la prise en charge des soins médicaux aux personnes âgées (le Préfet pour les établissements hébergeant des personnes âgées et le directeur de l'ARH pour les USLD), les établissements accueillant des personnes âgées deviennent des EHPAD. La tarification des établissements s'effectue en fonction de l'état de dépendance des personnes âgées et non plus du statut juridique de l'établissement d'accueil (unité de soins de longue durée, maison de retraite, unité gériatrique-psychiatrique).

Un EHPA (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées) est une structure d'hébergement pour personnes âgées non dépendantes. Les EHPA dont le GMP³ (GIR Moyen Pondéré) est supérieur à 300 et qui accueillent moins de 10% de personnes en GIR (Groupe Iso Ressource) 1 et 2 peuvent déroger à l'obligation de signature de convention tripartite. Ils doivent accueillir exclusivement des personnes autonomes (GIR 5 et 6). Les EHPA peuvent opter pour un conventionnement partiel sous condition d'une architecture qui permette une identification claire (deux bâtiments distincts) de la partie destinée aux personnes dépendantes.

Le logement-foyer est une structure d'hébergement pour personnes âgées autonomes ou dépendantes, selon leur statut EHPA ou EHPAD⁴. Il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, blanchissage, infirmerie, animation...) dont l'usage est facultatif. Il offre à la personne âgée un substitut à son logement d'origine.

Cette formule répond aux besoins de ceux qui pour des raisons diverses (veuvage, isolement, souci de sécurité...) souhaitent ne plus rester chez eux tout en conservant les avantages du logement individuel et la possibilité de bénéficier de services collectifs.

Les services de soins à domicile, les médecins et infirmiers libéraux de leur choix peuvent intervenir.

Les maisons de retraite offrent l'hébergement en chambre meublée avec système d'appel d'urgence (possibilité d'apporter de petits objets personnels), la restauration, une prise en charge médicale et surveillance par du personnel qualifié, l'entretien du linge et des activités d'animation.

Les centres d'accueil d'hébergement temporaire sont destinés à des personnes âgées ayant besoin momentanément d'être aidées, en raison de l'inconfort de leur habitat, de leur isolement l'hiver, de l'absence de leur famille, de la maladie du conjoint, d'une sortie d'hôpital. Généralement, ces unités accueillent des personnes autonomes. Néanmoins, certaines d'entre elles, rattachées à un établissement, accueillent une population en perte d'autonomie.

L'unité de soins longue durée (USLD) est une unité destinée à l'hébergement des personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien. Dans la majorité, elles sont rattachées à un établissement hospitalier. Les dépenses de soins sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

³ Voir définitions du GIR et GMP à la page suivante

⁴ www.personnes-agees.gouv.fr

Le **Groupe Iso Ressource** (GIR) représente le degré ou la classification de dépendance d'une personne. Il est calculé via la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) et classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie :

GIR 1 : les personnes sont confinées au lit ou au fauteuil, elles ont perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, ce qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : les personnes sont confinées au lit ou au fauteuil. Soit leurs fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais elles ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, soit leurs fonctions mentales sont altérées mais elles ont conservé leurs capacités motrices.

GIR 3 : les personnes ont conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais elles ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'aide pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 : - les personnes n'assument pas seules leurs transferts mais une fois levées, elles peuvent se déplacer à l'intérieur du logement.
- les personnes n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais elles ont besoin d'aide pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

GIR 5 : les personnes assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas, le ménage.

GIR 6 : Les personnes n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

Le **GIR Moyen Pondéré** (GMP) permet de mesurer la dépendance moyenne d'un groupe de résidents en tenant compte à la fois du nombre de résidents classés dans chaque GIR et de l'importance réelle de la dépendance, en attribuant à chaque GIR un coefficient de pondération variant de 1 000 pour le groupe de personnes les plus dépendantes (GIR 1) à 70 pour les moins dépendantes (GIR 6).

2. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

L'étude repose sur une enquête descriptive des pratiques professionnelles concernant le circuit du médicament allant de l'approvisionnement à l'administration dans les établissements.

Objectif

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux sur les pratiques professionnelles afin de mettre en œuvre un plan d'actions adapté aux besoins.

La finalité est de diminuer la prévalence des accidents iatrogènes dans ces structures.

Outil de collecte

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide d'un comité de pilotage composé de représentants de l'Etat (DRASS, DDASS), des organismes de protection sociale (URCAM, CRAM, CPAM, DRSM), de l'ARH, des collectivités territoriales (Conseils Généraux, CCAS), des Conseils de l'Ordre des pharmaciens et des médecins, de l'Union professionnelle des médecins libéraux (URML), d'organisations syndicales, de la Mutualité française, de gériatres, de directeurs, infirmières et assistantes sociales d'établissements pour personnes âgées.

Il s'appuie sur les conclusions d'un groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées⁵ rendues en mars 2005. Ce groupe a été créé à la demande du ministre

⁵ IGAS, Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, rapport n°2005 022, mars 2005.

de la santé et de la protection sociale ainsi que du ministre délégué aux personnes âgées, pour étudier les solutions permettant une amélioration de la situation dans les maisons de retraite médicalisées. Ces conclusions concernent la prescription, l'approvisionnement, la dispensation et l'administration des médicaments en EHPAD.

Ce questionnaire, présenté en annexe, est composé de plusieurs parties qui correspondent aux différentes étapes du circuit du médicament :

- Le mode d'approvisionnement
- La prescription
- La préparation
- L'administration aux résidents
- Les caractéristiques de l'établissement

En fin de questionnaire, quelques variables portent sur les attentes des professionnels en termes d'information et de formation.

Critères d'inclusion

Le champ d'application du questionnaire est délimité par les maisons de retraite, les logements-foyers et les centres d'accueil temporaire de Bourgogne. Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) n'ont pas été retenues par le comité de pilotage car elles relèvent du domaine sanitaire, de par leur implantation en secteur hospitalier, et donc ne relèvent pas du même cadre réglementaire.

Organisation

Le mode d'interrogation devait concilier l'anonymat des réponses et un taux de participation optimale. Une relance postale a été effectuée. L'enquête a donc été réalisée par voie postale à l'aide d'un questionnaire autoadministré.

Exploitation statistique

La saisie a été réalisée à l'aide du logiciel EpiInfo version 6.04.

Pour tenir des comptes des non-réponses, les données ont été redressées par une post-stratification sur la variable « Nature de l'établissement » (EHPA, EHPAD, Foyer-Logement ou Centre d'hébergement temporaire). Les résultats ont été exploités avec le logiciel SPAD version 6.0.

3. COMMUNICATION ET PERSPECTIVES

Les axes d'un plan de communication et de formation seront proposés à partir des résultats, et étudiés avec le comité de pilotage.

La synthèse validée par le comité de pilotage sera diffusée dans le dernier trimestre 2007 auprès de chaque établissement de la région. Elle servira de support à l'organisation des réunions départementales. Elle sera également mise en ligne sur le site internet des DRASS-DDASS de Bourgogne.

L'organisation et le contenu de 4 réunions départementales d'information destinées aux responsables d'établissements et professionnels concernés par le sujet dans chaque département seront finalisés avec le comité de pilotage.

- Information-Formation : L'organisation de sessions d'information et de formation sera envisagée, en sollicitant l'appui de l'association Gérontopôle. Il s'agira vraisemblablement de réunions, dans une démarche impliquante et participative.

- Communication : À partir des constats de l'étude régionale et des remarques lors des sessions d'information-formation, une politique de communication pourra être conduite.
- Évaluation : Au vu des résultats de l'état des lieux initial, l'ORS proposera un questionnaire succinct à adresser fin 2008 aux établissements pour mesurer l'impact de l'action de communication vis-à-vis des établissements.

4. CALENDRIER

- Janvier 2007 :
 - Construction du protocole avec les initiateurs du projet à la DRASS
 - Élaboration des outils d'enquête
- Février :
 - Réunion du comité de pilotage
 - Finalisation du protocole et des modalités d'enquête
- Mars :
 - Test du questionnaire dans 4 établissements
 - Finalisation du questionnaire et envoi à l'ensemble des établissements
- Avril-juillet :
 - Relance postale
 - exploitation de l'enquête et analyse des résultats
- Août-Septembre :
 - Rédaction du rapport et de la synthèse
 - Présentation des résultats au comité de pilotage
- Octobre-déc 2007, 1^{er} semestre 2008 :
 - Diffusion et communication
- 2^{ème} semestre 2008 :
 - Évaluation de l'impact de l'action

B. DONNÉES DE CADRAGE

1. DÉMOGRAPHIE ET OFFRE D'HÉBERGEMENT EN BOURGOGNE

Organismes et sources :

- DRASS, DDASS, INSEE, DREES
- STATISS 2006 "les régions françaises", STATISS 2006 "Bourgogne", FINESS.

Population bourguignonne âgée de 60 ans et plus

Au 1^{er} janvier 2005, la Bourgogne compte 1 622 500 habitants, dont 392 181 de plus de 60 ans (près d'un quart de la population).

Le taux brut de mortalité est de 10,6 pour 1 000 habitants. L'indice de vieillissement c'est-à-dire le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 habitants de moins de 20 ans est de 83,9.

Tableau 1 : Population de Bourgogne au 1^{er} janvier 2005

Tranche d'âge	Effectif	%
60-64 ans	76 436	4,7%
65-74 ans	156 603	9,7%
75-84 ans	123 054	7,6%
85 ans et plus	36 088	2,2%
Total	392 181	24,2%

Source : INSEE

Offre d'hébergement pour les personnes âgées

La Bourgogne compte, au 1^{er} janvier 2005, 336 établissements d'hébergement pour personnes âgées. La plupart d'entre eux sont des maisons de retraite (272) mais la région compte également 64 logements-foyers.

Le taux d'équipement de Bourgogne est supérieur à celui de la France (147,6 lits versus 127,2 lits pour 1 000 hab. de 15 ans ou plus). Toutefois, depuis 1995, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus augmente plus rapidement que le nombre de places en institution, dans la région comme en France.

Tableau 2 : Structures d'hébergement en Bourgogne et France métropolitaine au 1^{er} janvier 2005

Hébergement permanent	Bourgogne	France métropolitaine
Maison de retraite		
Nombre d'établissements	272	6 416
Nombre de lits	18 279	440 872
Logement foyer		
Nombre d'établissements	64	2 966
Nombre de logements	4 073	155 416
Hébergement permanent		
Nombre de lits	510	7 313
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées*		
	147,6	127,2

* lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergements temporaires
Calcul pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus

Source : DRASS, service statistique, INSEE

2. DÉMOGRAPHIE ET OFFRE D'HÉBERGEMENT PAR DÉPARTEMENT

Population de plus de 60 ans selon les départements

Avec un indice de vieillissement de 117%, la Nièvre est le département le plus « vieillissant » de Bourgogne, devant la Saône-et-Loire (97%), l'Yonne (85%) et la Côte d'Or (69%).

Tableau 3 : Population par département au 1^{er} janvier 2005

Tranche d'âge	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
60-64 ans	22 162	11 425	27 048	15 801
65-74 ans	41 368	25 682	56 507	33 046
75-84 ans	31 531	20 226	45 086	26 211
85 ans et plus	13 584	8 367	17 851	9 956
Indice de vieillissement	68,9%	117,3%	97,0%	84,9%
Taux de mortalité	8,6	13,3	10,7	11,3

Source : INSEE

Capacités d'hébergement par département

La Nièvre détient, depuis au moins 1990, le plus faible taux d'équipement en Bourgogne. Son taux est bien inférieur à celui des autres départements de la région : il s'établit à 111 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus contre 161 lits pour l'Yonne, département le mieux doté.

Tableau 4 : Structures d'hébergement par département au 1^{er} janvier 2006

Hébergement permanent	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Maison de retraite				
Nombre d'établissements	68	34	94	69
Nombre de lits	5 011	2 516	6 387	4 945
Logement foyer				
Nombre d'établissements	19	10	32	4
Nombre de logements	845	395	2 069	402
Hébergement permanent				
Nombre de lits	123	17	284	45
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées*	144,5	111,2	150,6	161,4

* lits de maisons de retraite, logements de logements-foyers et lits d'hébergements temporaires
Calcul pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus

Source : DRASS, INSEE

Compte tenu de son poids démographique important, la Saône-et-Loire détient la plus importante capacité d'accueil en EHPAD. La Côte d'Or en revanche compte moins d'établissements ayant signé une convention tripartite que l'Yonne alors qu'elle compte davantage de personnes âgées de 75 ans et plus. Enfin, la Nièvre est le département qui comptabilise le moins d'EHPAD.

Tableau 5 : Structures d'EHPAD des quatre départements au 1^{er} janvier 2006

EHPAD*	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Nombre d'établissements	53	22	68	60
Nombre de lits	4 287	1 793	5 208	4 903

* en maison de retraite et foyer-logement

Source : DRASS, INSEE

3. CARACTÉRISTIQUES DES RÉSIDENTS EN INSTITUTION

Personnes âgées vivant en institution

En Bourgogne, on estime qu'en 2003, près de 6% de la population âgée de 60 ans et plus vivait dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Tableau 6 : Proportion de la population vivant en institution au 31 décembre 2003 par départements (estimations)

Tranche d'âge	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Moins de 60 ans	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
60-64 ans	0,6%	0,7%	0,7%	0,9%
65-69 ans	1,1%	1,1%	1,2%	1,6%
70-74 ans	1,9%	1,8%	2,0%	2,2%
75-79 ans	4,0%	3,7%	4,7%	4,6%
80-84 ans	10,3%	8,7%	11,9%	10,8%
85-89 ans	19,2%	18,7%	23,2%	23,1%
90-94 ans	39,7%	37,2%	41,2%	43,3%
95 ans et plus	56,5%	49,6%	54,7%	67,9%
Total 60 ans et plus	5,6%	5,3%	6,2%	6,4%

Les résidents des établissements bourguignons d'hébergement pour personnes âgées en 2003, DRASS, Service statistique, mai 2005

Source : DRASS, service régional de la statistique et des études, EHPA 2003

Age moyen des résidents

L'âge moyen des résidents est de 83,3 ans, sans grande disparité entre les départements. On note toutefois que l'âge moyen en foyer-logement est significativement plus élevé en Côte d'Or que dans les autres départements.

Tableau 7 : Âge moyen des résidents des EHPA au 31 décembre 2003

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Maison de retraite	83,7	84,0	83,6	83,3
Foyer-logement	85,2	82,2	82,3	82,1
Total	84,4	83,1	82,9	82,7

Source : DRASS, service régional de la statistique et des études, EHPA 2003

Répartition Hommes/Femmes des résidents

Les résidents de moins de 70 ans sont majoritairement des hommes. Le constat s'inverse ensuite : les femmes deviennent plus nombreuses à partir de 70 ans, leur espérance de vie étant supérieure à celle des hommes.

Tableau 8 : Proportion de femmes parmi les résidents en EHPA au 31 décembre 2003 selon la tranche d'âge considérée

Tranche d'âge	Hommes	Femmes
Moins de 60 ans	59,2%	40,8%
60-64 ans	55,9%	44,1%
65-69 ans	53,3%	46,7%
70-74 ans	45,2%	54,8%
75-79 ans	33,1%	66,9%
80-84 ans	25,2%	74,8%
85-89 ans	19,6%	80,4%
90-94 ans	17,3%	82,7%
95 ans et plus	12,6%	87,4%
Total 60 ans et plus	26,4%	73,6%

Source : DRASS, service régional de la statistique et des études, EHPA 2003

Autonomie des résidents par département

Les établissements de l'Yonne comportent la plus forte proportion de résidents fortement dépendants (46 % de GIR 1 ou 2). Cette proportion atteint 40 % en Côte d'Or, 38 % dans la Nièvre. A l'inverse, la Saône-et-Loire détient la plus forte proportion de résidents peu ou pas dépendants (37 % en GIR 5 ou 6).

Tableau 9 : Répartition selon le GIR et le département des résidents d'EHPA au 31 décembre 2003

Catégorie	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
GIR 1	14,4	14,7	9,8	15,5
GIR 2	26,0	23,0	19,0	30,2
GIR 3	13,8	13,0	14,0	15,2
GIR 4	18,4	19,2	20,1	22,7
GIR 5	10,5	12,4	14,6	8,7
GIR 6	16,9	17,7	22,5	7,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DRASS, service régional de la statistique et des études, EHPA 2003

Autonomie des résidents par sexe

Les niveaux d'autonomie des résidents sont très variables. La dépendance augmente avec l'âge, les femmes sont plus fréquemment fortement dépendantes et les hommes plus souvent moyennement dépendants.

Tableau 10 : Répartition des résidents selon le sexe et le GIR

Catégorie	Hommes	Femmes	Ensemble
GIR 1	9,5	14,2	13,0
GIR 2	21,3	24,8	23,9
GIR 3	16,4	13,3	14,1
GIR 4	23,2	19,0	20,1
GIR 5	12,6	11,6	11,9
GIR 6	16,9	17,1	17,0
Total	100,0	100,0	100,0

Source : DRASS, service régional de la statistique et des études, EHPA 2003

GIR Moyen Pondéré (GMP) des établissements

L'Yonne, qui possède un nombre important de patients fortement ou moyennement dépendants, présente logiquement le GMP le plus élevé, suivie par la Côte d'Or, la Nièvre et la Saône-et-Loire. Dans chaque type de structure, l'Yonne reste encore le département où le GMP est le plus fort, que l'on observe les patients des maisons de retraite ou des foyers-logements.

Tableau 11 : GMP des résidents des EHPA au 31 décembre 2003 selon la catégorie et le département de l'établissement d'accueil

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Maison de retraite	613	527	545	637
Foyer-logement	305	238	164	311
Total	459	383	355	474

Source : DRASS, service régional de la statistique et des études, EHPA 2003

C. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

1. TAUX DE RÉPONSE ET CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

Parmi les 341 établissements concernés par l'enquête, 264 ont répondu, soit un taux de réponse de 77,4 %. Les taux de participation varient fortement selon les catégories d'établissements ; les EHPAD ont notamment particulièrement bien répondu (95% d'entre eux ont participé).

Tableau 12 : Taux de participation à l'enquête selon la catégorie de l'établissement

	Nombre de destinataires	Nombre de réponses	Taux de participation
Maisons de retraite	286	238	83,2%
EHPA	70	33	47,1%
<i>dont convention tripartite en cours</i>		19	
EHPAD	216	205	94,9%
Foyers-logements	46	21	45,7%
Centres d'hébergement temporaire	9	4	44,4%
<i>Catégorie non renseignée</i>		1	
Total	341	264	77,4%

L'analyse qui suit porte sur les 263 établissements ayant renseigné dans le questionnaire la catégorie à laquelle ils appartenaient.

Nature de l'établissement

Parmi les répondants, 78 % sont des EHPAD, 13 % des EHPA et 8 % sont des foyers-logements et 2 % des centres d'hébergement temporaire. Cette répartition est significativement différente de celle observée à l'échelle de la Bourgogne. Les résultats présentés par la suite sont donc redressés afin d'être représentatifs de l'ensemble des établissements de la région.

Tableau 13 : Répartition des établissements répondants selon leur catégorie

	Effectif		Pourcentage	
	brut	redressé	brut	redressé
Maisons de retraite	238	220	90%	84%
<i>dont EHPAD</i>	205	166	78%	63%
<i>EHPA</i>	33	54	13%	21%
Foyers-Logements	21	36	8%	14%
Centres d'hébergement temporaire	4	7	2%	3%
Total	263	263	100%	100%

Par la suite, les résultats sont généralement présentés par catégorie d'établissement. Les centres d'hébergement temporaire sont regroupés avec les foyers-logements. Les maisons de retraite sont divisées en EHPA ou EHPAD. Ainsi, pour la présentation des résultats de cette étude, les EHPA sont nécessairement des maisons de retraite (tout comme les EHPAD).

Capacité d'accueil

Globalement, la capacité moyenne d'accueil des établissements est de 78 lits. Avec 89 lits disponibles en moyenne, les EHPAD disposent de la capacité d'accueil la plus élevée (écart-type=85). Dans les EHPA, la

capacité moyenne est de 61 lits (écart-type=34) et dans les foyers-logements, elle est de 54 lits (écart-type=32).

Tableau 14 : Capacité d'accueil par type d'établissement

Catégorie	Moyenne	Médiane	Ecart-type
EHPAD (n=157)	88,9	75,5	84,9
EHPA (n=43)	60,7	57,0	34,0
Foyers-Logements (n=43)	53,8	55,0	31,6
Total (n=243)	77,8	67,0	72,7

GIR Moyen Pondéré

Le GIR moyen pondéré (GMP) qualifie le niveau de dépendance d'un établissement d'accueil pour personnes âgées. Calculé sur une base 1 000, plus il est élevé, plus le niveau de dépendance est important.

Par exemple : si GMP > 300 l'établissement est médicalisé, si GMP > 700 l'établissement est équivalent à un hôpital gériatrique.

Le GMP est de 641 en EHPAD (écart-type=109), de 625 en EHPA (écart-type=138) et de 349 en foyer-logement (écart-type=128).

Tableau 15 : GMP par type d'établissement

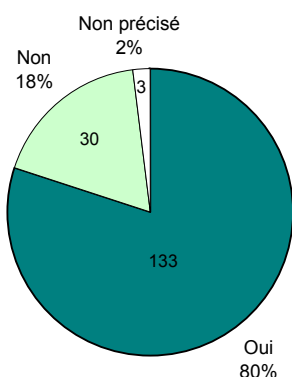
Catégorie	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Minimum	Maximum
EHPAD (n=147)	640,6	647,0	108,5	200,0	913,0
EHPA (n=38)	624,8	648,0	137,8	290,0	880,0
Foyers-Logements (n=27)	348,5	326,0	128,3	142,0	600,0
Total (n=211)	600,4	635,0	151,7	142,0	913,0

Personnel

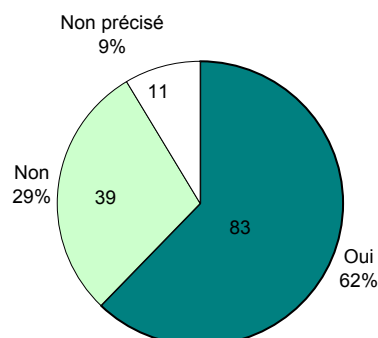
- **Médecin coordonnateur**

Dans 8 EHPAD sur 10, un médecin coordonnateur a été nommé. Il exerce des activités en parallèle au sein de la structure dans 62 % des cas.

Graphique 1 : Nomination d'un médecin coordonnateur au sein des EHPAD



Activité de soins en parallèle pour les 133 médecins coordonnateurs nommés en EHPAD ?



• Effectif et catégorie de personnel selon le type d'établissement

Dans les EHPAD, on compte en moyenne 12,1 médecins traitants différents amenés à voir des résidents et 17,2 soignants en Équivalent Temps Plein (ETP).

Le nombre de médecins intervenant dans les EHPA et les foyers-logements est presque identique (8,5 contre 8,8 en moyenne). En revanche, les autres professionnels de santé sont plus nombreux en EHPA qu'en foyer-logement (11,4 contre 2,4 ETP en moyenne).

Tableau 16 : Intervenants dans les établissements selon le type de structure

En effectif pour les médecins traitants et ETP pour le personnel soignant

	EHPAD		EHPA		Foyers-Logements	
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type
Médecins traitants	12,1	12,9	8,5	8,1	8,8	5,3
Cadre infirmier	0,9	1,1	0,8	0,9	0,2	0,4
Infirmier salarié	3,6	4,4	2,5	1,8	0,8	1,3
Infirmier libéral	0,4	1,3	0,7	1,3	2,0	0,0
Aide-Soignant	13,7	13,5	10,0	6,8	3,6	3,0
Nb soignants en ETP (hors médecins)	17,2	17,7	11,4	8,6	2,4	3,4

Le taux d'encadrement du personnel en contact avec les personnes âgées est de 36 ETP pour 100 places en moyenne. Ce chiffre est très proche de celui observé à l'échelle nationale (33 ETP pour 100 places). Un quart des établissements compte moins de 23 ETP pour 100 places et, à l'inverse, un quart compte plus de 44 ETP pour 100 places.

Avec en moyenne 15 ETP pour 100 places, ce sont les foyers-logements qui présentent logiquement les taux d'encadrement les plus faibles puisqu'ils accueillent les personnes les moins dépendantes. Un quart de ces établissements comptent moins de 3,5 ETP pour 100 places. Les EHPAD et EHPA ont des taux d'encadrement moyens assez proches (respectivement 37,8 et 40 ETP pour 100 places). La moitié des EHPAD a un taux d'encadrement supérieur à 34,6 ETP pour 100 places ; quant au EHPA, la moitié d'entre eux a un taux supérieur à 32,8.

Tableau 17 : Taux d'encadrement* par type d'établissement

	EHPAD (n=156)	EHPA (n=39)	Foyers-Logements (n=20)	Ensemble (n=215)
Moyenne	37,8	40,0	14,7	36,0
1er quartile	25,0	23,4	3,5	23,1
Médiane	34,6	32,8	15,1	33,3
3ème quartile	47,7	46,5	25,5	44,0

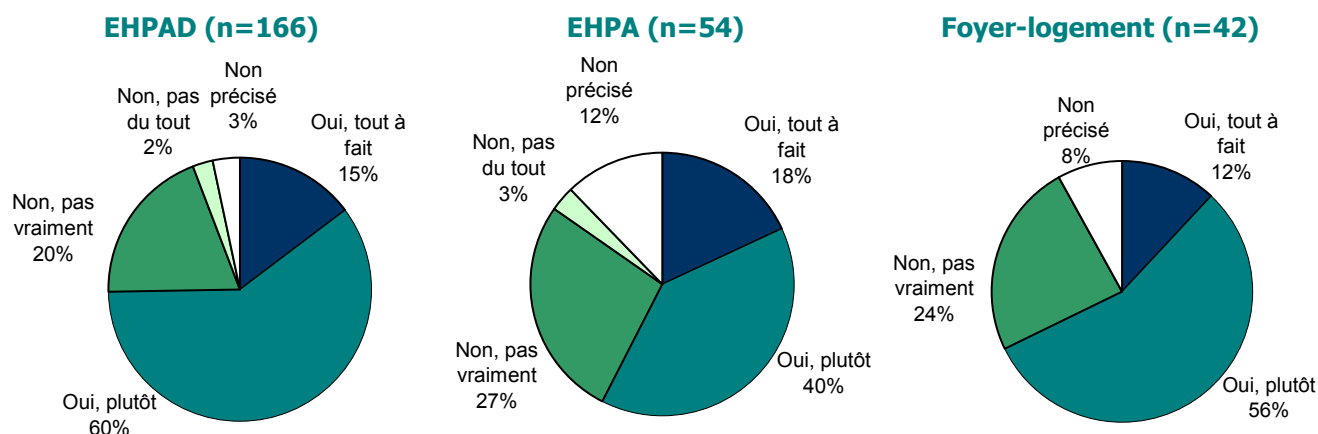
* Nombre d'emplois en ETP pour 100 places (personnels en contact avec les personnes âgées)

2. OPINION DES ÉTABLISSEMENTS SUR LA SÉCURITÉ DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Globalement, les professionnels des établissements portent un jugement plutôt positif sur la sécurité du circuit du médicament au sein de leurs structures. Parmi l'ensemble des répondants, 70 % pensent ainsi que le circuit du médicament y est plutôt voire tout à fait sécurisé.

Cette opinion favorable est partagée par les trois quarts des EHPAD, et plus des deux tiers (68 %) des foyers-logements. Dans les EHPA, les réponses sont un peu plus mitigées : si 58 % pensent que la sécurité du circuit est assurée, 30 % ne le pensent "pas vraiment" ou "pas du tout".

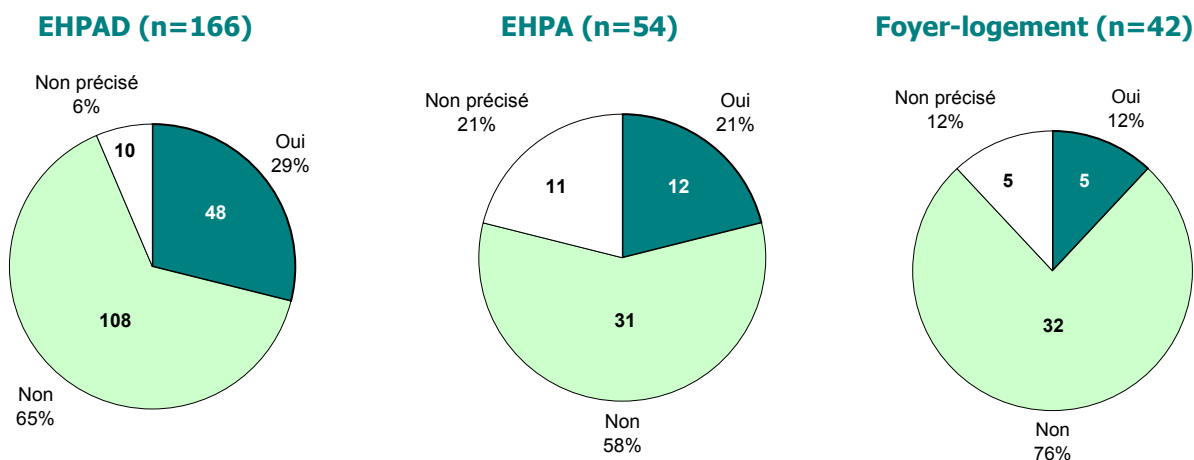
Graphique 2 : Opinion sur la sécurité du circuit du médicament selon le type d'établissement



Même si le sentiment général reflète une confiance dans ce domaine, il semble qu'il existe une marge de progrès importante. Ainsi en effet, un quart des établissements dit avoir connu des difficultés en terme de sécurité du circuit dans l'année.

Ces difficultés sont proportionnellement plus fréquemment retrouvées dans les EHPAD (près d'1 établissement sur 3), que dans les EHPA (1 sur 5) et les foyers-logements (moins d'1 sur 8).

Graphique 3 : Difficultés en terme de sécurité du circuit du médicament par type d'établissement dans l'année



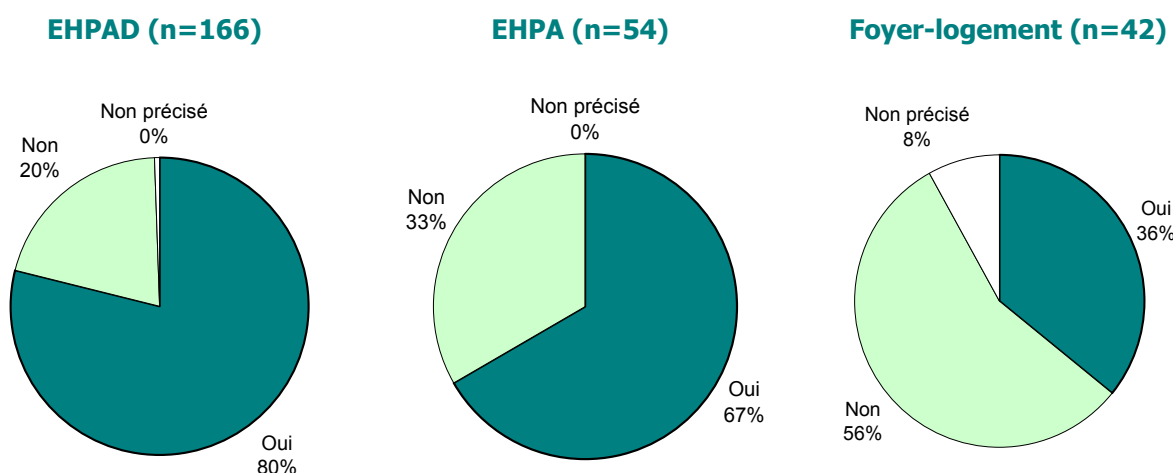
Les précisions pour cette question montrent que les problèmes ont souvent lieu au moment de la distribution des médicaments : la disparition des médicaments ou des erreurs de distribution sont notamment citées. Mais la préparation est aussi une difficulté mentionnée. Le personnel qui fait défaut dans certains établissements, la coordination avec les médecins et les pharmacies augmentent les problèmes de sécurité du circuit du médicament. Enfin quelques établissements évoquent des changements d'organisation qui ont perturbé ce circuit.

3. CONCERTATION ENTRE PROFESSIONNELS

Concertation de l'équipe médicale

L'existence ou non de réunions de synthèse pluridisciplinaires est très variable selon le type d'établissement. Ainsi, 8 EHPAD sur 10 et deux tiers des EHPA organisent ce type de réunions. En revanche, elles sont beaucoup plus rares en foyers-logements (moins de 4 fois sur 10).

Graphique 4 : Existence de réunions de synthèse (concertation) pluridisciplinaires par type d'établissement



Quelle que soit la structure considérée, la direction, les aides-soignants et le pharmacien participent souvent aux réunions de synthèse. Au sein des EHPAD, le médecin coordonnateur y est présent dans 9 cas sur 10. Les infirmiers et cadres infirmiers y assistent aussi dans la majorité des cas.

Les médecins libéraux sont quant à eux très peu intégrés à ces réunions, quel que soit l'établissement : en EHPA, moins d'un quart d'entre eux y assiste ; ils sont seulement 16 % en EHPAD ; et aucun foyer-logement ne mentionne leur participation.

Tableau 18 : Personnel présent lors des réunions de synthèse (concertation) pluridisciplinaires dans les établissements par type de structure *

	EHPAD		EHPA		Foyers-logements	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Direction	67%	33%	82%	18%	89%	0%
Médecin coordonnateur	91%	9%				
Médecins libéraux	16%	84%	23%	77%	0%	89%
Cadres infirmiers	72%	28%	28%	72%	0%	86%
Infirmiers	88%	12%	82%	18%	33%	56%
Aides-soignants	78%	22%	57%	43%	56%	33%
Pharmacien	77%	23%	95%	5%	89%	0%

*: quand ce type de professionnel est effectivement un intervenant de l'établissement, la somme ne fait pas nécessairement 100 % car certains établissements n'ont pas répondu à la question

Thèmes abordés

Les personnes ayant rempli le questionnaire déclarent que les thèmes du bon usage des médicaments et de la lutte contre la iatrogénie sont abordés dans respectivement 75 % et 52 % des EHPAD. En EHPA, le bon

usage du médicament n'est abordé que dans 1 établissement sur 2 et la lutte contre la iatrogénie, un sur 3. En foyer-logement, il est question du bon usage du médicament dans les trois quarts des établissements quand il existe des réunions de synthèse, mais la lutte contre la iatrogénie est peu évoquée (22 % des établissements).

Tableau 19 : Thèmes abordés lors des réunions de synthèse (concertation) pluridisciplinaires dans les établissements par type de structure *

	EHPAD		EHPA		Foyers-logements	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Bon usage du médicament	75%	22%	50%	36%	78%	0%
Lutte contre la iatrogénie	52%	40%	32%	45%	22%	45%

* la somme ne fait pas nécessairement 100 % car certains établissements n'ont pas répondu à la question

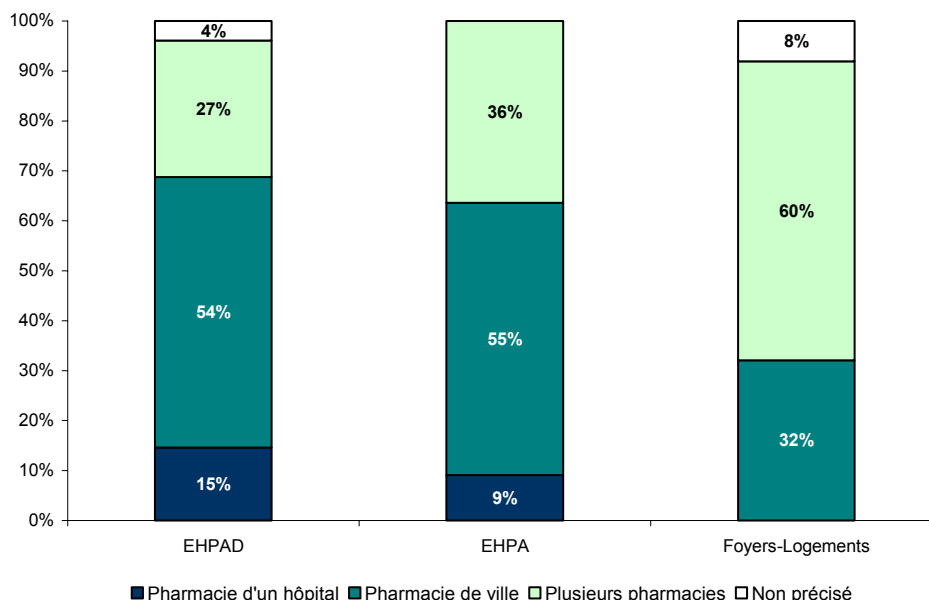
4. L'APPROVISIONNEMENT

Types d'approvisionnement

De manière générale, dans la moitié des cas, les établissements d'hébergement sont approvisionnés en médicaments par une pharmacie de ville, proche de l'établissement (en moyenne à 5 km ; écart-type = 10), et dans un tiers des cas par plusieurs pharmacies. Peu d'établissements se procurent leurs médicaments uniquement à la pharmacie d'un hôpital (1 sur 10).

Plus de la moitié des EHPAD (54%) et des EHPA (55%) sont approvisionnés par une seule pharmacie de ville ; à l'inverse les foyers-logements sont approvisionnés par plusieurs pharmacies dans 60% des cas.

Graphique 5 : Approvisionnement des établissements en fonction du type de structure

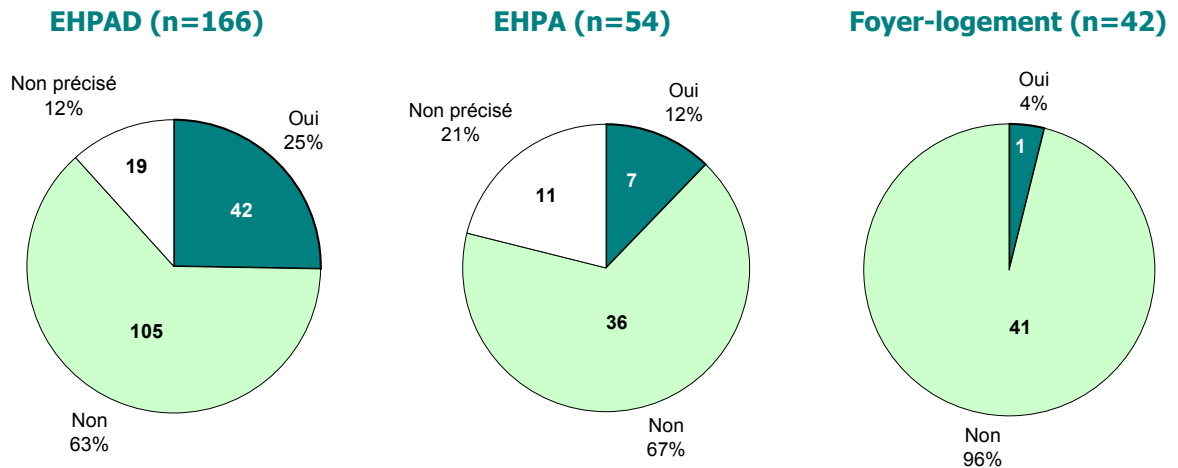


Signature d'une convention

En moyenne, 1 établissement sur 5 a signé une convention avec un pharmacien d'officine, qu'il soit approvisionné par une ou plusieurs pharmacies.

Cette pratique est différente en fonction du type d'établissement : un quart des EHPAD ont signé une convention, contre seulement 12 % des EHPA et 4 % des foyers-logements (différence statistiquement significative au seuil de 5 %).

**Graphique 6 : Convention signée avec un (des) pharmacien(s) d'officine
par type d'établissement**

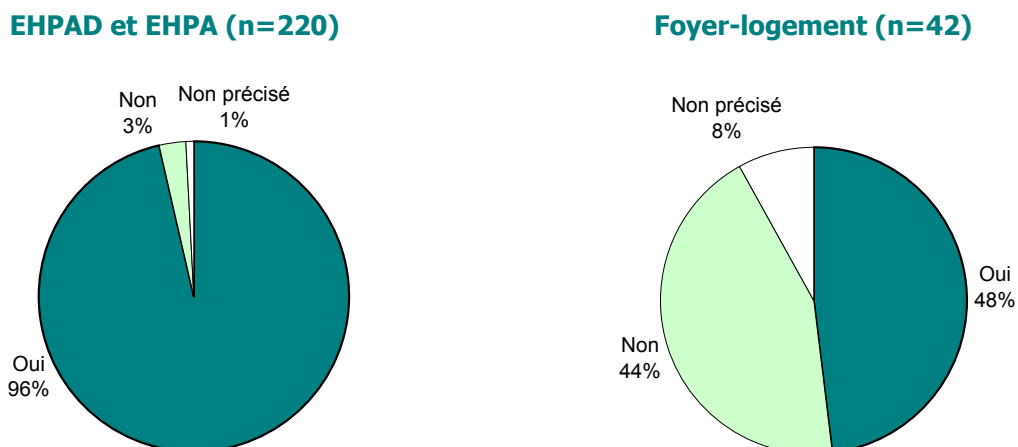


5. LA PRESCRIPTION

Existence d'un dossier unique de suivi médical

Dans 9 établissements sur 10, il existe un dossier de suivi médical unique pour chaque patient. La très grande majorité des EHPAD et EHPA dispose d'un tel dossier (respectivement 96% et 97% des cas), mais moins de la moitié (48%) des foyers-logements en a.

Graphique 7 : Existence d'un dossier unique de suivi médical



Lorsqu'il existe, ce dossier est à disposition de tous les prescripteurs dans les EHPAD comme les EHPA. Dans les foyers-logements, les trois quarts laissent ce dossier à disposition des prescripteurs.

Logiciel de prescription

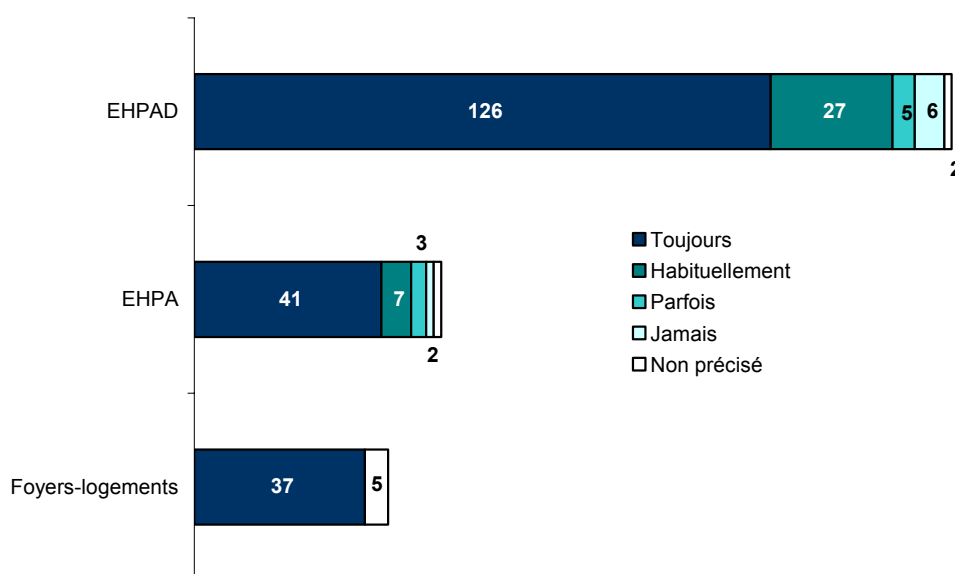
Sur les 263 répondants à l'enquête, seulement 54 disposent d'un logiciel de prescription (20,5%). Parmi eux, on ne compte aucun foyer-logement.

Un quart des EHPAD et 20 % des EHPA possèdent un logiciel.

Fréquence de rédaction ou de saisie des prescriptions par un médecin

Dans la plupart des établissements, les médecins rédigent ou saisissent "toujours" (78%) ou "habituellement" (13%) les prescriptions. Ces proportions sont retrouvées quel que soit le type de structure interrogée.

Graphique 8 : Fréquence de rédaction ou saisie des prescriptions par des médecins selon le type d'établissement



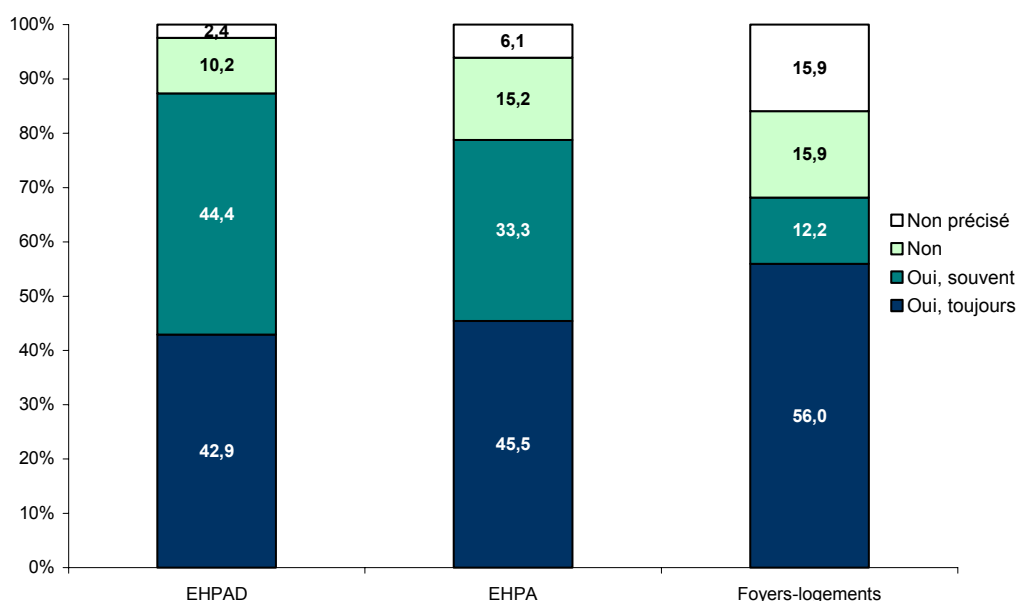
Retranscription des ordonnances

Dans 6 établissements sur 10, le personnel retranscrit les ordonnances originales. Cette pratique est variable selon le type d'établissement (différence statistiquement significative au seuil de 5 %). Les prescriptions sont ainsi retranscrites dans les trois quarts des EHPAD et dans plus de la moitié des EHPA (55 %). En foyer-logement, les retranscriptions sont bien moins fréquentes (25% des établissements).

Procédure en cas de modification de traitement

A la question « Les modifications de traitements (*anticoagulants, antipyrétiques, antalgiques...*) font-elles l'objet d'une nouvelle prescription médicale écrite préalable ? », plus de 8 établissements sur 10 répondent "Oui, toujours" ou "Oui, souvent".

Graphique 9 : Nouvelle prescription médicale écrite préalable aux modifications de traitement (%) par type d'établissement



Existence de protocoles médicaux

Plus de la moitié des EHPAD comme des EHPA font état de l'existence de protocoles pré-établis par les médecins pour les prescriptions (respectivement 60 % et 56 %). La grande majorité des foyers-logements (73 %) n'en possède pas.

Les protocoles les plus fréquents concernent la douleur, la fièvre, la diarrhée, la constipation, les escarres et le diabète.

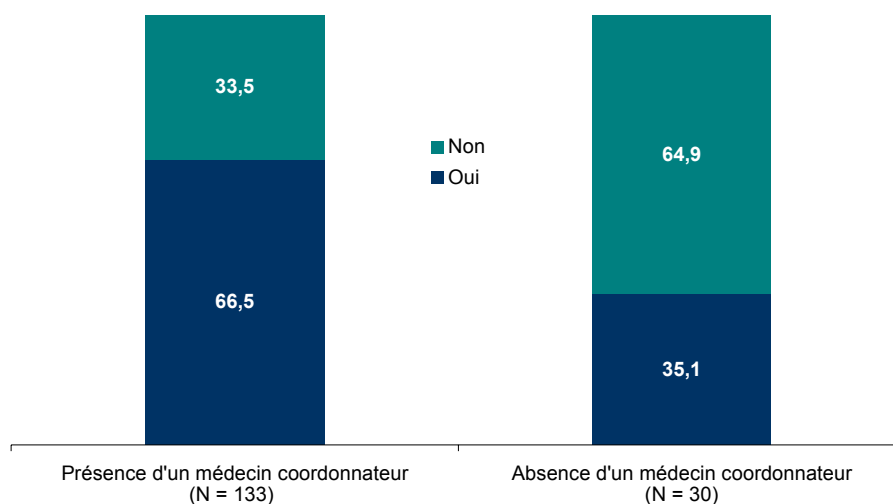
Parmi les autres protocoles, moins souvent mentionnés, on note ceux concernant la déshydratation, les anticoagulants ou encore les chutes.

Tableau 20 : Fréquence d'existence de protocoles pré-établis par les médecins au sein des établissements

	EHPAD		EHPA		Foyers-logements	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Douleur	66	40%	18	33%	3	7%
Fièvre	62	37%	21	39%	0	0%
Constipation	60	36%	13	24%	3	7%
Escarre	57	34%	10	19%	2	5%
Diabète	60	36%	13	24%	3	7%
Diarrhée	59	36%	18	33%	3	7%
Existence d'un protocole	99	60%	30	56%	7	17%

En EHPAD, la présence d'un médecin coordonnateur influence fortement la présence de protocoles médicaux (test statistique significatif au seuil de 5 %). Il existe des protocoles dans deux tiers des établissements qui ont nommé un médecin coordonnateur, et dans 35% de ceux qui n'en ont pas.

Graphique 10 : Influence de la présence d'un médecin coordonnateur en EHPAD sur l'existence de protocoles médicaux pré-établis (%)



6. LA PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS

a. Préparation individuelle des médicaments

Qui effectue la préparation ?

Deux tiers des établissements se chargent eux-mêmes de la préparation individuelle des traitements de leurs résidents. On n'observe pas de différence significative selon le type d'établissement. Notons tout de même ici que les foyers-logements ont très peu renseigné cette question : 28% n'ont pas précisé qui s'occupait de la préparation.

Le fait d'avoir signé une convention avec un ou plusieurs pharmacien(s) d'officine conduit, dans la majorité des cas les établissements à déléguer la préparation individuelle de chaque patient à la (aux) pharmacie(s) en question. Deux tiers des établissements ayant une convention confient à la pharmacie de ville la préparation tandis que c'est le cas pour seulement 18 % des établissements n'ayant pas signé de convention.

Tableau 21 : Lieu de la préparation des piluliers des résidents en fonction du fait d'avoir signé ou non une convention avec une pharmacie

	Etablissements conventionnés		Etablissements non conventionnés		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pharmacie de ville	33	66%	29	18%	70	29%
Etablissement lui-même	17	34%	134	82%	175	71%

Préparation des traitements

Quel que soit le type d'établissement, ce sont principalement les infirmiers qui préparent les traitements des résidents.

On note toutefois des différences selon les structures. Les EHPA n'ont quasiment recours qu'aux infirmiers (85 % des cas) tandis que les EHPAD bénéficient aussi des compétences des pharmaciens pour réaliser cette tâche (73% d'infirmiers et 36% de pharmaciens). Dans les foyers-logements, la situation est bien

différente : 4 résidents sur 10 gèrent eux-mêmes, ou avec le soutien de leur famille, la préparation de leurs traitements.

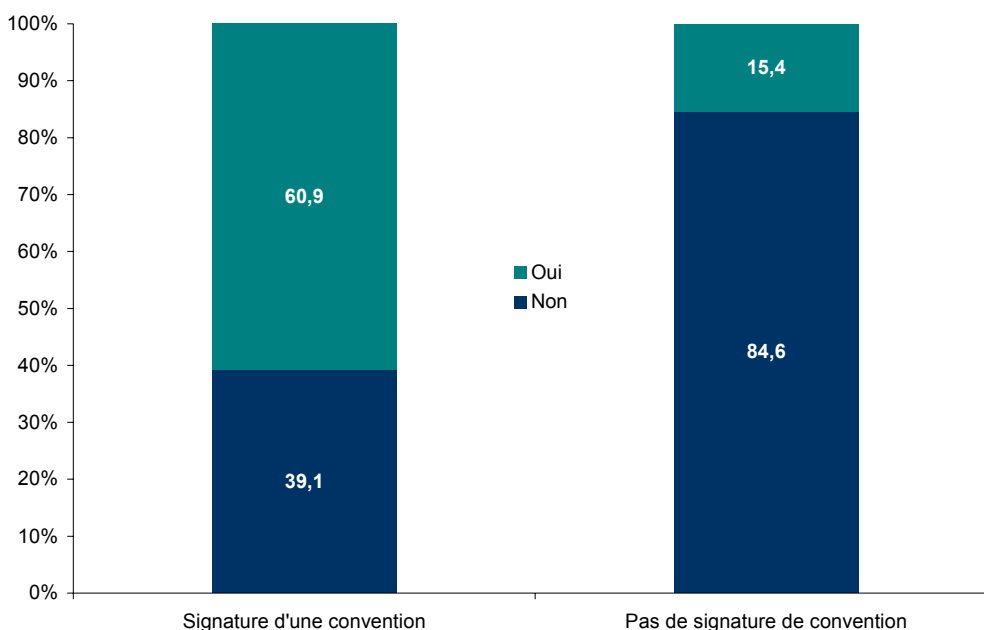
Tableau 22 : Personnel chargé de préparer les traitements des résidents dans l'établissement selon le type d'établissement

(plusieurs réponses possibles)

	EHPAD		EHPA		Foyers-Logements	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pharmacien	59	36%	7	13%	2	5%
Infirmier	122	73%	46	85%	24	57%
Résident/Famille	8	5%	2	4%	17	40%
Préparateur	17	10%	3	6%	0	0%
Autre	11	7%	2	4%	14	33%

Quand l'établissement a signé une convention avec une pharmacie, les traitements sont plus souvent préparés par un pharmacien (test statistique significatif au seuil de 5 %). Sur les 50 établissements conventionnés, plus de la moitié (61 %) font ainsi préparer les traitements à un pharmacien contre un quart en moyenne sur l'ensemble des établissements (et 15 % parmi les établissements non conventionnés).

Graphique 11 : Préparation des traitements par un pharmacien en fonction du fait d'avoir signé ou non une convention avec une pharmacie

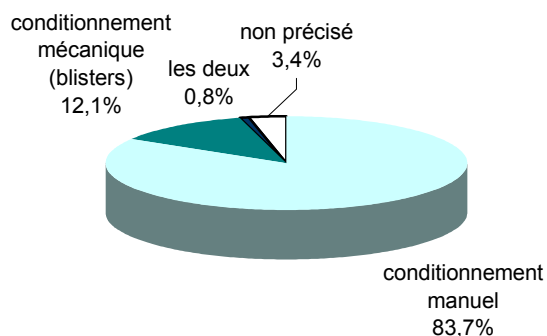


b. Mode de conditionnement et fréquence des préparations

Mode de conditionnement des traitements

La préparation individuelle des médicaments de chaque résident se fait dans la plupart des établissements de façon manuelle (84% des cas) ; 13% des établissements utilisent un système mécanique type blisters.

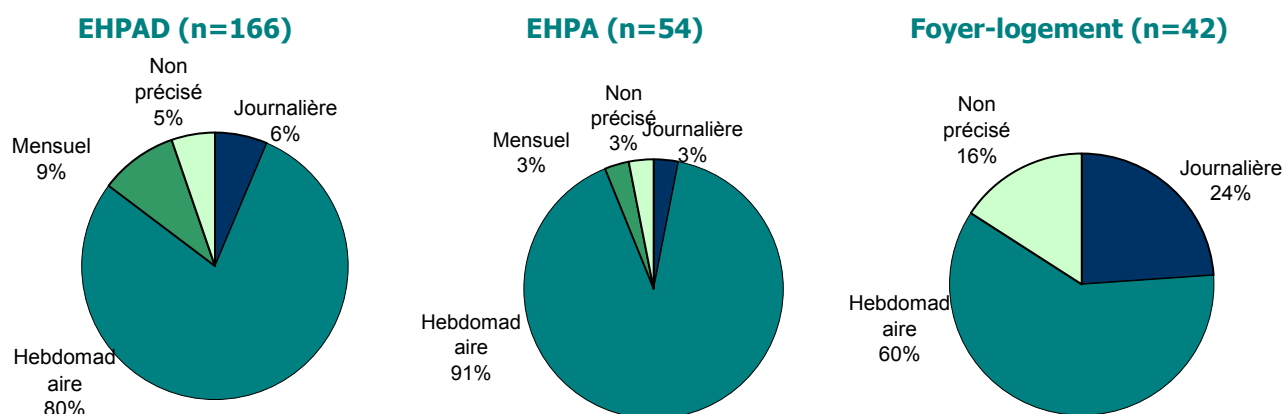
Graphique 12 : Mode de conditionnement des médicaments



Durée de préparation des traitements

Les traitements sont préparés pour une durée hebdomadaire dans presque 8 établissements sur 10. Les habitudes diffèrent selon les structures. Dans un quart des foyers-logements, les traitements sont préparés pour une durée journalière (versus 6% en EHPAD et 3% en EHPA). À l'inverse, 9% des EHPAD préparent les traitements mensuellement (versus 3% d'EHPA et aucun foyer-logement). Une vingtaine d'établissements ont mentionné d'autres durées de préparation, par exemple trimestrielle.

Graphique 13 : Durée de préparation des traitements par type d'établissement



Parmi les 204 établissements ayant répondu à la question, 111 (54%) indiquent que la préparation individuelle **des formes buvables** est réalisée en même temps que leur administration. Les pratiques sont différentes pour la distribution de nuit pour laquelle les préparations sont souvent faites à l'avance.

c. Utilisation des génériques

Dans 44% des établissements, l'utilisation des génériques a engendré des problèmes du fait des couleurs et des formes différentes.

Il n'y a pas de différence selon la catégorie de structure.

Le plus souvent, les patients sont perturbés par le changement : ils croient à des erreurs dans la préparation et peuvent refuser de prendre leur traitement.

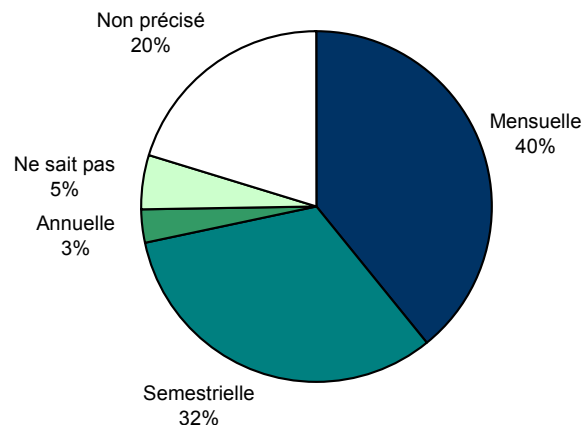
Certains établissements signalent qu'il serait utile d'informer les résidents avant le passage aux génériques. Du côté des préparateurs en revanche, les changements des médicaments pour des génériques ne semblent pas entraîner de problème particulier.

7. LA DÉTENTION DES MÉDICAMENTS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Dans la très grande majorité des établissements enquêtés, le **local** où sont entreposés les médicaments est **fermé à clé** (93 % des cas).

La quasi-totalité des établissements (98%) déclare que les **dates de péremption** des médicaments sont **vérifiées**. La vérification a lieu le plus souvent mensuellement (40%) ou tous les semestres (32%).

Graphique 14 : Fréquence de vérification des dates de péremption



Un peu plus de la moitié des répondants (55 %) déclarent être informés en cas de **retrait de lots** de médicaments. Les réponses sont variables selon le type d'établissement. Ainsi, si deux tiers des EHPAD déclarent être avertis, seulement 4 EHPA sur 10 le sont. Les foyers-logements ont peu renseigné cette question (44% de non-réponses).

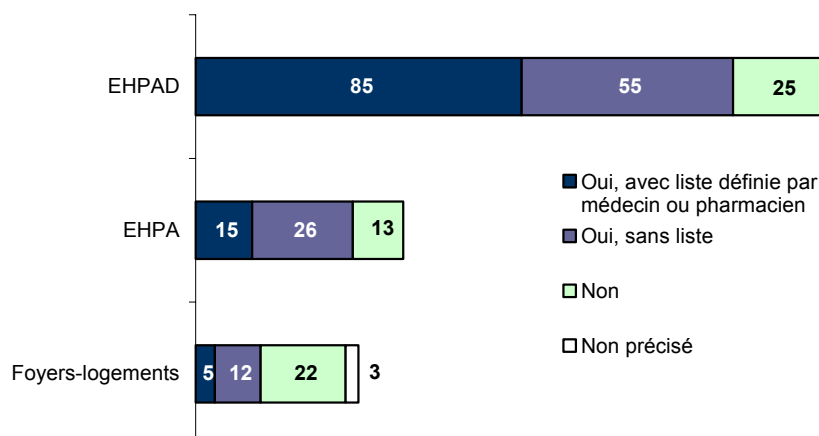
Les trois quarts des établissements possèdent un **stock de médicaments d'urgence**.

La plupart des EHPAD (85 %) possède une telle réserve. Son contenu a alors fait l'objet d'une liste prédéfinie par un médecin ou un pharmacien dans 60 % des cas.

En EHPA, il existe également un stock dans la plupart des établissements (76 %) mais seulement 36% ont une liste prédéfinie.

Les foyers-logements sont plus de la moitié à ne pas avoir de stock d'urgence. Parmi les 17 qui en ont un, 5 ont une liste de médicaments prédéfinie par un professionnel de santé.

Graphique 15 : Existence d'un stock de médicaments en cas d'urgence par type d'établissement



8. L'ADMINISTRATION DES FORMES NON INJECTABLES

a. Distribution

Distribution par des professionnels de santé

Ce sont les infirmiers qui distribuent le plus souvent les médicaments aux résidents.

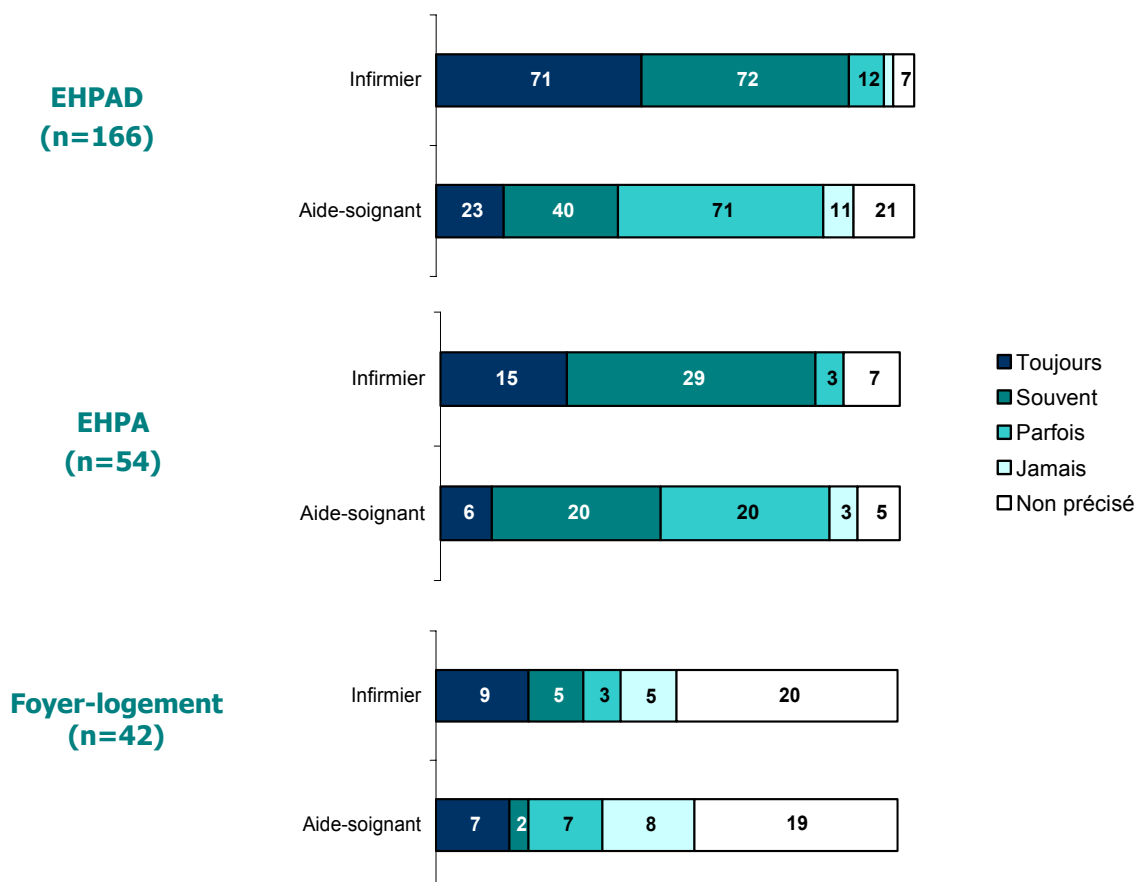
Dans les EHPAD, 86% déclarent que les médicaments sont "toujours" ou "souvent" distribués par un infirmier. Dans ce type de structures, la distribution se fait également "toujours" ou "souvent" par un aide-soignant dans près de 40% des cas.

Au sein des EHPA, dans 82 % des cas, c'est un infirmier qui distribue "toujours" ou "souvent" les médicaments tandis que cette proportion est de près de 50% pour les aides-soignants.

En foyer-logement, la distribution est beaucoup moins souvent effectuée par un infirmier (un tiers des cas), ou par un aide-soignant (1 cas sur 5).

Certains établissements mettent à contribution d'autres professionnels que les infirmiers et aides-soignants pour distribuer les médicaments non injectables : agents de services hospitaliers, auxiliaires de vie ou encore aides médico-psychologiques. Par ailleurs, ces personnes sont souvent là pour assurer un renfort lorsque les infirmiers sont saturés ou absents, notamment la nuit.

Graphique 16 : Fréquence de distribution des médicaments par les infirmiers et les aides-soignants selon le type de structure



NB : Dans certains cas, la distribution est réalisée conjointement par un infirmier et un aide-soignant.

Patients autonomes, gérant seuls leurs traitements

On compte en moyenne 5 patients autonomes pour 100 résidents en EHPA (écart-type = 7; max = 36) et 3 patients autonomes pour 100 en EHPAD (écart-type = 6 ; max = 41).

En foyer-logement, ce sont 41 pour 100 des résidents qui se chargent personnellement de la gestion de leurs traitements (écart-type = 28 ; max = 88).

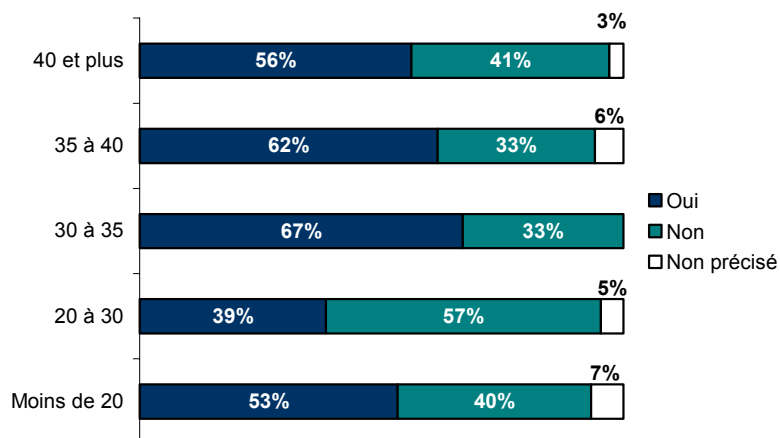
b. Procédures de contrôle lors de la distribution

Vérification de l'identité du résident

Dans la moitié des établissements répondants (53 %), il existe un procédé pour s'assurer de l'identité du patient avant l'administration du traitement. On ne constate pas de différence significative en fonction du type d'établissement.

Les établissements qui s'assurent de l'identité du patient avant administration du traitement ont généralement un taux d'encadrement supérieur à la moyenne. On note par exemple que 48 % d'entre eux comptent plus de 35 ETP pour 100 places contre 40 % des établissements n'effectuant pas de contrôle.

Graphique 17 : Procédé pour s'assurer de l'identité du patient avant l'administration du traitement en fonction du taux d'encadrement (ETP pour 100 places)

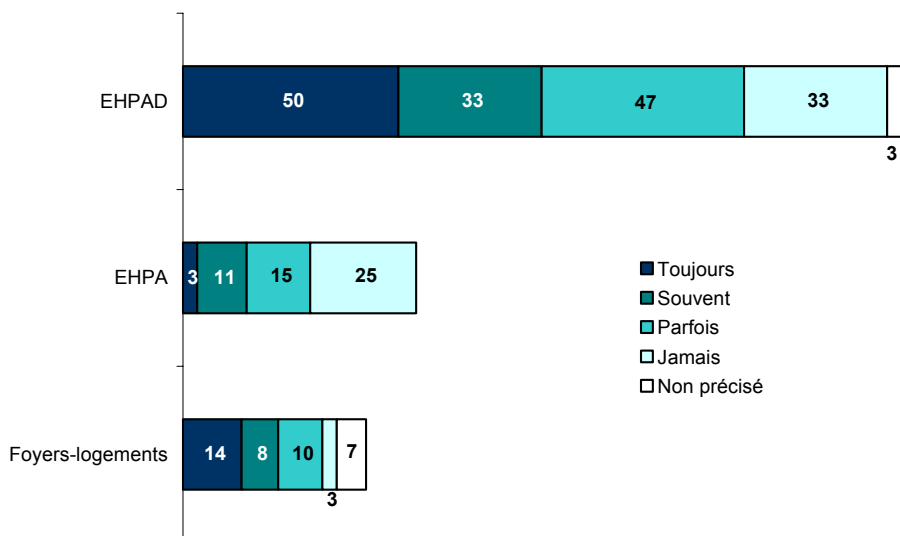


Vérification de la prescription

Une vérification de la prescription au moment de l'administration du traitement est "toujours" effectuée dans un quart des établissements et est "souvent" effectuée dans 1 établissement sur 5.

Cette pratique varie d'un type de structure à l'autre (différence statistiquement significative au seuil de 5 %). Ainsi, les foyers-logements et EHPAD sont assez attentifs à cette phase de contrôle puisque dans la moitié des cas, cette vérification est faite "toujours" ou "souvent" (respectivement 52 % et 50 %). En EHPA, cette même proportion est de 26%. A l'inverse, près de la moitié (46%) des EHPA ne vérifient "jamais" la prescription (versus 20% d'EHPAD et 8% de foyers-logements).

Graphique 18 : Vérification de la prescription au moment de l'administration du traitement par type d'établissement

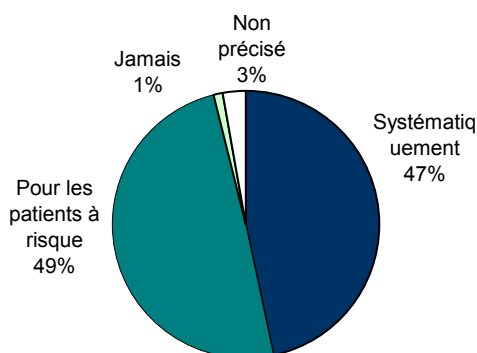


Vérification de la bonne prise par le personnel

Un membre du personnel vérifie "systématiquement" que le patient prend bien son médicament dans près d'un établissement sur 2 (47%). Ce contrôle n'est effectué que « pour les patients à risque » dans la moitié des établissements (49%). Au total, il existe une surveillance de la bonne prise des médicaments au moins pour les patients à risque dans la quasi-totalité des structures ayant répondu à l'enquête : seuls 3 établissements ont dit ne "jamais" s'assurer de la prise effective des traitements.

On n'observe pas de différence significative selon le type d'établissement.

Graphique 19 : Contrôle par un membre du personnel de la bonne prise des médicaments par le patient



Enregistrement sur un support

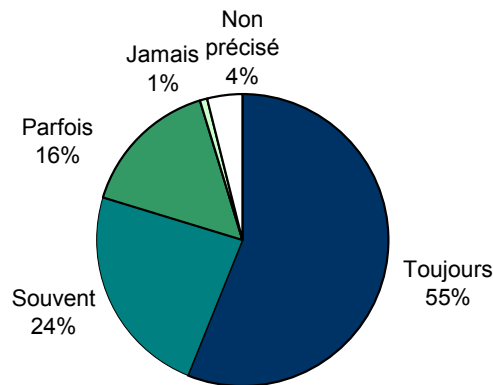
La prise ou l'administration effective des médicaments donne lieu à un enregistrement sur un support dans 22% des établissements. Cette pratique ne diffère pas selon l'établissement considéré (EHPAD, EHPA ou foyer-logement).

Suivi du médecin

En cas de non prise des médicaments par le résident, le médecin est "toujours" ou "souvent" informé dans près de 8 cas sur 10. Mais dans 16% des établissements, la non-prise de médicaments est seulement "parfois" signalée au médecin.

On n'observe pas de différence significative entre les réponses selon le type d'établissement.

Graphique 20 : Information du médecin en cas de non prise des médicaments par le patient

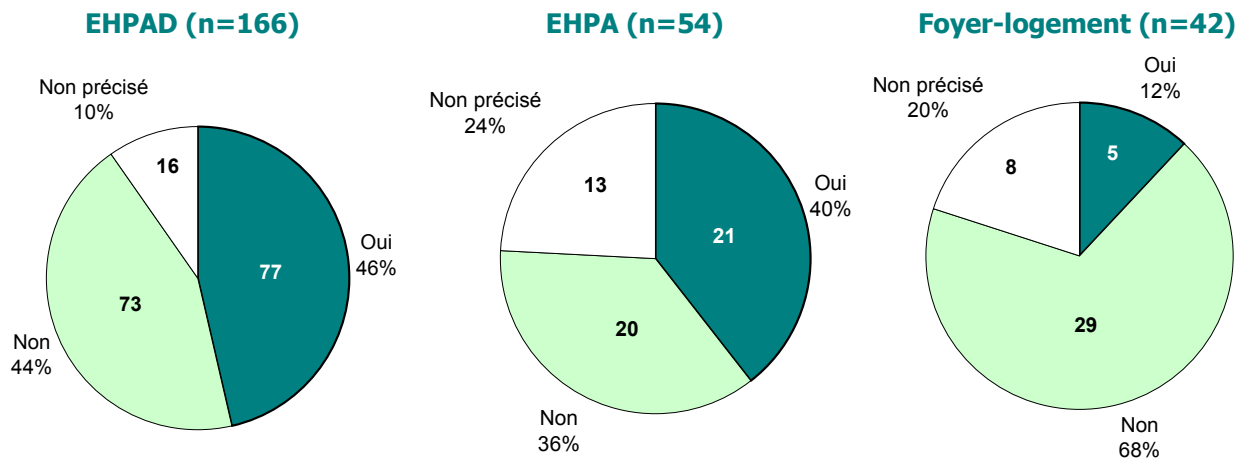


9. PHARMACOVIGILANCE

Si 39% des établissements savent comment joindre le Centre Régional de Pharmacovigilance, 46 % ne le savent pas.

Les réponses sont très variables en fonction du type de structure : 46% des EHPAD et 40% des EHPA savent comment joindre le Centre Régional de Pharmacovigilance, contre 12% seulement des foyers-logements.

Graphique 21 : Connaissance de la méthode pour joindre le Centre Régional de Pharmacovigilance en fonction du type d'établissement



10. ATTENTES EN TERMES DE FORMATION ET D'INFORMATION

Une forte proportion d'établissements n'a pas répondu aux questions concernant l'attente de formation et d'information sur le thème du circuit du médicament (respectivement 61,5% et 60,9%).

Avec 88% de non-réponses, les foyers-logements montrent peu d'intérêts pour ces questions.

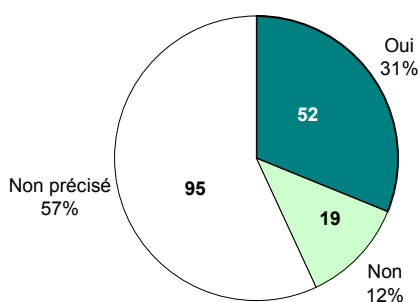
En EHPA et EHPAD, la situation est un peu différente : les non-répondants restent certes nombreux (plus de la moitié) mais ceux qui répondent sont majoritairement en faveur de formation et information. Ainsi, si on ne considère que les répondants, on compte finalement près de 3 EHPAD sur 4 (73 %) en **attente de formation** et plus de la moitié des EHPA (54 %) dans le même cas de figure.

En terme d'**information**, 63 % des EHPAD qui ont répondu à la question ont des attentes à ce sujet. Pour les EHPA, 58 % de ces structures souhaiteraient également être plus (ou mieux) informés.

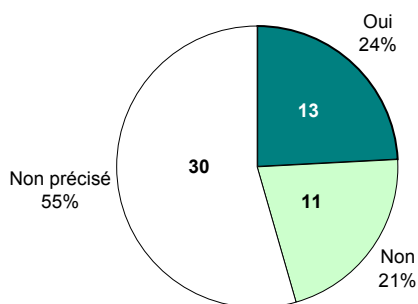
Graphique 22 : Attentes en fonction du type d'établissement

en termes de formation

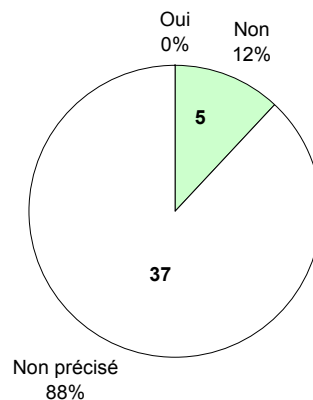
EHPAD (n=166)



EHPA (n=54)

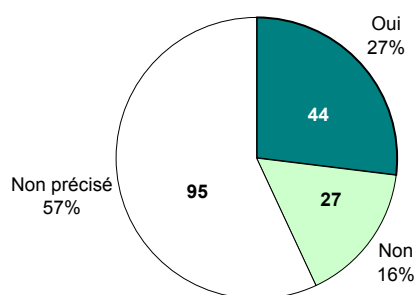


Foyer-logement (n=42)

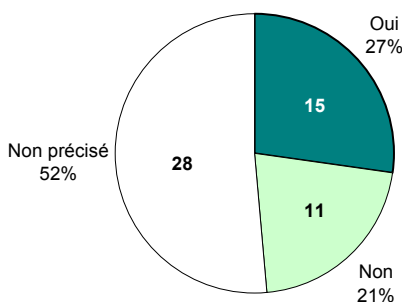


en termes d'information

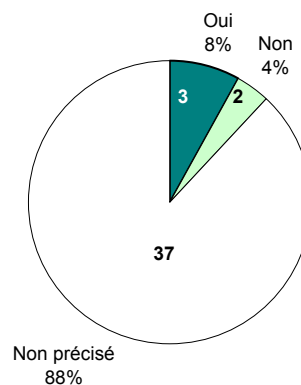
EHPAD (n=166)



EHPA (n=54)



Foyer-logement (n=42)



11. OPINION DES ÉTABLISSEMENTS SUR LEURS PRATIQUES ET PISTES POUR L'ACTION

Les réponses apportées sur les points forts et les points faibles de l'établissement ainsi que sur les améliorations possibles ont souvent été inspirées par les items du questionnaire. La participation à l'enquête semble donc avoir permis à chacun une réflexion sur les pratiques au sein de l'établissement. Ci-dessous sont rapportées les réponses les plus fréquentes.

Selon vous, quels sont les points forts de votre établissement ?

- *Le local de détention des médicaments est fermé à clé.*
- *La préparation et la distribution des médicaments sont effectuées par les infirmiers.*
- *La préparation nominative des traitements.*
- *La convention signée avec la pharmacie.*
- *L'informatisation du circuit du médicament*
- *La traçabilité.*
- *La conscience professionnelle et l'implication du personnel.*

Selon vous, quels sont les points faibles de votre établissement ?

- *La lourdeur de la préparation des piluliers.*
- *La préparation des formes buvables.*
- *Le manque de vérification : "distribution sans vérification de la prescription, le fait aussi de poser les traitements sur la table quand le résident n'est pas toujours présent".*
- *La polymédication.*
- *Le nombre trop élevé de prescripteurs et la faible adhésion de leur part.*
- *Le manque de personnel.*
- *Le fait que l'établissement n'ait pas informatisé le circuit du médicament.*
- *La retranscription.*
- *Problème car la famille apporte des médicaments au résident sans avertir l'équipe médicale.*

Avez-vous des pistes d'amélioration pour sécuriser le circuit ?

- *Informatiser le circuit.*
- *Former le personnel paramédical pour l'aide à la prise des médicaments.*
- *Instaurer une charte avec les médecins traitants et l'établissement.*
- *Réaliser un guide de bon usage du médicament en gériatrie consultable par les médecins traitants.*
- *Structurer les visites des médecins traitants et leurs prescriptions.*
- *Responsabiliser les familles.*
- *Rendre obligatoire les conventions avec les pharmacies, disposer d'une pharmacie à usage intérieur.*
- *Groupement d'achat de plusieurs établissements pour une pharmacie.*
- *Évaluer régulièrement les procédures.*
- *Proposer un Vidal à l'équipe ainsi qu'un Doroz (génériques).*

Les attentes en termes de formation

- ***Former les médecins libéraux sur la réalité des EHPAD, leurs enjeux et responsabilités, sur les risques de la polymédication (+++).***
- *Former le personnel paramédical sur les médicaments.*
- *Former sur les risques iatrogènes.*
- *Formation sur les génériques, la polymédication et les bonnes pratiques.*

- *Former à propos de l'informatisation du circuit, faire le point sur les différents systèmes (manrex, oreus).*
- *Formation sur les obligations réglementaires et législatives en matière du circuit des médicaments.*

Les attentes en termes d'information

- ***Concernant la réglementation (++)***.
- *Concernant la pharmacovigilance (préparation des formes buvables).*
- *Concernant les nouvelles molécules, les nouveaux médicaments, les génériques.*
- *Concernant la réglementation sur les retraits de lots.*
- *Concernant les évolutions législatives et réglementaires en termes de préparation des médicaments.*
- *Concernant les logiciels de prescriptions.*

POUR CONCLURE

Cette enquête descriptive déclarative menée auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées de Bourgogne a permis à chacun une réflexion sur les pratiques.

Le taux de participation exceptionnel pour une enquête par voie postale reflète l'intérêt pour cette question. On observe cependant un décalage entre un jugement plutôt optimiste de la part des établissements sur la sécurisation du circuit du médicament au sein de leur structure, et la fragilité de celui-ci à chacune des étapes, de la prescription à l'administration.

Des actions sont d'ores et déjà prévues pour 2008 afin d'améliorer les pratiques dans ce domaine. Des réunions départementales d'informations et d'échanges, auxquelles l'ensemble des professionnels des établissements sera conviés, vont avoir lieu. Elles pourraient notamment se prolonger par un travail pluridisciplinaire sur les conditions pratiques comme les aspects organisationnels visant à améliorer les dispositifs de sécurisation du médicament, voire des mises en réseaux des professionnels concernés.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE



Cette étude, vise à analyser les pratiques actuelles en matière de prescription et délivrance des médicaments pour élaborer un plan d'information et de formation des professionnels.

Le circuit du médicament dans les EHPA/EHPAD de Bourgogne

A ce jour, pensez-vous que le circuit du médicament (allant de la prescription à l'administration) au sein de votre établissement est sécurisé ?

☐ oui tout à fait ☐ oui plutôt ☐ non pas vraiment ☐ non pas du tout

Cette année, avez-vous connu des difficultés dans ce domaine ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles :

Approvisionnement

Vous êtes approvisionné par

☐ la pharmacie d'un hôpital ☐ une pharmacie de ville qui se situe à distance de ___ km
☐ plusieurs pharmacies

vous avez signé une convention avec le(s) pharmacien(s) d'officine ?

☐ Oui ☐ Non

Prescription

Il existe un dossier de suivi médical unique pour chaque patient : ☐ Oui ☐ Non

il est à disposition de tous les prescripteurs ? ☐ Oui ☐ Non

Vous disposez d'un logiciel de prescription ? ☐ Oui ☐ Non

Les prescriptions sont rédigées ou saisies par des médecins :

☐ toujours ☐ habituellement ☐ parfois ☐ jamais

Les prescriptions sont retranscrites : ☐ Oui ☐ Non

Les modifications de traitement (*anticoagulants, antipyrétiques, antalgiques...*) font l'objet d'une nouvelle prescription médicale écrite préalable :

☐ Oui, toujours ☐ Oui, souvent ☐ Non

Il existe des protocoles pré-établis par les médecins : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels : ☐ douleur ☐ fièvre ☐ constipation ☐ escarre ☐ diabète ☐ diarrhée

☐ autres, précisez :

Préparation des médicaments

La préparation individuelle de chaque patient est réalisée par :

☐ la (les) pharmacie(s) de ville ☐ l'établissement

Dans l'établissement, les traitements sont préparés (*plusieurs réponses possibles*)

* par : ☐ le pharmacien ☐ l'infirmier ☐ le résident / la famille

☐ autres, précisez :

* conditionnés : ☐ de façon manuelle ☐ de façon mécanique (blisters)

* pour une durée : ☐ journalière ☐ hebdomadaire ☐ mensuelle

☐ autres, précisez :

L'utilisation de médicaments génériques, du fait des couleurs et des formes différentes, a engendré des problèmes dans votre établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

Quelle est la durée entre la préparation individuelle des formes buvables et leur administration ?

Détention des médicaments dans l'établissement

Le local/ l'armoire est-il fermé(e) à clef ? ☐ Oui ☐ Non

Les péremptions des médicaments sont vérifiées ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence : ☐ tous les mois ☐ tous les semestres ☐ tous les ans

☐ ne sait pas ☐ autres, précisez :

Vous êtes informé en cas de retrait de lot ? ☐ Oui ☐ Non

Il existe un stock de médicaments en cas d'urgence ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, son contenu fait l'objet d'une liste définie par un médecin ou un pharmacien ?

☐ Oui ☐ Non

Administration des formes non injectables

Les médicaments sont distribués par :

- l'infirmier : ☐ toujours ☐ souvent ☐ parfois ☐ jamais

- l'aide-soignant : ☐ toujours ☐ souvent ☐ parfois ☐ jamais

- autres, précisez :

Quel est (approximativement) le nombre de patients autonomes se chargeant personnellement de la gestion de leurs traitements ? |___|

Il existe un procédé pour s'assurer de l'identité du patient avant l'administration du traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il une vérification de la prescription au moment de l'administration ?

☐ toujours ☐ souvent ☐ parfois ☐ jamais

Un membre du personnel s'assure de la bonne prise des médicaments par le patient ?

☐ systématiquement ☐ pour les patients à risque ☐ jamais

La prise ou l'administration effective des médicaments est enregistrée sur un support ?

☐ Oui ☐ Non

Le médecin est informé en cas de non prise des médicaments par le patient ?

☐ toujours ☐ souvent ☐ parfois ☐ jamais

Vous savez comment joindre le Centre régional de pharmacovigilance ? ☐ Oui ☐ Non

Concertation dans l'établissement

Y a-t-il des réunions de synthèse (de concertation) pluridisciplinaires ? ☐ Oui ☐ Non

× qui y participe ? ☐ direction ☐ médecin coordinateur ☐ médecins libéraux

☐ cadres infirmiers ☐ infirmiers ☐ aides-soignants ☐ pharmacien

× le bon usage des médicaments y est abordé ? ☐ Oui ☐ Non

× la lutte contre la iatrogénie y est abordée ? ☐ Oui ☐ Non

Pistes d'amélioration

Selon vous, quels sont les points forts de votre établissement à propos de la sécurisation du circuit des médicaments ?

.....

.....

.....

.....

Et ses points faibles ? (*durée, délai d'administration, polymédications...*).....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous des pistes d'amélioration pour sécuriser le circuit ?

.....

.....

.....

Avez-vous des attentes en termes de ? ☐ formation ☐ information

Précisez :

.....

.....

Caractéristiques de l'établissement

Nature de l'établissement : ☐ EHPA ☐ EHPAD¹ ☐ convention EHPAD en cours

Catégorie : ☐ maison de retraite ☐ logement-foyer ☐ centre hébergement temporaire

Capacité installée totale : _____

GIR Moyen Pondéré (dernier estimé) : _____

Effectif réel au 01/01/2007

Si vous êtes un EHPAD, un médecin coordonnateur est nommé : ☐ Oui ☐ Non

Exerce-t-il des activités de soins en parallèle dans l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre total de :

- médecins traitants amenés à voir des résidents : |__|
- cadre(s) infirmier(s) en équivalent temps plein (ETP) : |__|
- infirmier(s) salarié(s) en ETP : |__|
- infirmier(s) libéral et intérimaire(s) en ETP : |__|
- aide(s)-soignant(s) et AMP² en ETP : |__|

¹ EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes, signataire d'une convention tripartite.

² AMP : Aide Médico-Psychologique

**Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire
et de le retourner avant le 16 avril 2007 dans l'enveloppe jointe**



Pour tout renseignement contacter :
l'Observatoire Régional de la Santé – 34 rue des planchettes – 21000 DIJON
Tél : 03 80 65 08 10 - Ors.Brg@wanadoo.fr

ANNEXE 2 : LETTRE ACCOMPAGNEMENT



Préfecture de la région de Bourgogne

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales

Jacqueline IBRAHIM
Directeur régional

Dijon, le 30 mars 2007

Mesdames, Messieurs les Directeurs
des établissements d'hébergement
pour personnes âgées de Bourgogne

Madame, Monsieur le Directeur,

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) souhaite procéder à un **état des lieux des pratiques dans le domaine du circuit du médicament en Bourgogne** (de la prescription à l'administration) au sein des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA et EHPAD), afin de connaître les difficultés des professionnels et les aider à améliorer leurs pratiques.

Pour effectuer cette étude, dont j'ai confié la réalisation à l'Observatoire Régional de Santé, j'ai réuni un comité de pilotage composé de représentants de l'Etat (DRASS, DDASS), des organismes de protection sociale (URCAM, CRAM, CPAM, DRSM), de l'ARH, des collectivités territoriales (Conseils Généraux, CCAS), des Conseils de l'Ordre des pharmaciens et des médecins, de l'Union professionnelle des médecins libéraux (URML), d'organisations syndicales, de la Mutualité française, de gériatres, de directeurs, infirmières et assistantes sociales d'établissements pour personnes âgées.

Ce comité de pilotage a validé la conduite d'une enquête par le biais d'un questionnaire.

Je vous saurai gré de bien vouloir répondre au **questionnaire anonyme** ci-joint en lien avec la (ou les) personne(s) en charge dans votre établissement des différents aspects du circuit du médicament. Le questionnaire est à retourner à l'Observatoire Régional de Santé (ORS) à l'aide de l'enveloppe jointe, **avant le 16 avril 2007**. Pour toute question, n'hésitez pas à contacter l'ORS au 03.80.65.08.10, ou par courriel : Ors.Brg@wanadoo.fr.

Une réunion de restitution des résultats sera organisée dans chacun des 4 départements de la région et vous serez destinataire de leur synthèse qui vous permettra notamment de vous situer par rapport au niveau général des pratiques et des difficultés.

Sûre de l'importance que vous accorderez à cette enquête, je vous remercie par avance et vous prie de croire, Madame, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur régional
des Affaires Sanitaires et Sociales

Jacqueline IBRAHIM

11, rue de l'Hôpital – BP 1535 – 21035 Dijon cedex – 03 80 44 30 47
Accès direct depuis la gare SNCF par bus n°7, arrêt «Hôpital général - 1^{er} mai»
<http://bourgogne.sante.gouv.fr>

ANNEXE 3 : SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE SUR LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES PRINCIPAUX RÉSULTATS EN BOURGOGNE (%)

	EHPA	EHPAD	Foyer- Logement	Ensemble des maisons de retraites	Global
Approvisionnement					
Convention avec le(s) pharmacien(s) d'officine ?	12,1	25,4	4,0	22,1	19,2
Prescription					
Dossier de suivi médical unique pour chaque patient	97,0	96,1	48,1	96,3	88,5
Logiciel de prescription	21,2	25,4	0,0	24,3	20,4
Les prescriptions sont toujours rédigées ou saisies par des médecins	75,8	76,1	88,1	76,0	78,0
Les prescriptions sont retranscrites	54,5	76,6	24,2	71,2	63,6
Les modifications de traitement font toujours l'objet d'une nouvelle prescription médicale écrite préalable	45,5	42,9	56,0	43,5	45,6
Existence de protocoles pré-établis par les médecins	54,5	59,5	16,2	58,3	51,5
Préparation des médicaments					
Problème suite à l'utilisation de médicaments génériques	48,5	43,4	27,9	44,7	41,9
Traitements préparés pour une durée hebdomadaire	90,9	79,0	60,1	81,9	78,4
Détention des médicaments dans l'établissement					
Un local/ l'armoire fermé(e) à clef	93,9	93,7	88,1	93,7	92,8
Les péremptions des médicaments vérifiées	100,0	99,5	87,9	99,6	97,7
Existence d'un stock de médicaments en cas d'urgence	75,8	84,4	39,9	82,3	75,4
Administration des formes non injectables					
Distribution systématique par l'infirmier	27,3	42,9	20,0	39,1	36,0
Procédé pour s'assurer de l'identité du patient avant l'administration du traitement	54,5	54,1	44,1	54,2	52,6
Vérification systématique de la prescription au moment de l'administration	6,1	29,8	32,1	23,9	25,2
Un membre du personnel s'assure de la bonne prise des médicaments par le patient	45,5	51,7	28,1	50,2	46,6
La prise ou l'administration effective des médicaments est enregistrée sur un support	24,2	23,4	15,9	23,6	22,4
Le médecin est systématiquement informé en cas de non prise des médicaments par le patient	54,5	57,6	51,8	56,8	56,0
Concertation dans l'établissement					
Réunions de synthèse (de concertation) pluridisciplinaires	66,7	79,0	35,9	76,0	69,5
Pistes d'amélioration					
Sentiment que le circuit du médicament est « tout à fait » bien sécurisé dans l'établissement	18,2	14,6	12,1	15,5	14,9
Difficulté dans ce domaine dans l'année	21,2	28,8	12,1	26,9	24,5
Attentes en terme de formation	24,2	31,2	0,0	29,5	24,7
Attentes en terme d'information	27,3	26,8	8,1	26,9	23,9

	EHPA	EHPAD	Foyer- Logement	Ensemble des maisons de retraites	Global
Caractéristiques des établissements					
Médecin coordonnateur nommé	33,3	80,0	0,0	68,5	57,5
Taux d'encadrement (nb d'ETP pour 100 places)					
- en cadre infirmier	1,0 (e.t=0,2)	1,0 (e.t=0,1)	0,4 (e.t=0,4)	1,0 (e.t=0,1)	1,0 (e.t=0,1)
- en infirmier (salarié + libéral et intérimaire)	5,2 (e.t=0,8)	4,5 (e.t=0,2)	2,6 (e.t=1,0)	4,6 (e.t=0,2)	4,5 (e.t=0,2)
- en aide-soignant et AMP	16,3 (e.t=2,2)	16,4 (e.t=0,6)	4,1 (e.t=1,6)	16,4 (e.t=0,6)	15,6 (e.t=0,6)

Note de lecture :

Les pourcentages sont systématiquement calculés sur l'ensemble des établissements (Les non réponses sont toujours prises en compte dans les calculs).