



ORACLE

VAE DEAS

Au cœur du soin · Au service du diplôme

PHARMACOLOGIE · NIVEAU AIDE-SOIGNANT

LE DÉCODEUR PHARMACO

Les traitements de vos résidents, classe par classe. Ce que ça soigne, ce que vous devez **observer**, et le moment exact où vous **alertez** l'IDE.

12 classes thérapeutiques

15 moyens mnémotechniques

6 cas concrets de terrain

Cadre légal **sourcé**

61 questions corrigées

Classées ★★ ★ → ★

LE NOM

Bisoprolol



LE SUFFIXE

-olol



Bêta-bloquant

→ je surveille le pouls
→ bradycardie = j'alerte

LE SUFFIXE DONNE LA CLASSE. LA CLASSE DONNE LA SURVEILLANCE.

TOME 2 · Offert par ORACLE — Accompagnement VAE DEAS

oracle-vae-as.fr · Édition 2026

AVANT DE COMMENCER

Vous ne prescrivez pas. Vous n'administrez pas. Mais vous voyez tout.

Vous passez plus de temps auprès du résident que n'importe qui. C'est vous qui remarquez que « depuis trois jours, elle n'est pas comme d'habitude ». **Ce regard est votre pouvoir — encore faut-il savoir ce qu'on regarde.**

Le cadre

Ce que la loi vous autorise, et ce qu'elle vous interdit. Précisément.

Les 12 classes

Ce que ça soigne, ce que j'observe, quand j'alerte.

L'iatrogénie

Quand le médicament devient le problème.

A Pourquoi un tome sur les médicaments ?

Parce qu'il existe un malentendu tenace, et qu'il vous coûte cher.

« La pharmaco, c'est pas mon rayon. C'est l'infirmière. »

Cette phrase est **à moitié vraie**. Oui, la prescription, le calcul de dose et l'administration ne sont pas votre rôle. Mais elle est aussi **à moitié fausse**, et c'est cette moitié-là qui compte : **la surveillance des effets, elle, est votre quotidien**.

Quand une résidente sous anticoagulant a une ecchymose énorme au bras, c'est vous qui la voyez à la toilette. Quand un monsieur sous morphine devient anormalement somnolent, c'est vous qui passez dans sa chambre. Quand une dame sous diurétique chute au lever, c'est vous qui étiez là.

TROIS RAISONS DE VOUS Y METTRE SÉRIEUSEMENT

1. Vous êtes le capteur de l'équipe

L'IDE voit le résident quelques minutes. Le médecin, quelques minutes par mois. **Vous, plusieurs heures par jour**. Un effet indésirable se repère dans la durée et dans le détail — c'est exactement votre position d'observation.

2. C'est une compétence du référentiel

Les **classes médicamenteuses** et le **concept d'iatrogénie** figurent explicitement au programme de formation AS (arrêté du 10 juin 2021, annexe III). Le jury peut vous interroger dessus.

3. C'est un enjeu vital

Chez la personne âgée, les effets indésirables sont **deux fois plus fréquents** qu'avant 65 ans, et **30 à 60 % sont évitables** (ANSM). Évitable par qui ? Par celui qui les repère à temps.

Source : ANSM/AFSSAPS, « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé », juin 2005. Programme AS : arrêté du 10 juin 2021, annexe III.

B Ce que ce tome n'est pas

UNE MISE AU POINT QUI VOUS PROTÈGE

Ce livret **ne contient volontairement aucune posologie, aucun dosage, aucune règle d'adaptation de traitement**. Ce n'est pas un oubli : c'est une frontière.

Un AS qui discute posologie devant un jury **se disqualifie** — il montre qu'il ne connaît pas les limites de son rôle. À l'inverse, un AS qui dit « *j'ai constaté une somnolence inhabituelle chez un résident sous morphinique, j'ai mesuré sa fréquence respiratoire à 9/min et j'ai alerté l'IDE immédiatement* » démontre exactement la bonne compétence.

Votre valeur n'est pas de savoir ce qu'il faut donner. Elle est de voir ce que ça fait.

C La méthode : la même que le Tome 1

Si vous avez lu **Le Décodeur Médical**, vous connaissez déjà le principe. Et bonne nouvelle : il fonctionne aussi pour les médicaments.

L'IMAGE MENTALE DE CE TOME

Les médicaments portent leur classe écrite dans leur nom.

Bisoprolol, aténolol, propranolol → tous en **-olol** → tous **bêta-bloquants** → tous ralentissent le cœur → sur tous, **je surveille le pouls**.

Vous n'avez pas à mémoriser 300 médicaments. Vous avez à reconnaître **une quinzaine de terminaisons**. Le reste se déduit.

D Le code couleur

Identique au Tome 1, avec une nuance propre à la pharmaco : la couleur signale aussi le **niveau de vigilance**.

★★★ INDISPENSABLE

Vous en croisez tous les jours.
Effets à repérer = vitaux.
À maîtriser sans hésiter

★★ COURANT

Fréquent en EHPAD et en SSR.
À reconnaître et surveiller.
Le confort du professionnel

★ PLUS RARE

Bon à comprendre si on vous le dit. Ne bloquez pas dessus.
La culture générale du métier

MÉMO**LE PACTE DE LECTURE**

Prenez la **feuille de traitement** d'un de vos résidents. À chaque classe lue dans ce livret, cherchez-la dans sa liste. En une heure, vous saurez **exactement quoi surveiller chez lui** — et vous aurez la matière d'une situation de travail pour votre livret 2.

PRÉCAUTION D'USAGE

Support pédagogique de révision, **sans posologie ni conduite thérapeutique**. En situation professionnelle, référez-vous aux **protocoles de votre établissement**, aux prescriptions médicales et à l'IDE.

Le cadre juridique de ce tome a été vérifié sur Légifrance et intègre le **décret n° 2025-1306** et les **arrêtés du 26 juin 2026**, en vigueur depuis **fin juin 2026**. Le droit évolue : revérifiez avant toute citation en jury si vous lisez ce livret bien après sa parution.

Décoder le nom d'un médicament

Un suffixe donne la classe. La classe donne la surveillance. Quinze terminaisons couvrent votre quotidien.

DCI ou marque ?

Lequel porte l'information — et lequel n'est que du marketing.

Les 15 suffixes

-olol, -pril, -sartan, -azépan, -prazole, -xaban...

Les formes

LP, gastro-résistant, sublingual : ce qu'on n'écrase jamais.

1.1 DCI ou nom commercial ?

Sur la feuille de traitement, un même médicament peut apparaître sous **deux noms différents**. Comprendre lequel vous lisez, c'est éviter la moitié des erreurs.

UN MÉDICAMENT, DEUX NOMS

DCI — le nom scientifique **paracétamol**

Dénomination Commune Internationale

Le même dans le monde entier · c'est lui qui porte la classe

NOM COMMERCIAL — la marque

Doliprane® · Efferalgan®

Choisi par le laboratoire

Change selon la marque · ne dit rien de la classe

LE PIÈGE QUI ENVOIE DES RÉSIDENTS AUX URGENCES

Deux boîtes différentes, le même médicament.

Un résident prend du **Doliprane** prescrit, et sa famille lui apporte de l'**Efferalgan** « pour le mal de tête ». Ce sont **tous les deux du paracétamol**. La dose double sans que personne ne s'en aperçoive — et le paracétamol en surdosage détruit le foie.

Votre réflexe AS : tout médicament apporté par la famille, ou trouvé dans la table de nuit, **se signale à l'IDE**. Toujours. Vous ne triez pas, vous ne jetez pas, vous ne rangez pas : **vous signalez**.

MÉMO

MNÉMO — DCI VS MARQUE

« **La DCI est en minuscule. La marque a une Majuscule et un ®.** »

paracétamol (DCI, minuscule) → **Doliprane®** (marque, majuscule + ®).

Et reprenez la règle de fond : **la DCI porte le suffixe, donc la classe, donc la surveillance**. C'est elle qui vous intéresse. Un nom commercial ne vous apprend rien — c'est du marketing.

1.2 Les suffixes qui donnent la classe

C'est le cœur de ce tome. **Une quinzaine de terminaisons** couvrent l'immense majorité des traitements que vous croisez.

★★★ INDISPENSABLE

SUFFIXE	CLASSE	EXEMPLES (DCI)	CE QUE JE SURVEILLE	PRIO
-olol	Bêta-bloquant	<i>bisoprolol, aténolol</i>	Le pouls → bradycardie	★★★

-pril	IEC (antihypertenseur)	<i>ramipril, énalapril</i>	La tension , la toux sèche	★★★
-sartan	ARA II (antihypertenseur)	<i>valsartan, candésartan</i>	La tension	★★★
-azépam -azolam	Benzodiazépine	<i>diazépam, oxazépam, alprazolam</i>	La vigilance , les chutes	★★★
-prazole	IPP (protecteur d'estomac)	<i>oméprazole, pantoprazole</i>	La durée du traitement	★★★
-statine	Hypocholestérolémiant	<i>atorvastatine, simvastatine</i>	Les douleurs musculaires	★★★
-cilline	Antibiotique (pénicillines)	<i>amoxicilline</i>	Diarrhée , allergie	★★★

MÉMO
MNÉMO — LES 3 STARS DU CŒUR ET DE LA TENSION

« **OLOL** ralentit. **PRIL** fait tousser. **SARTAN** est son cousin sans toux. »

-olol → **ralentit** le cœur → je prends le **pouls** avant, et j'alerte si < 60.

-pril → l'effet indésirable signature, c'est la **toux sèche**, tenace, surtout la nuit.

-sartan → même travail que le -pril, **sans la toux** : c'est souvent pour ça qu'on l'a remplacé.

Un résident sous -pril qui tousse depuis des semaines et à qui on a prescrit un sirop ? **Signalez**. C'est peut-être une cascade médicamenteuse (voir Partie 4).

★★ COURANT

SUFFIXE	CLASSE	EXEMPLES (DCI)	CE QUE JE SURVEILLE	PRIO
-oxacine	Antibiotique (quinolones)	<i>ofloxacin, ciprofloxacine</i>	Tendons, confusion	★★
-thromycine	Antibiotique (macrolides)	<i>azithromycine, clarithromycine</i>	Diarrhée, interactions	★★
-dipine	Inhibiteur calcique	<i>amlodipine, nicardipine</i>	Tension, œdèmes des chevilles	★★
-parine	Anticoagulant injectable	<i>énoxaparine (HBPM)</i>	Saignements , ecchymoses	★★
-xaban -gatan	Anticoagulant oral direct (AOD)	<i>rivaroxaban, apixaban, dabigatran</i>	Saignements	★★
-tidine	Anti-acide (anti-H2)	<i>famotidine</i>	Digestif	★★

-sone / -solone	Corticoïde	<i>prednisone, prednisolone, méthylprednisolone</i>	Infection masquée, glycémie	★★
-formine	Biguanide (antidiabétique oral)	<i>metformine</i>	Digestif, fonction rénale	★★

MÉMO

MNÉMO — LES ANTICOAGULANTS, LA FAMILLE QUI SAIGNE

« **-PARINE, -XABAN, -GATRAN : tout ce qui saigne, j'alerte. »**

Trois terminaisons, une seule surveillance : **le saignement**. Gencives qui saignent au brossage, ecchymose inhabituelle, urines rosées, selles noires, saignement de nez qui ne s'arrête pas.

Et le quatrième larron qui **ne finit par aucun de ces suffixes** : les **AVK** (Previscan®, Coumadine®). Retenez-les à part — eux nécessitent une **prise de sang régulière (INR)** et un **carnet de suivi**.

★ PLUS RARE

SUFFIXE	CLASSE	EXEMPLES (DCI)	CE QUE JE SURVEILLE	PRIO
-tinib / -mab	Thérapie ciblée / anticorps	<i>imatinib, rituximab</i>	Domaine spécialisé	★
-triptan	Anti-migraineux	<i>sumatriptan</i>	Rare en gériatrie	★
-vir	Antiviral	<i>aciclovir, valaciclovir</i>	Hydratation, rein	★
-conazole	Antifongique	<i>fluconazole, miconazole</i>	Interactions	★

FAIS LE LIEN — POURQUOI ÇA CHANGE VOTRE JOURNÉE

Vous prenez la feuille de traitement de Mme D. Vous lisez : *bisoprolol, ramipril, furosémide, oxazépam, apixaban*.

Il y a six mois, c'était du chinois. Maintenant vous lisez :

-olol → je prends le **pouls** · **-pril** → tension, et si elle tousse je le signale · **furosémide** → diurétique, donc **lever prudent** et surveillance de l'hydratation · **-azépam** → **risque de chute**, vigilance au lever · **-xaban** → **je regarde sa peau** à la toilette, tout saignement s'alerte.

Cinq lignes de traitement = cinq points de surveillance concrets.

Ça, c'est la **compétence 3** (évaluer l'état clinique) et la **compétence 2** (identifier les situations à risque), en une lecture d'ordonnance.

1.3 Les formes galéniques

La forme d'un médicament n'est jamais un hasard. C'est même parfois **toute son efficacité** — et un comprimé écrasé à tort peut tuer.

ABRÉV.	SIGNIFICATION	CE QUE ÇA IMPLIQUE	PRIO
LP	Libération P rolongée	Le principe actif se libère lentement sur 12-24 h. Écrasé = toute la dose d'un coup = surdosage. ne jamais écraser	★★★
LM / Oros	Libération Modifiée	Même principe que LP. ne jamais écraser	★★★
Gastro-résistant	Protégé de l'acidité de l'estomac	L'enrobage protège le médicament de l'estomac — ou l'estomac du médicament. ne jamais écraser	★★★
Sublingual	Se dissout sous la langue	Passe directement dans le sang. Avalé ou écrasé, il ne sert à rien. ne jamais écraser	★★★
Cp	Comprimé	Forme de base	★★★
Gél.	Gélule	Enveloppe qui se dissout	★★
Eff.	Effervescent	Souvent riche en sodium — problématique en insuffisance cardiaque	★★
Susp. buv.	Suspension buvable	À agiter avant emploi, sinon dose fausse	★★
Patch / TD	Transdermique	Passe par la peau. Retirer l'ancien avant d'en poser un nouveau — sinon double dose	★★
Suppo.	Suppositoire	Voie rectale	★
Collut.	Collutoire	Pulvérisation dans la gorge	★

MNÉMO — LES FORMES À NE JAMAIS ÉCRASER : « LP·GR·SL »

« Libération Prolongée · Gastro-Résistant · SubLingual »

Trois familles, une seule règle : **on n'écrase pas.**

Pourquoi c'est grave : écraser un LP libère d'un coup une dose prévue pour 24 heures. Sur un morphinique, c'est une dépression respiratoire. Sur un antidiabétique, une hypoglycémie sévère.

Et la règle absolue : l'AS ne décide jamais seul d'écraser un comprimé. Si un résident ne peut pas avaler, vous **signalez à l'IDE** — c'est elle (ou le pharmacien) qui vérifie sur la liste officielle des médicaments écrasables et qui décide. C'est votre champ de compétence qui s'arrête là, pas de la prudence excessive.

Sources : listes « médicaments écrasables » des OMEDIT régionaux (Centre-Val de Loire, Normandie, Pays de la Loire). Recommandations professionnelles, non textes réglementaires.

L'IMAGE MENTALE — LE COMPRIMÉ LP

Un LP, c'est un sablier. Écrasé, c'est un seau qu'on renverse.

Le sablier laisse couler le sable régulièrement pendant 24 h. Cassez le verre, et tout le sable tombe en une seconde. Le médicament, c'est pareil — sauf que le sable, ici, c'est de la morphine ou de l'insuline.

QUIZ FLASH · PARTIE 1

Validez avant de passer à la suite

1. Un résident est sous **aténolol**. Quelle classe, et que surveillez-vous en priorité ?

☐ -olol ☐ bêta-bloquant ☐ ralentit le cœur ☐ -olol ☐ pouls ☐ les troubles cardiaques sont surveillés de près à l'IDE

2. Sur la feuille : « oméprazole ». Sur la boîte : « Mopral® ». Deux médicaments ?

☐ Non, un seul. ☐ Omeprazole ☐ DCI ☐ Mopral® ☐ Mopral® ☐ nom commercial ☐ Les DCI appartiennent à la classe des -prazole

3. Mme T. ne peut plus avaler ses comprimés. Vous les écrasez dans sa compote ?

☐ Non. ☐ signale la difficulté de déglutition à l'IDE ☐ Les comprimés doivent être avalés entiers ou la forme est écrasée dans un peu de compote ou dans un peu d'eau. Les comprimés doivent être avalés entiers.

4. Un résident sous **ramipril** tousse sèchement depuis trois semaines. Anodin ?

☐ Non — c'est un signal. -pril ☐ -pril ☐ toux sèche ☐ Les effets indésirables doivent être diagnostiqués, mais le -pril transmet ☐ Les effets indésirables doivent être diagnostiqués.

5. La fille d'une résidente vous tend une boîte de Doliprane « au cas où ». Que faites-vous ?

☐ Je l'accepte, je ne donne rien et ☐ transmets la boîte et l'information à l'IDE ☐ -pril ☐ doublon ☐ Elle a peut-être des de -pril et on ne doit pas donner de -pril à la résidente.

1.4 Cas concret — la boîte que la famille vous tend

CAS CONCRET · EHPAD · VISITE DU DIMANCHE

« Je lui ai apporté ça, elle a mal à la tête »

Une situation banale, une intention gentille, et un risque de surdosage hépatique. Tout se joue sur votre capacité à lire deux noms.

1

LA SITUATION

La fille de Mme R. vous tend une boîte d'**Effergal**. « Je lui ai apporté ça, elle se plaint de la tête depuis hier. Vous pourrez lui en donner ? »

Elle est de bonne foi. Elle a acheté en pharmacie, sans ordonnance. Pour elle, c'est comme apporter des fleurs.

2

CE QUE VOUS SAVEZ, ET QU'ELLE IGNORE

Effergal® = paracétamol. Nom commercial d'un côté, DCI de l'autre.

Or vous avez lu la feuille de traitement ce matin : Mme R. a déjà du **Doliprane** prescrit. Doliprane® = paracétamol aussi.

Deux boîtes, deux noms, **une seule molécule**. Si elle prend les deux, la dose double — et le paracétamol en surdosage détruit le foie, silencieusement, sans douleur immédiate.

Détail qui compte : c'est une forme **effervescente**, donc riche en sodium. Mme R. est sous furosémide pour une insuffisance cardiaque.

3

CE QUE VOUS FAITES — SANS BRAQUER PERSONNE

Je ne donne rien. Je ne jette rien. Je ne range pas dans sa table de nuit.

Je remercie sincèrement, et j'explique simplement :

« Merci, c'est gentil d'y avoir pensé. Je ne peux pas lui donner moi-même, mais je transmets tout de suite à l'infirmière : elle vérifiera avec son traitement, parce qu'il y a parfois le même médicament sous deux noms différents. Et si votre maman a mal à la tête, c'est important qu'on le sache — je le note. »

Ce que cette phrase fait : elle refuse sans juger, elle explique le *pourquoi*, elle valorise l'information apportée par la famille, et elle transforme une boîte en **signal clinique** (« mal à la tête depuis hier » — ça, personne ne l'avait).

4

VOTRE TRANSMISSION**Cible : Céphalées signalées par la famille — médicament apporté de l'extérieur**

D — La fille de Mme R. rapporte des céphalées « depuis hier », non signalées jusqu'ici par la résidente. Apporte une boîte d'**Efferalgan 1 g effervescent**, achetée sans ordonnance. Traitement en cours comportant déjà du **paracétamol** (Doliprane) et du furosémide.

A — **Médicament non administré**, non laissé dans la chambre. Boîte remise à l'IDE à 15 h 10 avec l'information. Explication donnée à la fille sur le risque de doublon. Douleur évaluée auprès de Mme R. : EN 3/10, frontale, sans autre signe. Constantes : TA 138/80, T° 36,9 °C.

R — IDE informée. Doublon paracétamol confirmé et évité. Forme effervescente également écartée (apport sodé, insuffisance cardiaque). Céphalées transmises au médecin lors de la visite du mardi.

5

CE QUE CE CAS PROUVE

Vous avez évité un surdosage hépatique **en lisant deux noms**. Pas en connaissant la pharmacologie fine : en sachant que **la DCI est la vraie identité du médicament**, et que la marque est du marketing.

Et vous avez fait mieux que refuser : vous avez **récupéré une information clinique** que personne n'avait. La famille voit des choses que nous ne voyons pas. Elle est une source, pas un problème.

Compétences démontrées : Cpt 2 identifier une situation à risque Cpt 6 communication adaptée avec l'entourage Cpt 11 connaître ses limites Cpt 10 transmettre

FAIS LE LIEN — POURQUOI CE CAS PLAÎT AUX JURYS**Il n'y a aucun geste technique dedans. Et pourtant il coche quatre compétences.**

Beaucoup de candidats cherchent la situation spectaculaire. Celle-ci dure deux minutes, dans un couloir, un dimanche. Elle démontre pourtant que vous connaissez la **différence DCI / nom commercial**, que vous savez **refuser sans blesser**, que vous **ne sortez pas de votre rôle**, et que vous **transformez un échange banal en information utile**.

C'est exactement ce que le jury appelle un professionnel.

Ce que vous avez le droit de faire

La question n'est pas « ai-je le droit ? » mais « de quel acte parle-t-on ? ». Le droit raisonne par acte, pas par métier.

Le droit a changé

Décret n° 2025-1306, en vigueur depuis fin juin 2026. R. 4311-4 → R. 4311-5.

Collaboration ≠ délégation

Pourquoi « l'IDE m'a dit de le faire » ne vous protège pas.

Ce qui est neuf

Liste fermée d'actes · les AES exclus de l'aide à la prise.

À LIRE AVANT TOUT — CETTE PARTIE EST NEUVE

Le droit qui vous concerne a changé fin juin 2026.

Le **décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025** a réécrit les articles R. 4311-1 à R. 4311-7 du Code de la santé publique. Deux arrêtés du **26 juin 2026** l'ont rendu applicable.

Concrètement : tout ce que vous avez appris en IFAS avant l'été 2026, et la quasi-totalité des supports qui circulent aujourd'hui, citent les **anciens articles**. Cette partie vous donne le droit **en vigueur**.

Un candidat qui cite le bon article en 2026 se distingue immédiatement. Un candidat qui cite l'ancien montre qu'il a révisé sur un support périmé.

POURQUOI NOUS ÉCRIVONS « FIN JUIN » ET PAS UNE DATE PRÉCISE

Vous lirez « **28 juin 2026** » un peu partout. C'est la lecture littérale du texte : l'article 2 du décret prévoit une entrée en vigueur « *le lendemain de la publication de l'arrêté [...]* et au plus tard le 30 juin 2026 », et l'arrêté déclencheur a été publié le 27 juin.

Mais **Légifrance affiche, pour les articles concernés, le 30 juin 2026**. L'écart est de deux jours et **ne change rien en pratique**. Il change une seule chose : si vous dites « 28 juin » et qu'on vérifie, on lira « 30 juin » — et on croira que vous vous trompez.

Dites « fin juin 2026 ». Vous avez raison dans les deux cas.

Et si un formateur vous demande la date exacte, la réponse à 10/10 est : « *le texte dit "le lendemain de l'arrêté", ce qui donne le 28 ; Légifrance retient la date butoir du 30. Les deux se défendent.* » **Personne, dans la salle, n'aura cette précision.**

2.1 La question que tout le monde se pose mal

« Est-ce que j'ai le droit de donner les médicaments ? » Cette question est **mal posée** — et c'est pour ça que personne n'arrive à y répondre clairement en salle de pause.

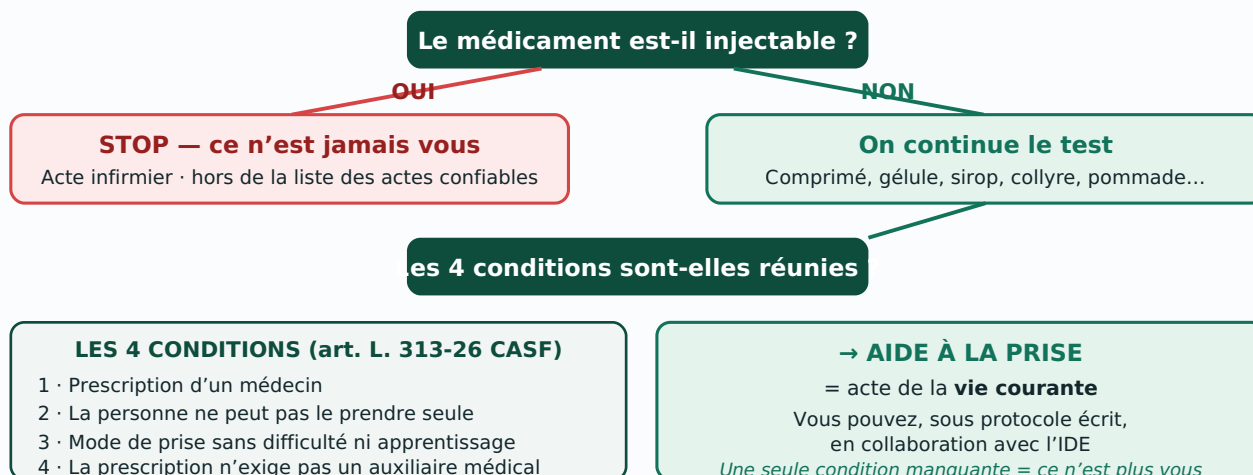
LA BONNE QUESTION

Ce n'est pas « ai-je le droit ? ». C'est « de quel acte parle-t-on ? ».

Le droit français ne raisonne pas par métier, mais **par nature d'acte**. Le même geste — tendre un comprimé — peut être un **acte de la vie courante** (autorisé) ou un **acte de soin** (encadré), selon le contexte et la prescription.

Comprendre cette bascule, c'est comprendre tout votre cadre professionnel.

L'ARBRE DE DÉCISION — AIDE À LA PRISE OU PAS ?



Article L. 313-26 du CASF (issu de la loi HPST du 21 juillet 2009, inchangé depuis). Les conditions sont **cumulatives**.

2.2 Le texte qui vous autorise — L. 313-26 CASF

ARTICLE L. 313-26 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES — EXTRAIT

« Lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, **l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante**.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, **le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier**. Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. **Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante** afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

Source : art. L. 313-26 CASF, version en vigueur depuis le 23 juillet 2009 (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 124). **Non modifié à ce jour** — Légifrance, vérifié en juillet 2026.

MÉMO

MNÉMO — LES 4 CONDITIONS : « P.A.S.P. »

Prescription · Autonomie · Simplicité · Pas d'auxiliaire médical

Prescription d'un **médecin** (pas d'un autre professionnel) · Autonomie insuffisante de la personne · Simplicité du mode de prise (ni difficulté, ni apprentissage) · **Pas d'auxiliaire médical** exigé par la prescription.

Le test qui tranche, c'est le quatrième : si la prescription mentionne qu'un auxiliaire médical doit intervenir → ce n'est plus un acte de la vie courante, ce n'est plus vous.

Et le protocole ? Il n'est pas une condition de bascule, mais la **condition de mise en œuvre** : le texte impose que des protocoles de soins soient élaborés avec l'équipe pour que vous connaissiez les doses et les horaires.

2.3 Le texte qui a changé — R. 4311-5 CSP**LE PIÈGE DE 2026****Depuis fin juin 2026, ce n'est plus R. 4311-4. C'est R. 4311-5.**

Pendant cinq ans, la collaboration IDE/AS figurait à l'**article R. 4311-4**. Tous les cours, tous les supports, toutes les fiches le disent encore.

Le **décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025** a tout renuméroté : R. 4311-4 traite désormais du **rôle propre de l'infirmier**, et la collaboration avec l'aide-soignant a migré à **R. 4311-5**.

Détail savoureux : l'arrêté du 10 juin 2021, qui régit votre diplôme, renvoie **toujours** à « l'article R. 4311-4 ». Ce renvoi est devenu erroné et n'a pas été corrigé. Si un formateur vous le cite, il n'a pas tort sur le fond — il cite un texte que le législateur n'a pas mis à jour.

ARTICLE R. 4311-5 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE — EXTRAIT, EN VIGUEUR

« Pour des actes et soins dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, dans le cadre de son rôle propre, **confier sous sa responsabilité** certains actes et soins qu'il détermine en fonction de l'évaluation de la situation clinique de la personne et **qui figurent sur une liste fixée par arrêté** du ministre chargé de la santé. Ces actes peuvent être confiés aux aides-soignants, auxiliaires de puériculture ou accompagnants éducatifs et sociaux **avec lesquels il collabore et qu'il encadre**, en fonction des formations et qualifications de chacun. [...]

L'infirmier peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de **soins courants de la vie quotidienne** définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome, ou par un aidant. »

Source : art. R. 4311-5 CSP, version issue du décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025, en vigueur depuis fin juin 2026 — Légifrance, vérifié en juillet 2026.

2.4 Ce qui a vraiment changé pour vous

CE QUI CHANGE	AVANT (JUSQU'AU 27/06/2026)	DEPUIS LE 28/06/2026	PRIO
L'article	R. 4311-4	R. 4311-5	★★★
Ce qu'on peut vous confier	« dans les limites de la qualification reconnue à chacun » — critère ouvert	Actes « qui figurent sur une liste fixée par arrêté » — liste fermée	★★★
L'aide à la prise	Dans le code (R. 4311-5, 4°)	Dans l' arrêté du 26 juin 2026 , art. 2	★★★
Les AES	Pouvaient aider à la prise	Exclus de l'aide à la prise — ils ne peuvent que vérifier la prise	★★★
« Collaboration »	Oui	Maintenue mot pour mot	★★
« Sous sa responsabilité »	Oui	Maintenue mot pour mot	★★
« Soins courants de la vie quotidienne »	Oui (décret 2021-980)	Maintenue , définition identique	★★

FAIS LE LIEN — LA LISTE FERMÉE, UN CHANGEMENT QUI VOUS PROTÈGE

Avant, on pouvait vous confier un acte « dans les limites de votre qualification ». C'était flou — et le flou se retourne toujours contre le maillon le plus faible.

Désormais, l'acte doit **figurer sur une liste**. S'il n'y est pas, il ne peut pas vous être confié, quelle que soit votre expérience et quelle que soit la pression du service.

Concrètement, quand une collègue vous dit « tu sais le faire, vas-y » : la réponse n'est plus une question d'appréciation. **C'est sur la liste, ou ça n'y est pas.**

2.5 Le texte qui vous cite nommément

ARRÊTÉ DU 26 JUIN 2026 — LISTE DES ACTES POUVANT ÊTRE CONFIÉS · ARTICLE 2

Ce que l'AS peut se voir confier (partie B — AS et auxiliaires de puériculture uniquement) :

- « – *aide à la prise des médicaments sous forme non injectable ;*
- « – *surveillance des effets secondaires des médicaments ;* »

Ce que l'AS partage avec les AES (partie A) :

- « – *vérification de la prise des médicaments sous forme non injectable ;* »

Source : arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des actes et soins pouvant être réalisés par les infirmiers diplômés d'État, art. 2 (JO du 27 juin 2026) — Légifrance, vérifié en juillet 2026.

MÉMO

MNÉMO — LA DISTINCTION QUI VOUS VALORISE

« L'AS AIDE à la prise. L'AES VÉRIFIE la prise. »

C'est neuf, et c'est à votre avantage. Depuis fin juin 2026, l'**aide à la prise** est réservée aux **aides-soignants et auxiliaires de puériculture**. Les **accompagnants éducatifs et sociaux** en sont exclus : ils peuvent seulement **vérifier** que le médicament a été pris.

Cette distinction n'existait pas avant. Elle reconnaît votre formation — et elle est exactement le genre de détail qu'un jury 2026 attend d'un candidat à jour.

2.6 Collaboration, pas délégation

FAIS LE LIEN — LE MOT DU TEXTE EST « COLLABORATION »

Ce n'est pas un détail juridique : c'est votre protection et votre responsabilité.

Délégation voudrait dire : l'IDE vous transfère l'acte **et** sa responsabilité. Ce n'est pas ça.

Collaboration signifie : l'IDE reste responsable de l'acte qu'elle vous confie et de votre encadrement — **mais vous restez personnellement responsable de vos fautes**. Les deux responsabilités coexistent, elles ne se remplacent pas.

La conséquence concrète : « l'infirmière m'a dit de le faire » **ne vous exonère de rien** si l'acte ne figurait pas sur la liste. Savoir dire « non, ça, ce n'est pas sur la liste » fait partie du métier — et c'est exactement la **compétence 11**.

2.7 Ce que vous pouvez · Ce que vous ne pouvez pas

✓ VOUS POUVEZ

- Aider à la prise de médicaments **non injectables** préparés par l'IDE ou le pharmacien
- Vérifier la prise effective et le signaler
- Surveiller les effets — c'est explicitement dans la liste
- Instiller un **collyre**, faire un lavage oculaire
- Appliquer une **crème** ou une pommade
- Poser un **suppositoire**
- Signaler un **refus**, une difficulté de déglutition, un médicament retrouvé par terre

✗ VOUS NE POUVEZ PAS

- Faire une **injection**, poser ou changer une **perfusion**
- Préparer un **pilulier** ou un **semainier**
- Administrer un **stupéfiant**
- Adapter une dose, décider d'un « si besoin »
- Décider seul d'**écraser** un comprimé
- Donner un médicament **apporté par la famille**
- Réaliser un acte **qui n'est pas sur la liste** de l'arrêté

Sources : art. L. 313-26 CASF · art. R. 4311-5 CSP (décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025) · arrêté du 26 juin 2026, art. 2 · arrêté du 10 juin 2021, annexe III (référentiel de formation). Droit en vigueur au 17 juillet 2026.

2.8 Distribution ou administration ?

TERME	QUI	CE QUE ÇA RECOUVRE	PRIO
Prescription	Médecin	Décide du traitement, de la dose, de la durée	★★★
Dispensation	Pharmacien	Analyse l'ordonnance, délivre, peut préparer les doses	★★★
Préparation	IDE / Pharmacien	Prépare le pilulier à partir de l'ordonnance. jamais l'AS	★★★
Administration	IDE	Acte de soin : vérifie identité, produit, péremption, voie, trace	★★★
Aide à la prise	AS et AP	Accompagner la prise d'un médicament déjà préparé , sous protocole, en collaboration IDE. Pas les AES.	★★★
Vérification de la prise	AS, AP et AES	Contrôler que le médicament a bien été pris	★★★
Surveillance	AS + IDE	Votre terrain. Observer les effets et les effets indésirables, transmettre	★★★

MÉMO

MNÉMO — LA CHAÎNE DU MÉDICAMENT

« **Le médecin décide · le pharmacien délivre · l'IDE prépare et administre · l'AS aide et surveille.** »

Quatre métiers, quatre verbes, dans l'ordre. Récitez-la : c'est une question type de jury, et la réciter proprement vaut mieux que trois minutes d'explications confuses.

UNE HONNÊTETÉ QUI VOUS SERVIRA

Contrairement au secteur sanitaire (hôpital, clinique), **aucun texte réglementaire ne définit précisément les bonnes pratiques d'aide à la prise dans le secteur médico-social** (EHPAD, domicile). C'est un vide juridique reconnu, comblé par des **recommandations régionales** (ARS, OMEDIT) et par les **protocoles de votre établissement**.

Ce que ça implique pour vous : le protocole de votre structure n'est pas de la paperasse — c'est votre cadre juridique de référence. Le connaître et le citer en jury est un vrai point fort.

Source : OMEDIT Île-de-France, « Que dit la loi sur la prise en charge médicamenteuse en EHPAD », juillet 2024, validé ARS IDF novembre 2024.

QUIZ FLASH · PARTIE 2

Validez avant de passer à la suite

1. Citez les 4 conditions de l'aide à la prise (art. L. 313-26 CASF).

P.A.S.P. P : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : A : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : S : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : P : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives

2. Dans quel article du CSP figure la collaboration IDE / aide-soignant ?

R. 4311-5 : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : fin juin 2026

3. Où trouve-t-on aujourd'hui « l'aide à la prise des médicaments sous forme non injectable » ?

l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : arrêté du 26 juin 2026 liste fixée par arrêté

4. Un AES peut-il aider à la prise d'un médicament ?

Non — c'est nouveau. l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : AS et auxiliaires de puériculture AES peut vérifier

5. « Collaboration » ou « délégation » : quel est le mot du texte, et pourquoi ça change tout ?

Collaboration : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : mais vous restez personnellement responsable de vos fautes

6. L'IDE vous demande une injection d'insuline « parce qu'elle est débordée ». Vous acceptez ?

Non. l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : l'aide à la prise est soumise à 4 conditions cumulatives : ne vous protège pas l'aide à la prise

2.9 Cas concret — quand le cadre vous rattrape

CAS CONCRET · EHPAD · SEPTEMBRE 2026

« Mais on l'a toujours fait comme ça »

Le droit a changé fin juin 2026. Dans beaucoup d'établissements, les habitudes, elles, n'ont pas bougé. Voici comment on tient sa ligne quand on est le seul à avoir lu le texte.

1 LA SITUATION

Vous travaillez avec Karim, **accompagnant éducatif et social (AES)**, dans un service d'hébergement. Depuis des années, il aide les résidents à prendre leurs comprimés le matin, comme tout le monde.

Ce matin, il s'apprête à faire prendre son traitement à M. B. Vous venez de lire ce livret.

2 CE QUE VOUS SAVEZ, ET QUE PERSONNE DANS LE SERVICE NE SAIT ENCORE

Depuis **fin juin 2026**, l'arrêté du 26 juin 2026 distingue deux listes :

- l'**aide à la prise** de médicaments sous forme non injectable est réservée aux **aides-soignants et auxiliaires de puériculture** ;
- les **AES** peuvent seulement **vérifier** la prise.

Cette distinction n'existait pas avant. Karim ne fait rien de malhonnête : il applique un cadre qui a changé il y a deux mois, sans que personne ne le lui dise.

3 CE QUE VOUS FAITES — ET CE QUE VOUS NE FAITES SURTOUT PAS

Ce que vous ne faites pas : lui dire devant le résident qu'il n'a pas le droit. L'humilier ne protège personne et vous ferez de lui un adversaire.

Ce que vous faites : vous prenez le relais discrètement sur ce résident (« *laisse, je m'en occupe, je passe par là* »), puis, à l'écart :

« Karim, j'ai lu un truc qui a changé cet été. Depuis fin juin, l'aide à la prise c'est AS et auxiliaires de puériculture seulement — vous, vous pouvez vérifier que c'est pris, mais plus aider à la prise. C'est nouveau, personne ne nous l'a dit. Je vais en parler à l'IDE, parce que si c'est vrai, ça change l'organisation du matin. »

Puis vous remontez. Pas contre Karim — **pour le protéger**, et pour que l'établissement se mette à jour.

4
VOTRE TRANSMISSION
Cible : Organisation de l'aide à la prise — évolution réglementaire

D — Lors du tour du matin, constat que l'aide à la prise des médicaments est assurée indifféremment par les AS et les AES, selon l'organisation en vigueur dans le service.

A — Prise en charge personnelle de l'aide à la prise sur les résidents concernés ce matin. **Information transmise à l'IDE et à la cadre à 9 h 30** : l'arrêté du 26 juin 2026 (art. 2), en vigueur depuis fin juin, réserve l'aide à la prise aux AS et AP, les AES ne pouvant que vérifier la prise. Demande de vérification et, le cas échéant, d'actualisation du protocole du service.

R — Cadre a saisi le médecin coordonnateur et la direction. Vérification en cours auprès de l'ARS. Point prévu en réunion d'équipe.

5
POURQUOI CE CAS EST REDOUTABLE EN JURY

Parce qu'il prouve que vous lisez les textes. Pas que vous les récitez : que vous les **appliquez**, et que vous savez les faire remonter quand l'organisation ne les suit pas encore.

Il démontre aussi une chose rare : vous protégez un collègue **d'un risque qu'il ignore**, sans le mettre en difficulté devant un résident. Le jury évalue la **compétence 11** — coopérer, démarche qualité. Ce cas la démontre en entier.

« On l'a toujours fait comme ça » n'est pas un argument juridique. C'est le début d'un événement indésirable.

Compétences démontrées : **Cpt 11** coopérer, démarche qualité, améliorer sa pratique **Cpt 2** identifier une situation à risque **Cpt 7** informer ses pairs **Cpt 10** transmettre

MÉMO
À VÉRIFIER DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT CETTE SEMAINE

Le droit a changé fin juin 2026. Posez trois questions à votre cadre ou à votre IDE :

1. Le protocole d'aide à la prise du service a-t-il été mis à jour depuis fin juin ?
2. Les AES du service ont-ils été informés de la distinction aide / vérification ?
3. Où puis-je consulter la liste des actes qui peuvent m'être confiés ?

Ces trois questions font de vous quelqu'un qui s'intéresse à la sécurité, pas quelqu'un qui conteste. Et elles vous donnent une situation de livret 2 en or.

Les 12 classes de vos résidents

Pour chacune : à quoi ça sert, ce que je surveille, les effets à repérer, quand j'alerte. Aucune posologie.

Les 6 vitales

Antalgiques, psychotropes, anticoagulants, antidiabétiques, antihypertenseurs, diurétiques.

Les 6 courantes

Corticoïdes, antibiotiques, laxatifs, antiparkinsoniens, IPP, collyres.

Le réflexe

Chaque classe = un point de surveillance concret.

COMMENT LIRE CETTE PARTIE

Chaque classe suit la même grille en 4 temps : **à quoi ça sert** → **ce que je surveille** → **les effets indésirables à repérer** → **quand j'alerte**.

Aucune posologie, aucune conduite thérapeutique : **uniquement votre champ d'observation**.

3.1 Les antalgiques

SURVEILLANCE VITALE

★★★ INDISPENSABLE

PALIER	EXEMPLES (DCI)	CE QUE JE SURVEILLE	PRIO
Palier 1	<i>paracétamol, ibuprofène (AINS)</i>	Efficacité (réévaluer l'EN), doublons (paracétamol caché sous plusieurs marques)	★★★
Palier 2	<i>codéine, tramadol</i>	Somnolence, confusion, constipation, nausées	★★★
Palier 3	<i>morphine, oxycodone, fentanyl (patch)</i>	Vigilance + fréquence respiratoire , constipation systématique	★★★

LE SIGNE QUI SAUVE — MORPHINIQUES

La somnolence précède TOUJOURS la dépression respiratoire.

C'est la règle d'or de la surveillance des morphiniques. Le corps ne s'arrête pas de respirer brutalement : **il s'endort d'abord**. Cette somnolence anormale, c'est votre fenêtre d'alerte — et elle se voit à l'œil nu.

Ce que j'observe : le résident est-il réveillable ? répond-il ? Une somnolence **inhabituelle**, un résident « qu'on n'arrive pas bien à réveiller » sous morphinique = **je compte la fréquence respiratoire et j'alerte l'IDE immédiatement**.

Le seuil d'urgence : FR < 8/min avec altération de la conscience → urgence vitale, protocole du service.

À nuancer : le **myosis isolé** (pupilles en tête d'épingle) est habituel sous morphinique et n'affole personne. C'est son **association** à une somnolence anormale et à un ralentissement respiratoire qui signe le surdosage.

Source : SFETD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur), fiche « Effets secondaires des morphiniques ».

MÉMO
MNÉMO — LES 3 EFFETS CONSTANTS DES MORPHINIQUES : « S.C.N. »
Somnolence · Constipation · Nausées

Somnolence → la surveiller, c'est surveiller la respiration.

 Constipation → elle est **systématique** et ne s'atténue jamais avec le temps. Un morphinique sans laxatif prescrit, c'est une occlusion qui se prépare. **Vous surveillez le transit : c'est du soin, pas du détail.**

Nausées → fréquentes au début, souvent transitoires.

FAIS LE LIEN — LE PATCH DE FENTANYL

 Un patch, ça a l'air anodin. C'est un **morphinique de palier 3**.

Vos points de vigilance : retirer l'ancien avant d'en poser un nouveau (sinon double dose) · noter la date et l'emplacement · **la chaleur augmente le passage** (fièvre, bouillotte, couverture chauffante, bain chaud → surdosage possible) · un patch qui se décolle se signale.

La pose relève du protocole de votre établissement — mais l'observation, elle, est toujours à vous.

3.2 Les psychotropes **RISQUE DE CHUTE**

★★★ INDISPENSABLE

SOUS-CLASSE	EXEMPLES (DCI)	À QUOI ÇA SERT	CE QUE JE REPÈRE	PRIO
Benzodiazépines -azépam, -azolam	<i>oxazépam, alprazolam, diazépam</i>	Anxiété, sommeil	Chutes , somnolence, confusion, réactions paradoxales (agitation au lieu de calme)	★★★
Neuroleptiques (antipsychotiques)	<i>rispéridone, halopéridol</i>	Troubles du comportement, hallucinations	Raideur , tremblements, ralentissement, chutes, fausses routes	★★★
Antidépresseurs	<i>sertraline, paroxétine, mirtazapine</i>	Dépression	Digestif au début, hypotension, hyponatrémie (confusion)	★★★
Hypnotiques	<i>zopiclone, zolpidem</i>	Insomnie	Somnolence résiduelle au réveil → chute du matin	★★
Anti-Alzheimer	<i>donépézil, mémantine</i>	Troubles cognitifs	Digestif, bradycardie , cauchemars	★★

LA RÉACTION PARADOXALE — LE PIÈGE QUI FAIT DOUBLER LES DOSES

On donne un calmant. Le résident devient plus agité.

C'est une **réaction paradoxale** aux benzodiazépines, fréquente chez la personne âgée. Le réflexe naturel de l'équipe ? Penser que « la dose est insuffisante » et en ajouter.

Résultat : on aggrave exactement ce qu'on voulait traiter. C'est un cas d'école de **cascade médicamenteuse** (Partie 4).

Votre rôle : vous ne concluez rien. Mais vous **transmettez la chronologie** — « *agitation apparue environ 1 h après la prise, alors qu'elle était calme avant* ». Cette phrase-là peut faire arrêter un traitement délétère. C'est la valeur d'une observation datée.

MÉMO

MNÉMO — BENZODIAZÉPINES ET CHUTES

« BENZO = BAncal + ENdormi + ZOmbie. »

Les trois effets qui envoient une personne âgée au sol : **instabilité, somnolence, ralentissement cognitif**. Ils se cumulent, et ils se cumulent aussi avec l'hypotension des antihypertenseurs.

Le moment critique : le **lever de nuit** pour aller aux toilettes. Chambre sombre + benzodiazépine + hypotension orthostatique = fracture du col du fémur. Votre prévention : veilleuse, chemin dégagé, lever en trois temps, urinal à portée.

Sources : ameli.fr (Assurance Maladie) — classes à risque iatrogénique chez la personne âgée · OMEDIT PACA-Corse, fiche bon usage benzodiazépines.

3.3 Les anticoagulants

1/3 DES ACCIDENTS IATROGÈNES

★★★ INDISPENSABLE

FAMILLE	EXEMPLES	SPÉCIFICITÉ	PRIO
AVK	warfarine (Coumadine®), fluindione (Previscan®)	Prise de sang régulière (INR) + carnet de suivi. Cible habituelle : INR entre 2 et 3	★★★
AOD -xaban, -gatran	apixaban, rivaroxaban, dabigatran	Pas d'INR , mais surveillance de la fonction rénale	★★★
HBPM -parine	énoxaparine	Injectable → jamais vous . Mais la surveillance des saignements, si	★★

LES 6 SIGNES DE SAIGNEMENT À CONNAÎTRE PAR CŒUR

« Gencives · Bleus · Nez · Urines · Selles · Fatigue »

1. **Gencives** qui saignent au brossage ou aux soins de bouche
2. **Ecchymoses** (« bleus ») inhabituelles, étendues, sans choc identifié — **vous les voyez à la toilette, personne d'autre**
3. **Saignement de nez** qui ne s'arrête pas
4. **Urines** rosées ou rouges (hématurie)
5. **Selles noires** (méléna) ou rouges
6. **Fatigue** inhabituelle + pâleur → évoque un saignement **interne**, invisible

Et le contexte qui doit vous alarmer : une personne sous anticoagulant qui **chute et se cogne la tête**. Même sans plaie, même si « elle va bien ». Le saignement intracrânien peut se déclarer des heures après. Toute chute sous anticoagulant se transmet immédiatement.

Source : ANSM (2014), citée par ameli.fr — les anticoagulants représentent près d'un tiers des accidents iatrogènes.

FAIS LE LIEN — POURQUOI C'EST VOUS LE MAILLON CLÉ

Une ecchymose sur une cuisse, un saignement de gencive au soin de bouche : **qui d'autre que vous va le voir ?** Le médecin passe une fois par mois. L'IDE voit un bras pendant une prise de tension.

Vous voyez le corps entier, tous les jours. Sur les anticoagulants — la classe la plus iatrogène de toutes — c'est littéralement votre regard qui fait la sécurité. Cette phrase mérite d'être dans votre livret 2.

3.4 Les antidiabétiques URGENCE HYPOGLYCÉMIE

★★★ INDISPENSABLE

FAMILLE	EXEMPLES	RISQUE D'HYPOGLYCÉMIE	PRIO
Insuline	<i>insuline lente, rapide</i>	Élevé. Injectable → l'administration n'est jamais vous	★★★
Sulfamides	<i>glimépiride, gliclazide</i>	Élevé, prolongé. Contre-indiqués en insuffisance rénale sévère	★★★
Metformine	<i>metformine</i>	Faible seule. Troubles digestifs fréquents	★★
Gliptines / Gliflozines	<i>sitagliptine, dapagliflozine</i>	Faible. Gliflozines : infections urinaires et génitales	★

LE PIÈGE N° 1 DE LA GÉRIATRIE

Chez la personne âgée, l'hypoglycémie ne ressemble pas à une hypoglycémie.

On vous a appris les signes classiques : **faim, sueurs, tremblements, pâleur**. Chez le sujet âgé, ils **sont souvent absents**.

Ce que vous verrez à la place : **confusion · agitation · désorientation · instabilité · comportement inhabituel · chute · somnolence**.

Traduction : toute confusion nouvelle chez un résident diabétique est une hypoglycémie jusqu'à preuve du contraire. On ne se dit pas « elle débute une démence » ou « elle est pénible aujourd'hui ». **On alerte l'IDE, qui fera le dextro.**

Rappel du Tome 1 : hypoglycémie < 0,70 g/l · urgence < 0,50 g/l. Resucrage par la bouche **uniquement** si la personne est consciente et déglutit — jamais en cas de trouble de la vigilance.

MÉMO

MNÉMO — LES CIRCONSTANCES QUI DÉCLENCHENT L'HYPOGLYCÉMIE

« Repas sauté · Repas vomi · Effort inhabituel · Infection »

Un résident diabétique qui **n'a pas fini son plateau**, qui a **vomi**, qui a fait sa **rééducation**, ou qui **couve quelque chose** : son traitement est calibré pour une journée normale, pas pour celle-là.

Votre réflexe : un repas non pris chez un diabétique **se transmet**. C'est une info clinique, pas une info d'hôtellerie.

3.5 Les antihypertenseurs RISQUE DE CHUTE

★★★ INDISPENSABLE

FAMILLE	SUFFIXE	EXEMPLES	EFFET INDÉSIRABLE SIGNATURE	PRIO
Bêta-bloquants	-olol	bisoprolol, aténolol	Bradycardie → je prends le pouls	★★★
IEC	-pril	ramipril, périndopril	Toux sèche tenace	★★★
ARA II	-sartan	valsartan, candésartan	Comme l'IEC, sans la toux	★★★
Inhibiteurs calciques	-dipine	amlodipine	Œdèmes des chevilles , bouffées de chaleur	★★

L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE — LE LIEN DIRECT AVEC VOTRE GESTE

Chez la personne âgée, les capteurs de tension réagissent trop lentement au lever.

Ajoutez un antihypertenseur, et le sang ne remonte plus assez vite au cerveau quand elle se lève : **vertige, jambes coupées, chute.**

Votre parade — le « 1-2-3 debout » (Tome 1) :

1. Assise au bord du lit, jambes pendantes · **2.** Pause : je parle, j'observe (pâleur ? vertige ?) · **3.** Lever accompagné, contact maintenu.

Trente secondes. C'est ce qui sépare un lever réussi d'une fracture du col du fémur — et vous savez maintenant **pourquoi** ça marche.

3.6 Les diurétiques DÉSHYDRATATION

★★★ INDISPENSABLE

FAMILLE	EXEMPLES	À QUOI ÇA SERT	CE QUE JE SURVEILLE	PRIO
Diurétique de l'anse	<i>furosémide (Lasilix®)</i>	Insuffisance cardiaque, œdèmes	Diurèse , poids, hydratation, potassium	★★★
Thiazidique	<i>hydrochlorothiazide, indapamide</i>	Hypertension	Hyponatrémie → confusion	★★
Épargneur de potassium	<i>spironolactone</i>	Insuffisance cardiaque	Potassium (trop , cette fois)	★★

MÉMO

MNÉMO — CE QU'UN DIURÉTIQUE FAIT VRAIMENT

« Diurétique = robinet ouvert. »

Il fait **éliminer de l'eau et du sel**. Trois conséquences directes, toutes dans votre champ :

- 1. Il faut aller aux toilettes** → **ne jamais donner le soir** (levers nocturnes = chutes). Si vous voyez un diurétique programmé le soir, **signalez-le**.
- 2. Risque de déshydratation** → pli cutané, langue sèche, urines foncées, confusion. **Le rein âgé retient mal l'eau : il compense moins bien.**
- 3. Le poids est un indicateur** → une prise de poids rapide chez un insuffisant cardiaque = rétention d'eau. On pèse selon le protocole, et **on trace**.

FAIS LE LIEN — LA COMBINAISON QUI DÉSHYDRATE EN 48 H

Diurétique + canicule + diarrhée = urgence.

Chacun pris isolément est gérable. Ensemble, chez une personne de 88 ans qui ne ressent plus la soif, ils vident le réservoir en deux jours : déshydratation, insuffisance rénale aiguë, confusion, chute.

Votre rôle en période de chaleur ou d'épidémie de gastro : vous êtes le **capteur d'hydratation** de l'établissement. Proposer à boire, tracer les quantités, repérer le pli cutané, signaler les urines foncées. C'est de la surveillance clinique, et ça se trace. Une excellente situation de livret 2, d'ailleurs.

3.7 Corticoïdes, antibiotiques, laxatifs

★★ COURANT

Corticoïdes ★★

prednisone, prednisolone (-one)

À quoi ça sert : inflammation, douleur, maladies auto-immunes.

Le piège : ils **masquent l'infection** — pas de fièvre, pas de douleur franche, alors que l'infection progresse.

Je repère : tout signe d'infection même discret · **peau fragile**, ecchymoses au moindre frottement (attention à vos mobilisations !) · glycémie qui monte · agitation, insomnie.

Antibiotiques ★★

-cilline, -mycine, -oxacine

À quoi ça sert : infections bactériennes.

Je repère : la **diarrhée** (5 à 25 % des cas) — chez la personne âgée, risque de **Clostridioides difficile**.

Toute diarrhée sous antibiotique **se signale** et impose des précautions d'hygiène renforcées.

Aussi : allergie (éruption), mycoses buccales/génitales, confusion sous quinolones.

Laxatifs ★★

macrogol, lactulose

À quoi ça sert : constipation — quasi systématique sous morphiniques.

Je repère : l'efficacité (le transit est **votre** observation), la déshydratation si laxatif stimulant.

Le lien à faire : une constipation non traitée devient un **fécalome**, puis une occlusion. Chez la personne âgée, elle peut aussi provoquer une **confusion** ou une **rétention urinaire**.

3.8 Antiparkinsoniens, IPP, collyres

★★ COURANT

Antiparkinsoniens ★★

lévodopa, agonistes dopaminergiques

Le point critique : l'horaire est le traitement. Un décalage de 30 minutes peut bloquer un résident. Les horaires ne sont pas indicatifs : **ils sont thérapeutiques.**

Je repère : hallucinations (très fréquentes au long cours), hypotension orthostatique, somnolence brutale, phases « on/off » (mobile puis bloqué).

Ce que ça change : j'organise ma tournée autour de ses horaires, pas l'inverse.

IPP ★★

-prazole

À quoi ça sert : protéger l'estomac, reflux.

Le vrai sujet : ils sont souvent prescrits trop longtemps, parfois depuis des années sans raison actuelle.

Effets au long cours : fractures, carence en vitamine B12, hypomagnésémie, infections digestives (dont *C. difficile*), pneumopathies.

Votre apport : lors d'une réévaluation de traitement, signaler « sous IPP depuis 4 ans » est une information utile.

Collyres ★★

Vous pouvez instiller un collyre et faire un lavage oculaire, en collaboration avec l'IDE (décret n° 2021-980 · arrêté du 10 juin 2021).

Les règles : hygiène des mains · ne jamais toucher l'œil avec l'embout · **15 minutes entre deux collyres** différents · un flacon par résident, jamais partagé · vérifier la date d'ouverture.

Je repère : rougeur, douleur, écoulement, baisse de vision signalée.

MÉMO

MNÉMO — L'HEURE DU PARKINSON

« Pour un parkinsonien, l'heure EST le médicament. »

Ailleurs, 30 minutes de retard n'ont aucune importance. Ici, c'est un résident qui se fige, qui ne peut plus se lever, qui chute.

Si votre organisation ne permet pas de tenir ses horaires, **ce n'est pas un détail d'organisation : c'est un problème de soin, et il se signale.**

Sources de cette partie : ANSM (antiparkinsoniens, iatrogénie du sujet âgé) · HAS · ameli.fr (classes à risque iatrogénique) · OMEDIT régionaux (fiches bon usage : benzodiazépines, IPP, antihypertenseurs, constipation). Recommandations professionnelles — **en service, référez-vous aux protocoles de votre établissement.**

QUIZ FLASH · PARTIE 3

Validez avant de passer à la suite

1. Un résident sous morphine est anormalement somnolent. Pourquoi est-ce grave ?

la somnolence précède toujours la dépression respiratoire la fréquence respiratoire

2. Mme R., diabétique, est confuse et agitée depuis ce matin. Votre première hypothèse ?

Hypoglycémie. confusion, agitation, désorientation l'absence de la glycémie

3. Un résident sous apixaban chute et se cogne la tête, mais « il va bien ». Vous notez et vous verrez demain ?

Non — transmission immédiate. des heures après

4. Pourquoi ne donne-t-on pas un diurétique le soir ?

levers nocturnes = risque de chute les effets du diurétique programmé le soir aggraverait le TGO

5. On donne une benzodiazépine à M. L. pour le calmer. Une heure après, il est plus agité. Que transmettez-vous ?

chronologie datée la réaction paradoxale

3.9 Cas concret — une ordonnance, sept surveillances

CAS CONCRET · EHPAD · ARRIVÉE D'UNE NOUVELLE RÉSIDENTE

Mme V., 86 ans — sa feuille de traitement

Elle arrive aujourd'hui. Vous ne la connaissez pas. Mais sa feuille de traitement, elle, vous parle déjà — à condition de savoir la lire.

TRAITEMENT DE MME V.

bisoprolol · ramipril · furosémide · apixaban · oxazépam (le soir) · metformine · oméprazole

1 CE QUE CHAQUE LIGNE VOUS DIT

- bisoprolol** → bêta-bloquant → **je prends le pouls**, j'alerte si bradycardie.
- ramipril** → IEC → tension ; si elle tousse sèchement, **je le signale**.
- furosémide** → diurétique → **hydratation**, urines, poids, **lever prudent**.
- apixaban** → anticoagulant → **je regarde sa peau à la toilette**, tout saignement s'alerte.
- oxazépam** → benzodiazépine, le soir → **risque de chute au lever de nuit**.
- metformine** → antidiabétique → repas non pris = information clinique.
- oméprazole** → IPP → depuis quand ? À signaler lors d'une réévaluation.

2 LES ASSOCIATIONS QUI DOIVENT VOUS ALERTER

Prises une par une, ces lignes sont banales. **Ensemble, elles dessinent trois risques précis :**

- **Risque de chute majeur** — bêta-bloquant + IEC + diurétique (tous font baisser la tension) + **benzodiazépine le soir** (qui endort et déséquilibre). Elle se lèvera la nuit pour uriner à cause du diurétique. Tout est réuni pour une fracture du col.
- **Risque hémorragique** — sous apixaban, la moindre chute avec choc à la tête devient une urgence.
- **Risque de déshydratation** — diurétique + âge + soif diminuée.

3 CE QUE VOUS ORGANISEZ, DÈS LE PREMIER JOUR

- La nuit** : veilleuse, chemin dégagé vers les toilettes, urinal ou chaise garde-robe à portée, sonnette accessible.
- Le lever** : systématiquement en trois temps (assise → pause → debout accompagnée).
- La toilette** : j'observe la peau (ecchymoses), je prends le pouls.
- Les repas** : je trace ce qu'elle boit et ce qu'elle mange.
- Une question à poser à l'IDE** : le diurétique est-il bien programmé le matin ?

4
VOTRE TRANSMISSION D'ACCUEIL
Cible : Accueil Mme V. — risques identifiés au traitement

D — Entrée ce jour. Traitement comportant bêta-bloquant, IEC, diurétique, anticoagulant oral direct et benzodiazépine vespérale. Marche avec canne, se lève seule. Pouls d'entrée 62 bpm, TA 128/74.

Peau : ecchymose ancienne face antérieure avant-bras gauche, 3 cm, sans douleur.

A — Risque de chute nocturne identifié (association hypotensive + benzodiazépine + diurétique) : veilleuse installée, urinal à portée, sonnette testée avec elle, chemin dégagé. Lever en trois temps expliqué à la résidente. Ecchymose photographiée selon protocole et signalée. **IDE informée à 15h30** des risques repérés ; question posée sur l'horaire du diurétique.

R — IDE d'accord sur les mesures. Diurétique confirmé le matin. Ecchymose tracée dans le dossier comme référence.

5
POURQUOI CE CAS EST EXCELLENT EN JURY

Parce que vous n'avez rien attendu. **Vous n'avez pas réagi à une chute : vous l'avez anticipée.**

Vous avez lu une ordonnance, identifié un faisceau de risques, mis en place des mesures concrètes dans votre champ, posé une question pertinente à l'IDE, et tout tracé. Le tout **le jour de l'arrivée**, avant le moindre incident.

C'est la différence entre un professionnel qui subit et un professionnel qui prévient.

Compétences démontrées : **Cpt 2** identifier les situations à risque **Cpt 3** évaluer l'état clinique **Cpt 4** soins adaptés **Cpt 5** installation et déplacements **Cpt 10** transmettre **Cpt 11** coopérer

FAIS LE LIEN — CE QUE CE CAS PROUVE
Sept lignes de traitement lues en trente secondes vous ont donné trois risques et cinq mesures.

Il y a un mois, cette feuille était une liste de noms illisibles. Aujourd'hui, c'est une **carte des dangers** de Mme V.

Et vous n'avez rien mémorisé de nouveau : vous avez appliqué **cinq suffixes** vus dans la Partie 1, plus deux noms retenus. C'est tout le pari de ce livret — et il tient.

Quand le médicament devient le problème

Un effet indésirable sur deux est évitable chez la personne âgée. Évitable par celui qui le repère à temps.

Les chiffres

× 2 après 65 ans · 30 à 60 % évitables · les classes à risque.

La cascade

Le mécanisme le plus important du tome. Comprenez-le une fois, vous le verrez partout.

Le corps âgé

Pourquoi il encaisse moins bien — et pourquoi ça se voit avant la prise de sang.

4.1 Quand le médicament devient le problème

Un mot à connaître, parce qu'il désigne une réalité que vous croisez chaque semaine sans toujours la nommer.

LA DÉFINITION À SAVOIR FORMULER

Iatrogénie : les dommages causés par le soin lui-même.

Du grec *iatros* (le médecin) et *-genês* (qui engendre). La **iatrogénie médicamenteuse**, c'est l'ensemble des effets indésirables provoqués par les médicaments — ceux censés soigner.

Ce n'est ni une faute, ni une négligence. C'est une **conséquence prévisible** du fait de traiter des personnes âgées, fragiles, avec plusieurs traitements à la fois.

LES CHIFFRES QUI JUSTIFIENT VOTRE VIGILANCE

× 2

Les effets indésirables sont **deux fois plus fréquents** après 65 ans.

10 à 20 %

de ces effets conduisent à une **hospitalisation**.

30 à 60 %

sont **évitables**. C'est là que vous intervenez.

Source : ANSM/AFSSAPS, « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé », juin 2005. Ces chiffres sont probablement sous-estimés (sous-notification).

CE QUE CE DERNIER CHIFFRE VEUT DIRE POUR VOUS

Jusqu'à un effet indésirable sur deux pouvait être évité.

Évité par qui ? Par celui qui l'a **repéré à temps** et qui l'a **dit**. Sur une personne âgée en EHPAD, celui-là, c'est presque toujours vous.

Simple question de position, pas de flatterie. Le médecin passe une fois par mois. L'IDE quelques minutes. Vous êtes là au lever, à la toilette, aux repas, au coucher.

4.2 La polymédication

TERME	DÉFINITION	PRIO
Polymédication	Prise simultanée de 5 médicaments ou plus par jour (seuil usuel, IRDES)	★★★

Polymédication excessive À partir de **10 médicaments** par jour ★★

Polypathologie Plusieurs maladies chroniques chez la même personne — c'est elle qui **justifie** la polymédication ★★

LE CALCUL QUI DONNE LE VERTIGE

Plus de **10 % des personnes de 75 ans et plus** prennent entre **8 et 10 médicaments par jour**. Selon les indicateurs retenus, **14 à 49 %** des plus de 75 ans sont en situation de polymédication.

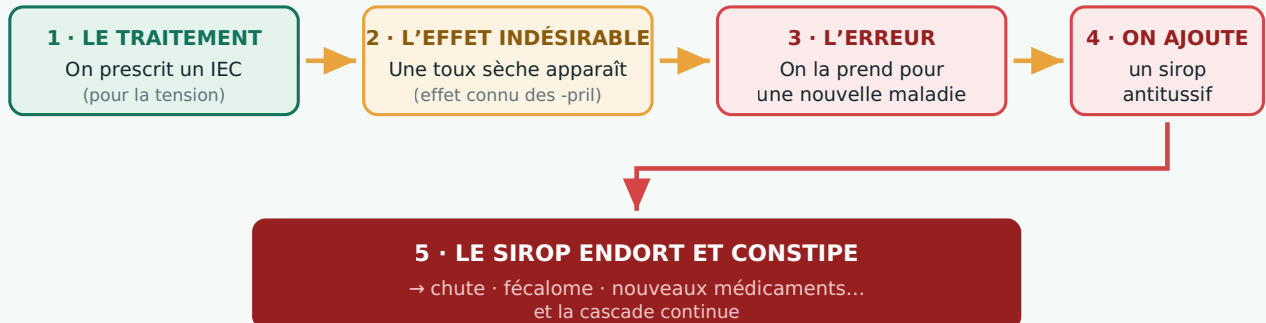
Chaque molécule ajoutée multiplie les interactions possibles. À cinq médicaments, le nombre de combinaisons dépasse déjà ce qu'un cerveau humain suit sans outil. C'est pourquoi la surveillance ne peut pas reposer sur une seule personne : elle repose sur une équipe. Vous en êtes le premier maillon.

Sources : IRDES, « La polymédication : définitions, mesures et enjeux » · HAS, note méthodologique polypathologie de la personne âgée (2015).

4.3 La cascade médicamenteuse

Le mécanisme le plus important de cette partie. Comprenez-le une fois, vous le verrez partout.

LA CASCADE MÉDICAMENTEUSE — UN EXEMPLE RÉEL



Il aurait suffi d'arrêter l'IEC. Encore fallait-il faire le lien.

Et pour faire le lien, il fallait que quelqu'un dise : « elle tousse depuis qu'on a changé son traitement ».

MÉMO

MNÉMO — REPÉRER UNE CASCADE

« Un nouveau symptôme après un nouveau médicament n'est pas une nouvelle maladie tant qu'on n'a pas vérifié. »

La question réflexe, à vous poser systématiquement : « **depuis quand ?** » et « **qu'est-ce qui a changé avant ?** »

Cette question ne coûte rien. Elle a fait arrêter des milliers de traitements inutiles.

FAIS LE LIEN — LA PHRASE LA PLUS UTILE DE VOTRE CARRIÈRE

« C'est apparu depuis qu'on a changé son traitement. »

Vous ne diagnostiquez pas. Vous ne concluez pas. Vous **datez** et vous **reliez** — et vous transmettez.

Cette phrase, aucun médecin ne peut la produire : il n'était pas là avant. Aucun logiciel ne la produit : il ne voit pas la personne. **Vous seul détenez cette information**, parce que vous seul avez la continuité du regard.

Un candidat qui raconte cette situation en jury démontre d'un coup les **compétences 3, 10 et 11**. C'est une des meilleures situations de livret 2 que vous puissiez écrire.

4.4 Les classes les plus à risque

★★★ INDISPENSABLE

CLASSE	POURQUOI ELLE EST À RISQUE	PRIO
Anticoagulants	Près d' un tiers des accidents iatrogènes (ANSM 2014). Le saignement peut être invisible	★★★
Psychotropes	Chutes, confusion, réactions paradoxales. Souvent prescrits trop longtemps	★★★
Antalgiques et AINS	Somnolence, saignements digestifs, atteinte rénale	★★★
Cardiovasculaires	Hypotension, bradycardie, troubles du potassium	★★★
IPP	Prescrits des années sans réévaluation. Fractures, carence B12, infections	★★
Anti-infectieux	Diarrhées, <i>Clostridioides difficile</i> , confusion	★★

Source : ameli.fr (Assurance Maladie), « Focus sur les classes médicamenteuses à risque iatrogénique », adossé aux travaux HAS et ANSM.

4.5 Pourquoi le corps âgé encaisse moins bien

Le rein filtre moins

Le médicament s'élimine plus lentement, donc il **s'accumule**. Une dose normale devient progressivement une surdose.

Le foie transforme moins

Même mécanisme : ce qui devait être dégradé reste actif plus longtemps.

Moins d'eau, plus de graisse

La composition du corps change avec l'âge. Certains médicaments se concentrent, d'autres se stockent et se relarguent.

Le cerveau est plus sensible

Un psychotrope qui endort un adulte peut rendre confuse une personne âgée.

Les capteurs réagissent mal

La tension ne se rattrape plus au lever → **hypotension orthostatique** → chute.

La soif disparaît

Elle ne réclame plus à boire. Sous diurétique, en été, le réservoir se vide sans alarme.

L'IMAGE MENTALE

Un corps jeune est une baignoire avec une bonde grande ouverte. Un corps âgé, c'est la même baignoire avec une bonde à moitié bouchée.

Même robinet, même débit — mais l'eau monte. Le médicament s'accumule. C'est pour ça qu'un traitement supporté pendant des années peut devenir toxique à 85 ans **sans que rien n'ait changé dans la prescription.**

Ce qui a changé, c'est le corps. Et ce changement, il se voit dans le comportement bien avant de se voir dans une prise de sang.

4.6 Cas concret — la cascade que vous avez arrêtée

CAS CONCRET · EHPAD · UNE DÉGRADATION EN SIX SEMAINES

M. G., 82 ans — « il devient dément »

C'est ce que tout le monde répète depuis un mois. Vous, vous avez remarqué autre chose : la date.

1

LA CHRONOLOGIE QUE PERSONNE N'A RECONSTITUÉE

Semaine 1 — M. G. se plaint de douleurs au genou. Un traitement antalgique est introduit.

Semaine 2 — il est constipé. Un laxatif est ajouté.

Semaine 3 — il dort mal, il est agité le soir. Une benzodiazépine est introduite.

Semaine 4 — il chute une première fois. « Il se fait vieux. »

Semaine 5 — il est confus, il ne finit plus ses repas, il reste au lit.

Semaine 6 — l'équipe parle d'« entrée dans la démence ». On évoque un traitement anti-Alzheimer.

2

CE QUE VOUS VOYEZ, VOUS

Vous le connaissez depuis trois ans. Il faisait ses mots croisés tous les matins. **Il y a six semaines, il allait bien.**

Une démence ne s'installe pas en six semaines. Ce qui s'installe en six semaines, c'est une cascade médicamenteuse.

Vous ne diagnostiquez rien. Mais vous savez poser les deux questions du livret : « **depuis quand ?** » et « **qu'est-ce qui a changé avant ?** »

3

LE MÉCANISME, UNE FOIS DÉPLIÉ

Antalgique (palier 2) → somnolence + **constipation** (effet connu, systématique).

→ On traite la constipation par un **laxatif** au lieu de questionner l'antalgique.

→ L'antalgique perturbe aussi son sommeil et l'agite → on ajoute une **benzodiazépine**.

→ La benzodiazépine s'accumule (rein âgé) → **somnolence, instabilité, confusion**.

→ Il **chute**. Il mange moins. Il reste au lit.

→ Le tableau ressemble à une démence. **On s'apprête à ajouter un quatrième médicament.**

Trois médicaments ont produit un syndrome qui en appelle un quatrième. Aucun soignant n'a mal fait son travail : chacun a traité le symptôme qu'il avait devant lui.

4
CE QUE VOUS TRANSMETTEZ
Cible : Altération cognitive d'apparition récente — chronologie

D — M. G., autonome et orienté jusqu'à début septembre, faisait ses mots croisés quotidiennement. Depuis 6 semaines : somnolence diurne, confusion (m'appelle par le prénom de sa fille), 2 chutes (05/10 et 14/10), refus alimentaire partiel sur la majorité des repas, ne quitte plus sa chambre.

Chronologie relevée au dossier : antalgique introduit le 09/09, laxatif le 17/09, benzodiazépine le 24/09. **La dégradation suit ces introductions.**

A — Surveillance rapprochée, hydratation encouragée, lever accompagné systématique. **IDE et médecin coordonnateur informés le 22/10** de la chronologie complète. Demande d'une réévaluation du traitement.

R — Réévaluation médicale le 24/10 : benzodiazépine arrêtée, antalgique modifié. À J+10 : M. G. a repris ses mots croisés. Plus de confusion. Une chute évitée, un diagnostic de démence évité.

5
CE QUE VOUS AVEZ RÉELLEMENT FAIT

Vous n'avez posé aucun diagnostic. Vous n'avez arrêté aucun traitement. Vous avez fait une seule chose : **rassembler des dates.**

Personne d'autre ne pouvait le faire. Le médecin n'a vu que le dernier symptôme. L'IDE change d'équipe. La famille ne voit pas le quotidien. Vous seul aviez la continuité du regard sur six semaines.

Résultat : un homme qui a retrouvé sa tête, et un quatrième médicament qui n'a jamais été prescrit.

Compétences démontrées : **Cpt 3** évaluer l'état clinique **Cpt 2** identifier une situation à risque **Cpt 10** transmettre les données pertinentes **Cpt 11** coopérer et améliorer sa pratique

MÉMO
LA LEÇON DE CE CAS

« Il devient dément » est une conclusion. « Il a changé depuis le 9 septembre » est une observation.

La première ferme la porte. La seconde ouvre une enquête.

Si vous ne deviez retenir qu'une chose de ce tome : **datez tout**. Une date vaut mieux qu'un avis.

QUIZ FLASH · PARTIE 4
Validez avant de passer à la suite

1. Définissez l'iatrogénie médicamenteuse en une phrase.

effets indésirables provoqués par les médicaments
Exemples : les antidépresseurs par ce qu'ils font au cœur, le
traitement des troubles de la mémoire par l'absence de

2. À partir de combien de médicaments par jour parle-t-on de polymédication ?

5 ou plus
Exemple de l'ESS : 10 médicaments par semaine

3. Quelle proportion des effets indésirables du sujet âgé est évitable ?

30 à 60 %
Exemple : évitable parce que les effets ont été prévus, évitable parce qu'ils ne vous le plus souvent

4. Qu'est-ce qu'une cascade médicamenteuse ?

Un effet indésirable est pris pour une nouvelle maladie donc traité par un nouveau médicament qui produit à son tour de nouveaux effets. Exemple : une lésion hépatique due à un médicament → complication → chute

5. Pourquoi un traitement bien supporté pendant dix ans peut-il devenir toxique à 85 ans ?

Parce que le corps a changé les médicaments se comportent mal et se font transformer moins de médicaments s'accumule dans l'organisme

Sécuriser, signaler, tenir sa ligne

Les 5 B, ce qu'on n'écrase jamais, et le jour où il faut savoir dire non à son équipe.

La règle des 5 B

Cinq vérifications, dix secondes, l'essentiel des erreurs évitées.

L'erreur

Non intentionnelle, donc non punitive. Déclarer est un acte professionnel.

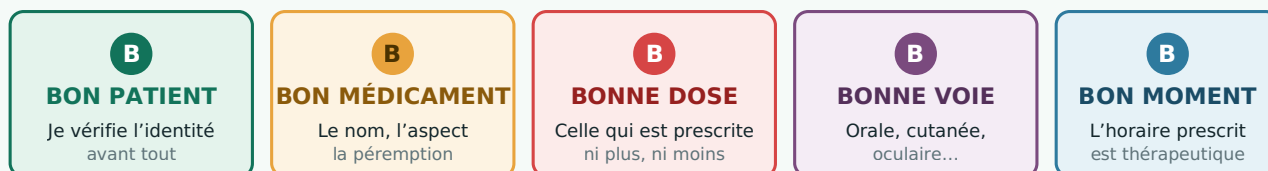
Les pièges

Le comprimé par terre, le refus, le patch oublié, la boîte de la famille.

5.1 La règle des 5 B

Un outil de sécurisation diffusé dans tous les établissements. Cinq vérifications, avant chaque prise.

LA RÈGLE DES 5 B



Cinq vérifications. Elles prennent dix secondes. Elles évitent l'essentiel des erreurs.

Outil de sécurisation largement diffusé par les OMEDIT régionaux. Ce n'est pas un texte de loi, mais une bonne pratique reconnue.

MÉMO

MNÉMO — LES 5 B

« Bon Patient · Bon Médicament · Bonne Dose · Bonne Voie · Bon Moment »

Cinq fois « bon ». Récitez-les dans l'ordre, ça se retient en une minute.

Le B le plus négligé, c'est le premier : le bon patient. En EHPAD, on connaît les résidents, on croit savoir — et c'est précisément là que l'erreur se glisse. Une chambre changée, une homonymie, un résident qui s'assoit à la place d'un autre au réfectoire.

5.2 L'erreur médicamenteuse

LA DÉFINITION

« Un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. »

Société Française de Pharmacie Clinique, définition reprise par l'ANSM.

Autrement dit : l'omission ou la réalisation **non intentionnelle** d'un acte lié à un médicament, pouvant provoquer un risque ou un dommage.

LE MOT QUI COMPTE : « NON INTENTIONNELLE »

Une erreur n'est pas une faute.

La démarche de signalement est **non punitive**. Son but n'est pas de trouver un coupable : c'est de comprendre **ce qui, dans l'organisation**, a rendu l'erreur possible.

La HAS identifie d'ailleurs les facteurs qui favorisent les erreurs, et ce sont rarement des problèmes de compétence : **charge de travail, pression de l'urgence, sous-effectif, indisponibilité d'un professionnel de santé**.

Ce que ça change pour vous : une erreur tue si elle est cachée. Signalée, elle protège les suivants. Déclarer une erreur est un acte professionnel, pas un aveu. C'est la **compétence 11** — démarche qualité et gestion des risques.

OÙ SIGNALER

SITUATION	CIRCUIT	PRIORITÉ
Dans votre établissement	Le circuit interne de déclaration d'événement indésirable (EI/ EIG). C'est celui que vous utiliserez	★★★
Erreur avec effet indésirable	Déclarée au Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV)	★★
Erreur liée au produit (nom, boîte, étiquetage)	Guichet Erreurs Médicamenteuses de l'ANSM	★
Portail national	signalement-sante.gouv.fr	★

Sources : ANSM, « La gestion des erreurs médicamenteuses » · Réseau français des CRPV · HAS.

5.3 Les pièges du quotidien

Le comprimé retrouvé par terre

Sous le lit, dans la serviette, dans la protection. **Je ne le redonne pas** — je ne sais ni lequel c'est, ni s'il a été pris. Je le **signale** : c'est peut-être un traitement non pris depuis des jours.

Le résident qui recrache

Je note **ce que j'ai vu** : recraché, gardé en bouche, refusé. « A pris son traitement » alors qu'il l'a recraché est une **fausse information** — et une fausse information vaut moins que pas d'information.

Le refus

Le refus est un **droit**. Je n'insiste pas, je ne ruse pas, je ne cache pas le médicament dans la compote sans protocole. Je **transmets le refus** et sa raison si elle est exprimée.

Le « si besoin »

Décider qu'un « si besoin » est nécessaire, **c'est une évaluation** — donc l'IDE. Je signale le besoin, je ne le tranche pas.

La boîte de la famille

Je **transmets à l'IDE**, sans rien donner ni jeter. Risque majeur : le doublon (deux marques, un seul principe actif).

Le patch oublié

Je vérifie qu'il n'y a **qu'un seul patch**. Deux patches = double dose. Sur un morphinique, ça peut être fatal.

MÉMO

MNÉMO — LA RÈGLE QUI COUVRE TOUS LES CAS

« Dans le doute, je ne décide pas. Je décris et je transmets. »

Vous remarquerez que les six pièges ci-dessus ont **la même solution**. Logique : votre valeur est dans **l'observation fidèle et transmise**, pas dans la décision.

Un AS qui décide sort de son rôle. Un AS qui décrit précisément fait exactement son métier — et permet aux autres de décider juste.

5.4 Ce qui ne s'écrase jamais

RAPPEL — « LP · GR · SL »

Libération Prolongée · Gastro-Résistant · SubLingual

Pourquoi : écraser un LP libère d'un coup une dose prévue pour 24 heures. Écraser un gastro-résistant détruit le médicament, ou brûle l'estomac. Écraser un sublingual le rend inutile.

La règle absolue : l'AS ne décide jamais seul d'écraser un comprimé. Une difficulté de déglutition se signale ; l'IDE ou le pharmacien vérifie sur la liste officielle des médicaments écrasables de votre région.

Et si on vous dit « écrase, ça ira » ? Demandez que ce soit tracé. Ce n'est pas de la défiance : c'est ce qui vous protège tous les deux.

Sources : listes « médicaments écrasables » des OMEDIT régionaux. Recommandations professionnelles, non textes réglementaires.

5.5 Cas concret — le jour où vous dites non

CAS CONCRET · EHPAD · 19H, ÉQUIPE RÉDUITE

« Écrase-le, ça ira, on n'a pas le temps »

La situation la plus inconfortable du métier : quand la pression de l'équipe pousse à sortir de son rôle. Voici comment on tient sa ligne sans se fâcher avec personne.

1

LA SITUATION

Mme A. n'arrive plus à avaler ses comprimés. Elle tousse, elle recrache, elle s'énervé. Il est 19h, vous êtes deux pour trente résidents, l'IDE est au téléphone avec le SAMU pour un autre résident.

Une collègue vous dit : « écrase-les dans sa compote, ça ira, c'est ce qu'on fait toujours ».

Sur la plaquette, vous lisez : **LP**.

2

CE QUE VOUS SAVEZ

LP = Libération Prolongée. Le comprimé est conçu pour libérer sa dose lentement sur 24 heures. Écrasé, il libère **tout d'un coup**.

Selon la molécule, ça peut vouloir dire : une chute de tension brutale, une hypoglycémie sévère, une dépression respiratoire. Un geste de gentillesse peut tuer.

Et vous savez aussi ceci : « **ma collègue m'a dit de le faire** » ne vous protège de rien. La collaboration ne couvre jamais un acte qui dépasse votre qualification.

3 CE QUE VOUS FAITES — ET COMMENT VOUS LE DITES

Vous ne vous braquez pas. Vous ne faites pas la leçon. Vous proposez :

« Je ne peux pas l'écraser, c'est marqué LP — si on le broie, elle prend toute la dose de la journée d'un coup. Je préviens l'IDE dès qu'elle raccroche. En attendant, je note qu'elle n'a pas pris le traitement de 19h, et je reste avec elle. »

Ce que cette phrase contient : un refus (clair), une raison (technique), une solution (l'IDE), une mesure conservatoire (tracer), et une présence auprès de la résidente. En vingt secondes.

4 VOTRE TRANSMISSION

Cible : Trouble de la déglutition — traitement de 19h non pris

D — Mme A. tousse et recrache ses comprimés au traitement de 19h. Deuxième soir consécutif (noté hier par la collègue de jour). S'énervé si j'insiste ; je n'insiste pas. Forme **LP** sur la plaquette. Aucune fausse route constatée, mais toux systématique à la déglutition.

A — **Comprimés non écrasés** (forme LP). Traitement de 19h **non administré**. Résidente installée assise à 90°, environnement calme, présence maintenue. **IDE prévenue à 19h25** dès sa disponibilité : difficulté de déglutition et forme galénique signalées.

R — IDE venue à 19h40. Vérification faite auprès du pharmacien : forme non écrasable. Demande d'une **alternative galénique** au médecin (forme buvable). Évaluation de la déglutition programmée.

5 POURQUOI CE CAS VAUT DE L'OR EN JURY

La plupart des candidats racontent ce qu'ils **savent faire**. Vous racontez ce que vous **refusez de faire** — et pourquoi.

Ce cas démontre, en une situation : que vous connaissez les **formes galéniques**, que vous connaissez votre **champ de compétence**, que vous savez **résister à une pression d'équipe** sans conflit, que vous **proposez une solution** au lieu de bloquer, et que vous **tracez**.

Un professionnel n'est pas quelqu'un qui sait tout faire. C'est quelqu'un qui sait où s'arrêter.

Compétences démontrées : **Cpt 11** connaître ses limites, coopérer **Cpt 2** identifier un risque **Cpt 1** accompagner et respecter **Cpt 10** transmettre

FAIS LE LIEN — LA PRESSION D'ÉQUIPE, CE SUJET DONT PERSONNE NE PARLE

Les manuels décrivent le cadre comme s'il s'appliquait dans un monde calme. La réalité, c'est 19h, deux soignants, trente résidents et une collègue épuisée qui vous dit « fais comme tout le monde ».

C'est là que le cadre se joue vraiment. Et c'est pour ça que ce cas, raconté honnêtement — avec la fatigue, la pression, le manque de temps — sonne infiniment plus juste devant un jury qu'une situation aseptisée.

N'ayez pas peur de décrire les conditions réelles. Le jury les connaît. Ce qu'il évalue, c'est ce que vous faites **dedans**.

QUIZ FLASH · PARTIE 5

Validez avant de passer à la suite

1. Citez les 5 B.

Bon patient · **Bon médicament** · **Bonne dose** · **Bonne voie** · **Bon moment.** Le plus rapide est le premier, car l'IDE doit en avoir

2. Quelles sont les trois familles de formes qu'on n'écrase jamais ?

LP (les deux polaires) · **GR** (les résistants) · **SL** (solubilisés). Le AS ne décide jamais seul la difficulté de régulation. **se**

3. Une erreur médicamenteuse est-elle une faute ?

Non. Le médication AS n'est pas un acte. **non intentionnel** (il n'y a pas de simple) · **non punitive** (on ne se fait pas de la peine) · pas de punir. Le patient est un être humain.

4. Vous retrouvez un comprimé par terre sous le lit. Vous le redonnez ?

Non. Le comprimé est un médicament. Il est un médicament. **signale à l'IDE** (il est peut-être un médicament non pris depuis plus de 24h). C'est une information clinique majeure.

5. Un résident refuse son traitement. Vous le cachez dans sa compote ?

Non. C'est un **droit** (le droit de refuser un médicament sans motif) et c'est un acte de consentement. Le médicament le plus

Où la pharmaco sert vos compétences

Le jury n'évalue pas votre mémoire. Il évalue des compétences — voici celles que ce tome vous permet de prouver.

La carte

Quelle compétence chaque partie du tome vous permet de démontrer.

3 situations

Les meilleures situations de travail à écrire dans votre livret 2.

Le vocabulaire

Ce qu'il ne faut jamais dire en jury — et par quoi le remplacer.

6.1 Où la pharmaco se range dans le référentiel

Le jury ne vous demandera pas « citez-moi les bêta-bloquants ». Il évaluera des **compétences**. Voici où votre savoir pharmacologique les sert.

COMPÉTENCE	CE QUE LA PHARMACO VOUS PERMET DE DÉMONTRER	À RÉVISER
Cpt 2	Identifier les situations à risque : chute sous psychotrope, saignement sous anticoagulant, hypoglycémie, fausse route	P. 3 · 4
Cpt 3	Évaluer l'état clinique : repérer un effet indésirable, le dater, le relier à un traitement	P. 3 · 4
Cpt 4	Mettre en œuvre des soins adaptés : surveillance ciblée selon les classes du résident	P. 3
Cpt 10	Transmettre les données pertinentes : chronologie, faits, alerte tracée	P. 4 · 5
Cpt 11	Coopérer, connaître ses limites , déclarer un événement indésirable, démarche qualité	P. 2 · 5
Cpt 1	Accompagner : aide à la prise, respect du refus, adaptation de la texture	P. 2 · 5
Cpt 6	Communiquer : expliquer sans dépasser son rôle, orienter la famille vers l'IDE	P. 2

CE QUE DIT LE TEXTE

Le **référentiel de formation** de l'aide-soignant (arrêté du 10 juin 2021, **annexe III**) inscrit noir sur blanc au **Module 4**, rubrique « Notions de pharmacologie » :

« Les principales **classes médicamenteuses**, concept d'**iatrogénie**, modes d'administration des médicaments et conséquences de la prise sur l'organisme [...] Prise ou **aide à la prise de médicaments sous forme non injectable** ; Lavage oculaire et instillation de collyre ; Application de crème et de pommade ; Pose de suppositoire. »

Le même module précise, dans ses recommandations pédagogiques, que « le rôle et la responsabilité de l'aide-soignant dans l'aide à la prise des médicaments sont traités **en lien avec la responsabilité de l'infirmier** ».

Une nuance d'honnêteté : le texte dit « les **principales** classes médicamenteuses » **sans en dresser la liste**. Les 12 classes de ce tome sont un choix pédagogique fondé sur la pratique en EHPAD et en SSR — pas une énumération officielle. Ne les présentez pas comme telles en jury.

FAIS LE LIEN — POURQUOI CETTE CITATION VAUT DE L'OR EN JURY

Beaucoup de candidats croient que la pharmaco « n'est pas au programme AS ».

Elle y est. Explicitement. Le savoir, et pouvoir le dire, vous place immédiatement au-dessus du lot.

Mieux : la formulation officielle — « **en lien avec la responsabilité de l'infirmier** » — dit exactement ce que ce tome vous a appris. Votre compétence pharmacologique n'est pas autonome : elle s'exerce **dans une relation de collaboration**. Comprendre ça, c'est comprendre votre métier.

6.2 Trois situations de travail à écrire

Vous cherchez de la matière pour votre livret 2 ? Ces trois-là cochent beaucoup de compétences à la fois.

1 • L'effet indésirable repéré

Cpt 3 · 2 · 10 · 11

Un résident sous IEC qui tousse. Une dame sous anticoagulant avec une ecchymose. Un monsieur confus depuis qu'on a introduit une benzodiazépine.

La chaîne à écrire : j'observe → je date → je relie au traitement → j'alerte l'IDE → je trace → je réévalue.

Ce qui fait la différence : la **chronologie**. « Depuis quand ? » et « qu'est-ce qui a changé avant ? »

2 • La limite tenue

Cpt 11 · 2

On vous demande d'écraser un comprimé, de faire une injection, de préparer un pilulier — et vous refusez en expliquant pourquoi, puis vous proposez la solution dans votre champ.

Pourquoi c'est fort : le jury cherche des professionnels qui **savent où s'arrête leur rôle**. Une situation où vous dites « non, mais voilà ce que je peux faire » vaut mieux que dix gestes techniques.

3 • La surveillance organisée

Cpt 3 · 4 · 1

Vous lisez la feuille de traitement d'un nouveau résident et vous en **déduisez vos points de surveillance** : - olol → le pouls · -xaban → la peau · benzodiazépine → le lever de nuit.

Pourquoi c'est fort : ça montre que vous **anticipez** au lieu de subir. C'est la marque d'un professionnel expérimenté.

MÉMO
LA PHRASE QUI STRUCTURE TOUTES VOS SITUATIONS

« **J'observe · j'analyse · j'agis dans mon champ · je transmets · je réévalue.** »

Cinq temps. Si l'un manque, la situation ne prouve rien. Si les cinq y sont, le jury coche.

C'est la même chaîne que dans le Tome 1. Logique : **c'est la structure de votre métier**, quel que soit le sujet.

6.3 Le vocabulaire à ne pas confondre en jury

NE DITES PAS	DITES	POURQUOI
« Je donne les médicaments »	« J'aide à la prise de médicaments non injectables, préparés par l'IDE, sous protocole »	Le premier laisse penser que vous administrez
« L'infirmière m'a délégué »	« J'interviens en collaboration avec l'IDE, sous sa responsabilité »	La délégation n'existe pas dans le texte
« Elle fait une infection urinaire »	« Urines troubles et malodorantes, confusion nouvelle, T° 38,4 °C. IDE prévenue »	Le premier est un diagnostic : hors champ
« Je surveille les effets secondaires »	« Je surveille les effets indésirables »	« Indésirable » est le terme professionnel
« Je lui ai donné son Doliprane »	« J'ai aidé à la prise de son paracétamol »	La DCI est le langage professionnel ; la marque est du marketing

FAIS LE LIEN — LE MOT JUSTE VAUT TROIS PARAGRAPHES

Relisez la colonne de droite. Chaque reformulation est plus longue — et pourtant elle prouve **plus vite**.

« J'aide à la prise de médicaments non injectables, préparés par l'IDE, sous protocole » : en une phrase, vous démontrez que vous connaissez la **nature de l'acte**, la **chaîne de responsabilité** et votre **cadre**. Un jury n'a pas besoin de vous poser trois questions de plus.

C'est ça, la valeur du vocabulaire : de la preuve condensée.

CAS CONCRET · ATELIER D'ÉCRITURE · LIVRET 2**Ce que le jury lit vraiment**

Deux candidats. La même situation vécue. L'un sera validé sur cette compétence, l'autre non. Cherchez la différence avant de lire l'analyse.

VERSION A — CE QUE 80 % DES CANDIDATS ÉCRIVENT

« Un jour, une résidente que je connais bien allait moins bien. Elle était fatiguée et pas dans son assiette. J'ai vu qu'elle avait des bleus sur les bras alors je me suis inquiétée car je savais qu'elle prenait des anticoagulants. J'ai tout de suite prévenu l'infirmière qui a fait le nécessaire. Le médecin est passé et a adapté son traitement. Cela montre que je suis attentive à mes résidents et que je sais alerter quand il faut. »

VERSION B — LA MÊME JOURNÉE, ÉCRITE POUR UN JURY

Contexte — Mme L., 84 ans, EHPAD, sous **apixaban** (anticoagulant oral direct) pour une fibrillation auriculaire. Autonome pour la toilette avec supervision. Je la connais depuis deux ans.

Ce que j'ai observé — Le 14 mars, lors de la toilette de 9 h, j'ai constaté **trois ecchymoses** à la face antérieure des deux avant-bras, dont une d'environ 6 cm, **sans traumatisme rapporté ni chute tracée**. Elle m'a dit : « *je me cogne partout en ce moment* ». J'ai aussi noté un **saignement gingival** lors du soin de bouche, qui n'existait pas la semaine précédente. Teint pâle. Constantes : TA 124/76, FC 84 bpm, T° 36,7 °C.

Ce que j'en ai compris — Sous anticoagulant, l'apparition d'ecchymoses **sans choc** et d'un saignement gingival nouveau sont des **signes de saignement**. Je ne peux pas les interpréter — c'est hors de mon champ — mais je sais qu'ils justifient une évaluation infirmière sans délai. J'ai également relevé au dossier qu'aucune chute n'avait été signalée, ce qui rendait ces marques d'autant plus significatives.

Ce que j'ai fait — J'ai poursuivi la toilette avec des gestes doux, en évitant tout frottement sur les zones concernées. J'ai **mesuré** l'ecchymose la plus étendue et **photographié** selon le protocole de l'établissement. J'ai **alerté l'IDE à 9 h 25** en lui rapportant les trois éléments : ecchymoses sans traumatisme, saignement gingival nouveau, pâleur. Je suis restée vigilante sur les urines et les selles du jour.

Le résultat — L'IDE a transmis au médecin traitant le jour même. Bilan sanguin prescrit. Traitement réévalué. Les ecchymoses ont été tracées et suivies dans le dossier. À J+15, plus de nouvelle ecchymose.

Ce que j'en retire — Sur les anticoagulants, la classe la plus impliquée dans les accidents iatrogènes, la peau est le premier signal. Et cette peau, personne ne la voit en entier **sauf nous**, à la toilette. Depuis, je regarde systématiquement les avant-bras et les gencives des résidents sous anticoagulant.

1

POURQUOI LA VERSION A NE PROUVE RIEN

Elle n'est **pas fausse**. Elle est **invérifiable**.

- « allait moins bien », « pas dans son assiette » → aucune donnée
- « des bleus » → combien ? où ? quelle taille ? depuis quand ?
- « je me suis inquiétée » → une émotion, pas une observation
- « l'infirmière a fait le nécessaire » → on ne sait pas quoi
- « cela montre que je suis attentive » → c'est au jury de le conclure, pas à vous de l'affirmer

Le jury lit ça et se dit : « elle a peut-être fait tout ça. Ou pas. Je n'ai aucun moyen de le savoir. »

2 CE QUE LA VERSION B FAIT DE PLUS

Elle **date** (le 14 mars, 9 h, 9 h 25). Elle **chiffre** (trois ecchymoses, 6 cm, constantes). Elle **nomme** (apixaban, AOD, ecchymoses, saignement gingival). Elle **cite** la résidente. Elle **compare** (« qui n'existait pas la semaine précédente »). Elle décrit une **action dans le champ AS** (gestes doux, mesure, photo selon protocole). Elle **marque la limite** (« je ne peux pas les interpréter — c'est hors de mon champ »). Elle **trace l'alerte**. Elle donne le **résultat**. Et elle finit par un **apprentissage**.

Surtout : elle ne dit **jamais** « je suis attentive ». **Elle le démontre**.

3 LA STRUCTURE À COPIER

Six blocs, toujours les mêmes :

1. **Contexte** — qui, où, quel traitement, depuis quand je la connais
2. **Ce que j'ai observé** — daté, chiffré, cité
3. **Ce que j'en ai compris** — le raisonnement, **et la limite de mon rôle**
4. **Ce que j'ai fait** — les actes, l'alerte horodatée
5. **Le résultat** — ce que ça a donné
6. **Ce que j'en retire** — ce que j'ai changé dans ma pratique

Le bloc 3 est celui que tout le monde saute. C'est pourtant le seul qui prouve que vous **comprenez** au lieu d'exécuter.

4 LE TEST DES 5 QUESTIONS

Passez chacune de vos situations à ce filtre :

1. Y a-t-il une **date** et une **heure** ?
2. Y a-t-il au moins **trois chiffres** ?
3. Ai-je écrit **pourquoi** c'était important, et pas seulement ce que j'ai fait ?
4. Ai-je dit **où s'arrête mon rôle** ?
5. Ai-je écrit le **résultat** ?

Cinq oui = le jury coche. Un non = il doute.

5 CE QUE LA VERSION B FAIT COCHER

Cpt 3 évaluer l'état clinique (observation datée, chiffrée, comparée) · **Cpt 2** identifier une situation à risque (signes de saignement sous AOD) · **Cpt 4** adapter le soin (gestes doux, éviction des frottements) · **Cpt 10** transmettre et tracer (alerte horodatée, photo protocolaire) · **Cpt 11** connaître ses limites et coopérer.

Cinq compétences. Une toilette. Vingt-cinq minutes.

Compétences démontrées : **Cpt 2** **Cpt 3** **Cpt 4** **Cpt 10** **Cpt 11** — la même situation, version A : aucune.

FAIS LE LIEN — L'ÉCART N'EST PAS DANS L'EXPÉRIENCE

Les deux candidates ont vécu exactement la même journée.

La différence ne tient ni à l'ancienneté, ni au talent, ni à la chance. Elle tient à **la façon d'écrire** — c'est-à-dire à ce que ce tome et le Tome 1 vous ont donné : les **mots** pour nommer, les **chiffres** pour prouver, et la **conscience du cadre** pour marquer la limite.

Vous avez déjà vécu votre version B. **Il vous reste à l'écrire.**

QUIZ FLASH · PARTIE 6

Validez avant le grand quiz

PARTIE 7 · VALIDATION

Le quiz des 30 questions

Répondez sans regarder le livret, puis vérifiez avec le corrigé commenté.
Objectif : **24/30**.

5 séries

Les noms · le cadre · les classes · l'iatrogénie · la sécurité.

Corrigé commenté

Pas seulement la réponse : le raisonnement et le mnémo.

Votre score

24/30 = vous êtes prêt·e. En dessous, on vous dit quoi reprendre.

A Décoder les noms

- Q1. Que signifie le suffixe *-olol* ? Que surveillez-vous ?
- Q2. Quelle est la différence entre une DCI et un nom commercial ? Lequel porte la classe ?
- Q3. Un résident sous *ramipril* tousse sèchement depuis trois semaines. Que faites-vous ?
- Q4. Citez les trois terminaisons des anticoagulants. Quelle surveillance commune ?
- Q5. Que veulent dire LP, GR et SL ? Quelle règle commune ?
- Q6. *-prazole* : quelle classe, et quel est le vrai sujet de vigilance ?

B Le cadre légal

- Q7. Citez les 4 conditions de l'aide à la prise (art. L.313-26 CASF).
- Q8. Depuis fin juin 2026, dans quel article du CSP figure la collaboration IDE/AS ? Et où trouve-t-on désormais « l'aide à la prise des médicaments sous forme non injectable » ?
- Q9. « Collaboration » ou « délégation » : quel est le mot du texte ? Pourquoi est-ce important ?
- Q10. Pouvez-vous préparer un pilulier ? Et un AES peut-il aider à la prise ?
- Q11. Citez trois actes que vous pouvez faire, et trois que vous ne pouvez pas.
- Q12. Qui prescrit, qui dispense, qui prépare, qui administre, qui aide et surveille ?

C Les classes

- Q13. Quel signe précède toujours la dépression respiratoire sous morphinique ?
- Q14. Citez les trois effets constants des morphiniques.
- Q15. Comment se manifeste une hypoglycémie chez la personne âgée ?

Q16. Citez quatre signes de saignement sous anticoagulant.

Q17. Un résident sous anticoagulant chute et se cogne la tête, mais « il va bien ». Conduite ?

Q18. Pourquoi ne donne-t-on pas un diurétique le soir ?

Q19. Qu'est-ce qu'une réaction paradoxale aux benzodiazépines ? Pourquoi est-ce piégeux ?

Q20. Pourquoi l'horaire est-il critique chez un parkinsonien ?

Q21. Quel est le piège des corticoïdes en gériatrie ?

Q22. Un résident a une diarrhée sous antibiotique. Anodin ?

D L'iatrogénie

Q23. Définissez l'iatrogénie médicamenteuse.

Q24. À partir de combien de médicaments parle-t-on de polymédication ?

Q25. Qu'est-ce qu'une cascade médicamenteuse ? Donnez un exemple.

Q26. Pourquoi un traitement supporté dix ans peut-il devenir toxique à 85 ans ?

Q27. Quelle classe représente à elle seule près d'un tiers des accidents iatrogènes ?

E La sécurité

Q28. Citez les 5 B.

Q29. Une erreur médicamenteuse est-elle une faute ? Justifiez.

Q30. On vous demande d'écraser un comprimé marqué LP « pour dépanner ». Que faites-vous et que dites-vous ?

30

CORRIGÉ COMMENTÉ

Vérifiez vos réponses

1 point par question. Comptez 0,5 si votre réponse est partielle.

24 – 30

Vous êtes prêt·e. Passez à la rédaction de vos situations de travail.

18 – 23

Bonne base. Reprenez les Parties 3 et 4 en priorité.

Moins de 18

Reprenez depuis la Partie 1. Les suffixes déverrouillent tout le reste.

A Décoder les noms

R1. Bêta-bloquant (bisoprolol, aténolol). Il **ralentit le cœur** → je surveille le **pouls** et j'alerte en cas de bradycardie (< 60 bpm).

R2. La **DCI** (Dénomination Commune Internationale) est le nom scientifique, identique partout, en minuscule — *paracétamol*. Le **nom commercial** est la marque du laboratoire — *Doliprane®*. **C'est la DCI qui porte le suffixe, donc la classe, donc la surveillance.**

R3. Je le **transmets**. **-pril** = IEC, et la **toux sèche** est son effet indésirable signature. Je ne conclus pas — mais sans cette information, on risque de prescrire un sirop et de démarrer une **cascade**.

R4. -parine · -xaban · -gatran. Surveillance commune : **le saignement**. Et le quatrième larron sans suffixe : les **AVK** (Previscan®, Coumadine®), qui nécessitent en plus un **INR** régulier et un carnet de suivi.

R5. Libération **Prolongée · Gastro-Résistant · SubLingual**. Règle commune : **on n'écrase jamais**. Et l'AS ne décide jamais seul — la difficulté de déglutition se signale à l'IDE.

R6. IPP (protecteur d'estomac). Le vrai sujet : ils sont **souvent prescrits trop longtemps**, parfois des années. Effets au long cours : fractures, carence en B12, hypomagnésémie, infections digestives.

B Le cadre légal

R7. P.A.S.P. — **P**rescription d'un médecin · **A**utonomie insuffisante de la personne · **S**implicité du mode de prise · **P**as d'auxiliaire médical exigé par la prescription. Elles sont **cumulatives**. Le protocole écrit est la condition de mise en œuvre.

R8. La collaboration figure à l'article **R. 4311-5** du CSP (décret n° 2025-1306, en vigueur depuis **fin juin 2026** — avant, c'était R. 4311-4). L'aide à la prise ne figure **plus dans le code** : elle est dans l'**arrêté du 26 juin 2026, article 2**. Le code renvoie désormais à une **liste fixée par arrêté**.

R9. Le texte dit **collaboration**. Ce n'est pas un détail : la délégation transférerait la responsabilité, la collaboration **non**. L'IDE reste responsable de l'acte et de votre encadrement, **et vous restez personnellement responsable de vos fautes**. « L'infirmière m'a dit de le faire » ne vous exonère de rien.

R10. Non aux deux. La préparation relève de l'**IDE ou du pharmacien** ; vous intervenez sur des doses déjà préparées. Et depuis fin juin 2026, l'**AES est exclu de l'aide à la prise** : il ne peut que **vérifier** la prise. L'aide à la prise est réservée aux **AS et auxiliaires de puériculture**.

R11. Je peux : aider à la prise de formes non injectables préparées · instiller un collyre · appliquer une crème · poser un suppositoire · vérifier la prise · observer et transmettre.

Je ne peux pas : injecter · préparer un pilulier · adapter une dose · décider seul d'écraser · donner un médicament apporté par la famille · réaliser un acte **absent de la liste de l'arrêté**.

R12. Le **médecin** prescrit · le **pharmacien** dispense · l'**IDE** prépare et administre · l'**AS** aide à la prise et surveille. Quatre métiers, quatre verbes, dans l'ordre.

C Les classes

R13. La somnolence. Elle précède **toujours** la dépression respiratoire — c'est votre fenêtre d'alerte. Somnolence inhabituelle sous morphinique → je compte la **FR** et j'alerte. $FR < 8/min$ + trouble de conscience = urgence vitale.

R14. S.C.N. — Somnolence · Constipation · Nausées. La constipation est **systématique** et ne s'atténue jamais : un morphinique sans laxatif prescrit prépare une occlusion.

R15. Par de la **confusion, de l'agitation, une désorientation, une instabilité, une chute** — et non par les signes classiques (faim, sueurs, tremblements), souvent absents. **Toute confusion nouvelle chez un diabétique = hypoglycémie jusqu'à preuve du contraire.**

R16. Parmi : gencives qui saignent · ecchymoses inhabituelles · saignement de nez qui ne s'arrête pas · urines rosées · selles noires · fatigue + pâleur (saignement interne).

R17. Transmission immédiate. Un saignement intracrânien peut se déclarer **des heures après**, sans signe initial. Toute chute avec choc à la tête sous anticoagulant est une alerte, même en l'absence de symptôme.

R18. Parce qu'il fait uriner : **levers nocturnes = risque de chute**. Si vous voyez un diurétique programmé le soir, signalez-le.

R19. Le calmant produit l'**effet inverse** : agitation au lieu de sédation. Fréquent chez la personne âgée. **Le piège** : on croit que la dose est insuffisante et on l'augmente — on aggrave. Votre rôle : transmettre la **chronologie** (« agitation apparue 1 h après la prise »).

R20. Parce que **l'heure est le traitement**. Un décalage de 30 minutes peut bloquer le résident (phases « on/off »). Si l'organisation ne permet pas de tenir les horaires, ce n'est pas un détail d'organisation : c'est un problème de soin, et il se signale.

R21. Ils **masquent l'infection** : pas de fièvre, pas de douleur franche, alors que l'infection progresse. Tout signe même discret se signale. Aussi : peau fragile (attention aux mobilisations), glycémie qui monte.

R22. Non. La diarrhée touche 5 à 25 % des patients sous antibiotique, et chez la personne âgée le risque de **Clostridioides difficile** est réel. Toute diarrhée sous antibiotique se signale et impose des précautions d'hygiène renforcées.

D L'iatrogénie

R23. Les **effets indésirables causés par les médicaments eux-mêmes** — les dommages produits par ce qui est censé soigner. Ni faute, ni négligence : une conséquence prévisible du fait de traiter des personnes âgées et fragiles.

R24. 5 médicaments ou plus par jour (seuil usuel IRDES). **10 ou plus** : polymédication excessive.

R25. Un effet indésirable est **pris pour une nouvelle maladie** et traité par un nouveau médicament, qui produit à son tour des effets. Exemple : IEC → toux sèche → sirop antitussif → somnolence et constipation → chute et fécalome → nouveaux médicaments.

R26. Parce que **le corps a changé, pas l'ordonnance**. Le rein filtre moins, le foie transforme moins : le médicament **s'accumule**. Même dose, effet croissant.

R27. Les **anticoagulants** — près d'un tiers des accidents iatrogènes (ANSM 2014). Et c'est vous qui voyez les ecchymoses à la toilette.

E La sécurité

R28. Bon patient · Bon médicament · Bonne dose · Bonne voie · Bon moment.

R29. Non. La définition parle d'un acte **non intentionnel**. La démarche de signalement est **non punitive** : elle vise à corriger l'organisation (charge de travail, urgence, sous-effectif), pas à punir. Une erreur cachée se répétera ; signalée, elle protège les suivants.

R30. Je **refuse**, j'**explique**, je **propose**, je **trace**. Par exemple : « *Je ne peux pas l'écraser, c'est marqué LP — broyé, il libère toute la dose de la journée d'un coup. Je préviens l'IDE. En attendant, je note que le traitement n'a pas été pris.* » Un refus, une raison, une solution, une trace.

MÉMO**VOTRE SCORE****24 – 30 : vous êtes prêt·e.**

Votre niveau pharmacologique dépasse déjà celui attendu d'un AS. Passez à l'écriture de vos situations de travail — c'est là que tout se joue.

18 – 23 : bonne base. Reprenez les Parties 3 et 4 : les classes et l'iatrogénie sont le cœur du sujet.

Moins de 18 : reprenez depuis la Partie 1. Les suffixes déverrouillent tout le reste — sans eux, chaque médicament reste un mot à mémoriser.

LE MOT DE LA FIN**Vous ne prescrivez pas. Vous n'administrez pas. Mais vous voyez tout.**

C'est la phrase par laquelle ce tome a commencé, et vous savez maintenant pourquoi elle est vraie.

Le médecin voit une consultation. L'IDE voit un soin. **Vous voyez une vie quotidienne** — et c'est dans le quotidien que les médicaments montrent ce qu'ils font vraiment.

Ce regard-là ne s'automatise pas, ne se délègue pas, ne se remplace pas. **C'est votre métier. Maintenant, vous avez les mots pour le dire.**



ORACLE

VAE DEAS

Au cœur du soin · Au service du diplôme

Vous savez quoi surveiller. Et si on le mettait dans votre dossier ?

Repérer un effet indésirable est une compétence. **Savoir l'écrire pour un jury en est une autre** — et c'est celle qui décroche le diplôme.

C'est exactement ce que nous faisons ensemble chez ORACLE : transformer votre expérience de terrain en un dossier de validation solide, et vous préparer à l'entretien.

Livret 2 structuré

Vos situations de travail analysées et rédigées au niveau attendu par le jury.

Alignement référentiel

Chaque compétence des 5 blocs couverte, démontrée, rien laissé au hasard.

Préparation au jury

Entraînement à l'oral et anticipation des questions qui déstabilisent.

PARLONS DE VOTRE PROJET

oracle-vae-as.fr

Retrouvez nos accompagnements, nos ressources gratuites et notre formulaire de contact.

Par email : stephane@oracle-vae-as.fr

ORACLE — Accompagnement VAE DEAS · Tome 2 · Ce livret est offert à titre pédagogique et peut être partagé librement, sans modification. Références : art. L. 313-26 CASF · art. R. 4311-5 CSP (décret n° 2025-1306 du 24 décembre 2025) · arrêté du 26 juin 2026 fixant la liste des actes et soins · arrêté du 10 juin 2021 relatif au DEAS, annexe III · ANSM · HAS · IRDES · ameli.fr · OMEDIT régionaux. Droit vérifié sur Légifrance, en vigueur au 17 juillet 2026.

Support de révision, sans posologie ni conduite thérapeutique. En situation professionnelle, référez-vous aux protocoles de votre établissement, aux prescriptions médicales et à l'IDE. Le droit évolue : revérifiez sur Légifrance si vous lisez ce livret bien après sa parution.