

Programme national progress ! La sécurité de la médication en EMS

Résultats du sondage en ligne Rapport de données

Janvier 2018

Andrea Niederhauser, MPH

Lea Brühwiler, MSc. Pharm. Wiss.

Dr. med. Liat Fishman

Prof. Dr. David Schwappach, MPH



Contenu

1.	Contexte	3
2.	Méthode	3
2.1.	Questionnaire	3
2.2.	Collecte des données	4
2.3.	Analyse.....	4
3.	Résultats	5
3.1.	Échantillon.....	5
3.2.	A l'entrée d'un résident.....	8
3.3.	Vérification de la médication.....	13
3.4.	Polymédication et médicaments potentiellement inappropriés (MPI).....	19
3.5.	Surveillance des effets secondaires	24
3.6.	Erreurs médicamenteuses et événements médicamenteux indésirables	30
3.7.	Suivi médical	32
3.8.	Suivi pharmaceutique	34
4.	Résumé et conclusion	37
5.	Références bibliographiques	41

Remerciements :

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes ayant participé à ce sondage.

Remarque :

L'impression et la duplication du présent texte, ainsi que de l'utilisation intégrale ou partielle de graphiques et d'extraits de textes sont autorisées à des fins internes – toutefois l'obligation de mentionner les droits d'auteur de Sécurité des patients Suisse reste applicable. Toute publication externe est soumise à l'approbation écrite explicite de Sécurité des patients Suisse. En cas de transmission à des tiers, le copyright et l'obligation de l'indication des droits d'auteur doivent être mentionnés.



1. Contexte

Parmi les personnes âgées résidant dans l'un des quelque 1600 établissements médico-sociaux de Suisse, un grand nombre prend tous les jours plusieurs médicaments. Une analyse de données d'assurances a révélé que les résidents d'EMS, âgés de plus de 65 ans, consomment en moyenne 9,3 médicaments par jour (1). La prise simultanée de plusieurs médicaments est souvent nécessaire en raison de la polymorbidité croissante liée à l'âge. Et pourtant, plus le nombre de médicaments ingérés augmente, plus le risque d'effets secondaires (événements indésirables médicamenteux) est grand (2). Les symptômes liés à ces effets secondaires sont souvent confondus avec ceux de maladies existantes, ce qui peut entraîner de nouvelles mesures thérapeutiques et donc davantage encore de médicaments (3). En outre, certains médicaments sont considérés comme inappropriés pour les personnes âgées, parce qu'ils peuvent occasionner des effets secondaires importants au vu des changements que subit leur métabolisme. Il convient de renoncer autant que possible à ces médicaments ou de trouver une alternative mieux supportée (4). Plus le nombre de médicaments augmente, plus le risque est grand que l'un d'entre eux soit inapproprié (5). La diminution de la polymédication et l'utilisation sûre des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les patients âgés est par conséquent un volet important de la sécurité des patients. La vérification régulière de l'adéquation et de la sécurité des médicaments prescrits aux résidents, ainsi que la surveillance des effets secondaires, sont des étapes essentielles du processus de médication.

Par son programme « progress ! La sécurité de la médication en EMS », la fondation Sécurité des patients Suisse souhaite contribuer à améliorer la sécurité de la médication des résidentes et résidents d'EMS. Le programme est largement financé par l'Office fédéral de la santé publique dans le cadre de la stratégie en matière de qualité dans le système de santé suisse. Le programme comprend un projet de base (2017-2018) et un projet d'approfondissement (2018-2020). L'objectif du projet de base est d'une part d'établir un aperçu de la thématique en Suisse et de sensibiliser les professionnels, les résidents et leurs proches, mais aussi de trouver des stratégies prometteuses de diminution de la polymédication et d'utilisation sûre des MPI et de fournir aux acteurs concernés des recommandations et des moyens concrets. Le projet d'approfondissement qui suivra doit permettre d'évaluer à l'aide de quelques établissements l'efficacité des recommandations issues du projet de base et d'identifier les conditions d'une mise en œuvre efficace.

Afin de comprendre le contexte spécifique aux établissements médico-sociaux et de générer une base de données solide en vue des prochaines étapes de travail, un sondage a tout d'abord été réalisé auprès de tous les EMS de Suisse. Il a pour objectif d'établir une synthèse des procédés actuels de vérification des listes de médicaments et de surveillance des effets secondaires, et de comprendre comment la collaboration interprofessionnelle est organisée et quels sont les défis à relever du point de vue des prestations de soins au sein des EMS. L'enquête constitue un fondement important pour l'élaboration de recommandations adaptées à l'hétérogénéité qui caractérise les établissements de soins en Suisse.

2. Méthode

2.1. Questionnaire

Le questionnaire standardisé a été conçu par l'équipe de projet dans le cadre d'un processus itératif, sur la base des enseignements tirés de sondages comparables et en tenant compte de l'avis d'un groupe d'accompagnement composé de spécialistes interdisciplinaires. Comme l'équipe chargée du programme est constituée de personnes germanophones et francophones, le questionnaire a été rédigé directement dans les deux langues et traduit ensuite en italien. La traduction a été vérifiée par des spécialistes italo-phones. La version en ligne du questionnaire a été programmée au moyen du logiciel d'enquêtes EFS Survey (Unipark, QuestBack GmbH, Cologne). Le questionnaire a été soumis pour les trois langues à un pré-test auprès de 21 professionnels travaillant dans des EMS en Suisse, afin de déceler d'éventuelles difficultés



pour remplir le questionnaire, de vérifier que les questions sont facilement compréhensibles et d'en tester la fonctionnalité. Le questionnaire a alors été révisé en tenant compte des différents commentaires recueillis.

Le questionnaire final comprend 56 questions fermées et ouvertes, subdivisées en sept parties. Les quatre premières parties sont axées sur les pratiques actuelles au sein de l'institution en matière de recueil d'informations sur les médicaments des nouveaux arrivants ou des résidents réadmis en EMS, sur la vérification des médicaments prescrits, sur la manière de gérer la polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés, ainsi que sur la surveillance des effets secondaires. La cinquième partie du questionnaire porte sur l'apparition d'événements indésirables médicamenteux ainsi que sur les mesures déjà en place de prévention et d'analyse des erreurs de médication. La partie numéro six comprend des questions relatives aux spécificités de l'institution et à l'organisation du suivi médical et pharmaceutique des résidents. La dernière partie recueille les données personnelles des participants au sondage.

2.2. Collecte des données

Le questionnaire s'adresse à toutes les directions de soins (DS) des établissements médico-sociaux de Suisse. La population de base a été définie d'après les 26 listes cantonales d'EMS disponibles au mois de juin 2017. Ont été exclues les institutions comptant moins de 10 lits agréés, ainsi que les établissements désignés sur les listes comme « appartements médicalisés ». Lorsque les indications concernant l'adresse, le nombre de lits ou le type de l'institution étaient manifestement peu claires, les données correctes ont été recherchées sur Internet et corrigées. Pour le reste, les indications figurant sur les 26 listes cantonales n'ont pas été modifiées. Comme il n'existe à l'échelle nationale aucun répertoire d'adresses e-mail des DS, celles-ci ont été invitées par voie postale à répondre à l'enquête. Le courrier contenait un lien vers le sondage en ligne ainsi qu'un code d'accès personnel. La direction des établissements a été informée du sondage dans un courrier séparé et incitée à encourager la participation des DS à l'enquête. L'enquête a débuté le 1^{er} septembre 2017 et a duré jusqu'au 15 octobre 2017. Un courrier de rappel a été envoyé après trois semaines.

2.3. Analyse

Les résultats présentés se basent sur des évaluations descriptives. La catégorie « Pas de réponse » a été considérée comme des données manquantes et n'a pas été prise en compte dans l'évaluation. L'analyse des questions fermées a été menée au moyen du logiciel de statistiques Stata 14 (StataCorp, Texas). Les réponses aux questions ouvertes ont été catégorisées par un membre de l'équipe de projet selon un procédé inductif. Les réponses à texte libre des questions 8.3 (Dans quelles circonstances la vérification régulière a-t-elle lieu ?) et 8.4 (Y a-t-il certaines situations qui déclenchent toujours une revue systématique des médicaments ?) ont été analysées de manière groupée, car les réponses se recoupent et n'ont pu être clairement délimitées. Les questions ouvertes sur le degré de satisfaction à l'encontre des procédures existantes (questions 6.3, 11.1 et 22.1) ont également fait l'objet, après catégorisation, d'une évaluation quantitative (fréquence des affirmations). Pour augmenter encore la fiabilité de ce dépouillement, la catégorisation a été répétée par un deuxième membre de l'équipe de projet. Les divergences entre les évaluations des deux membres de l'équipe ont ensuite été discutées jusqu'à obtenir un consensus.

3. Résultats

3.1. Échantillon

Tableau 1 : population, échantillon et retours

Population totale, N	1'525
Total des participants, n	438
Abandon après la première page, n	18
Participants à l'enquête, n	420
Retours relatifs, %	27.5
Taux d'abandon, %	4.1

Tableau 2 : retours en fonction des régions linguistiques

Région linguistique	Population totale, n (%)	Échantillon, n (%)	Retours relatifs, %
Suisse alémanique	1'104 (72.4)	305 (73.7)	27.6
Suisse romande	357 (23.4)	83 (20.1)	23.2
Tessin	64 (4.2)	26 (6.3)	40.6

Question : « Dans quel canton se trouve votre établissement ? » Les régions linguistiques ont été définies comme suit :

Suisse alémanique : AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH

Suisse romande : FR, GE, JU, NE, VD, VS

Tessin : TI

Comme les données recueillies l'ont été par canton et non par commune, les cantons bilingues ont été affectés à une seule région linguistique.



Tableau 3 : données relatives à la personne

Sexe, n (%)	
Homme	101 (24.7)
Femme	308 (75.3)
Âge en années, valeur moyenne (différence standard)	49.0 (9.1)
Fonction, n (%) ¹	
Direction de soins	330 (80.3)
Infirmier chef d'unité de soins	45 (11.0)
Gestion de la qualité, développement des soins, responsable des instruments	115 (28.0)
Autre	34 (8.3)
Expérience de la fonction, n (%)	
De 0 à 2 ans	70 (17.0)
De 2-5 ans	104 (25.3)
De 5-10 ans	86 (20.9)
De 10-20 ans	111 (27.0)
Plus de 20 ans	40 (9.7)
Heures hebdomadaires de soins et de prise en charge directs, n (%)	
Moins de 10 heures	256 (64.2)
Entre 10 – 24 heures	101 (25.3)
Entre 25 – 39 heures	32 (8.0)
40 heures et plus	10 (2.5)
Langue choisie pour le questionnaire	
Allemand	312 (74.3)
Français	79 (18.8)
Italien	29 (6.9)

¹ Plusieurs réponses possibles, le pourcentage étant basé sur le nombre de cas valables n=411

Tableau 4 : données relatives à l'organisation

Forme juridique, n (%)	
Public	143 (35.9)
Reconnu d'intérêt public (avec subventions)	81 (20.4)
Privé	112 (28.1)
À but non lucratif	62 (15.6)
Taille, n (%) ¹	
Moins de 20 lits	26 (6.3)
20-50 lits	130 (31.6)
51-100 lits	169 (41.0)
Plus de 100 lits	87 (21.1)
Système de comptabilisation, n (%)	
BESA	181 (43.8)
Plaisir	58 (14.0)
RAI	174 (42.1)
Autre	-
Documentation, n (%)	
Dossiers papier uniquement	76 (18.5)
Système électronique de documentation des soins	65 (15.8)
Système électronique de prescription des médicaments et de documentation des soins	271 (65.8)
Prestations de soins principales, n (%) ²	
Soins généraux long terme	381 (92.9)
Soins relatifs à la démence	318 (77.6)
Soins palliatifs	262 (63.9)
Courts séjours	198 (48.3)
Soins gériatrio-psychiatriques	189 (46.1)
Réhabilitation / Soins aigus et de transition	75 (18.3)
Autre	16 (3.9)
Nombre d'employés en équivalents plein temps (min. - max.)	
Niveau tertiaire (Infirmiers diplômés)	0 – 64.6
Niveau secondaire (ASSC ou équivalent)	0 – 68
Personnel auxiliaire	0 – 120
Responsables qualité	0 – 10

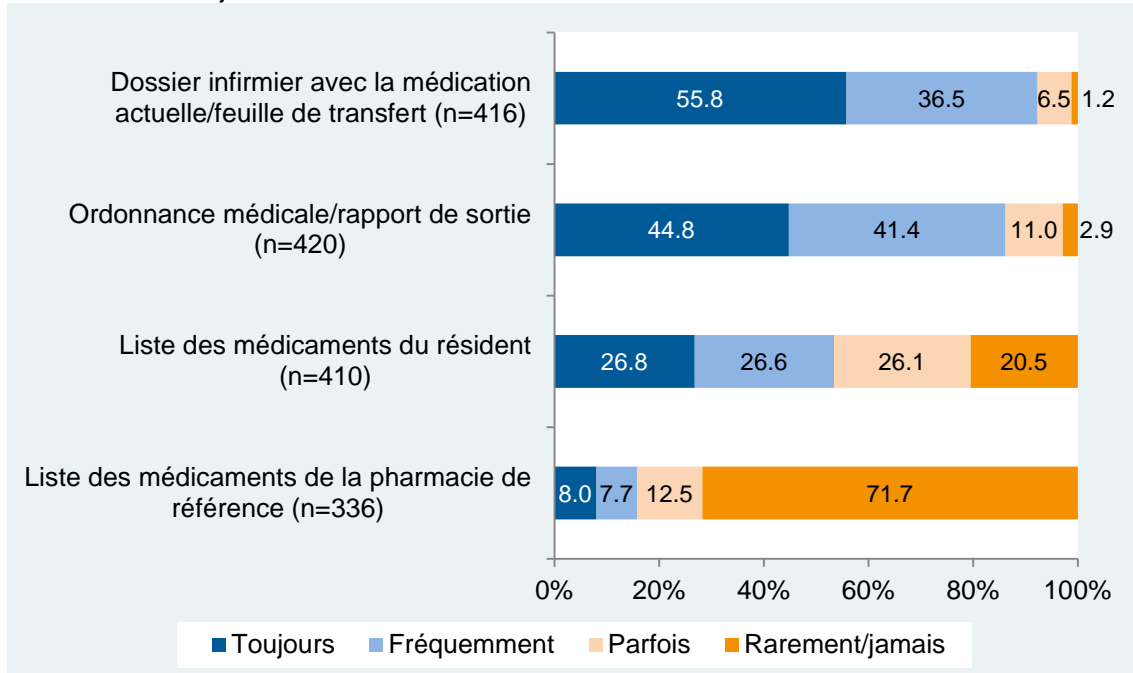
¹ Tous les EMS comptant 10 lits agréés ou plus ont été inclus

² Plusieurs réponses possibles, le pourcentage étant basé sur le nombre de cas valables n=410



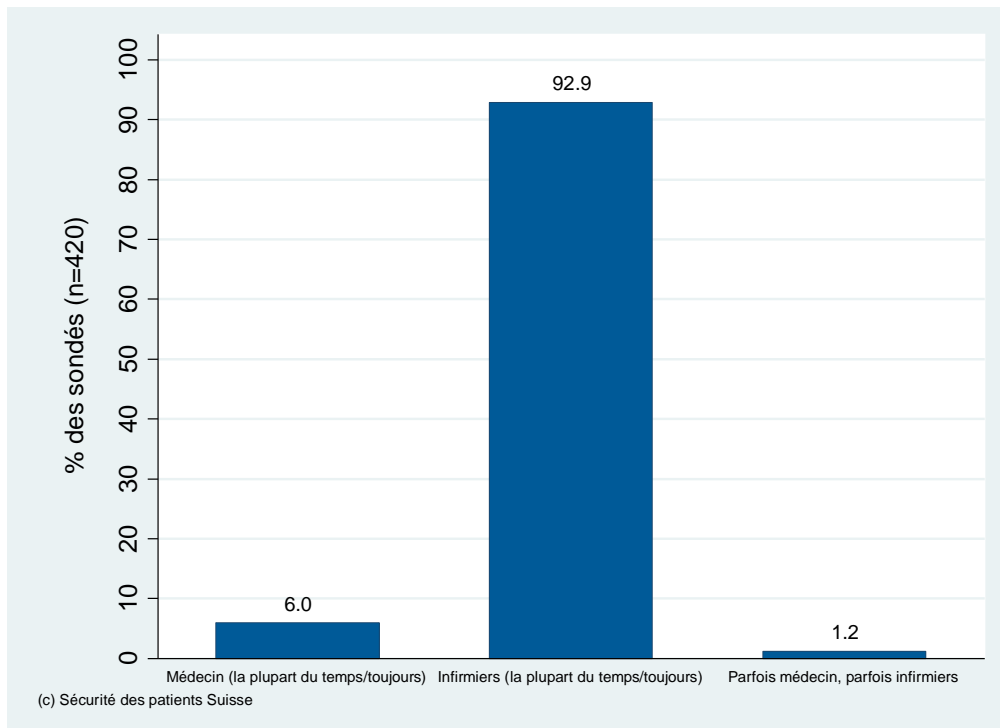
3.2. A l'entrée d'un résident

3. De quels documents disposez-vous à l'entrée d'un nouveau résident pour prendre connaissance de son traitement médicamenteux ? Merci de nous indiquer la fréquence avec laquelle vous disposez des documents suivants le jour où le résident entre :

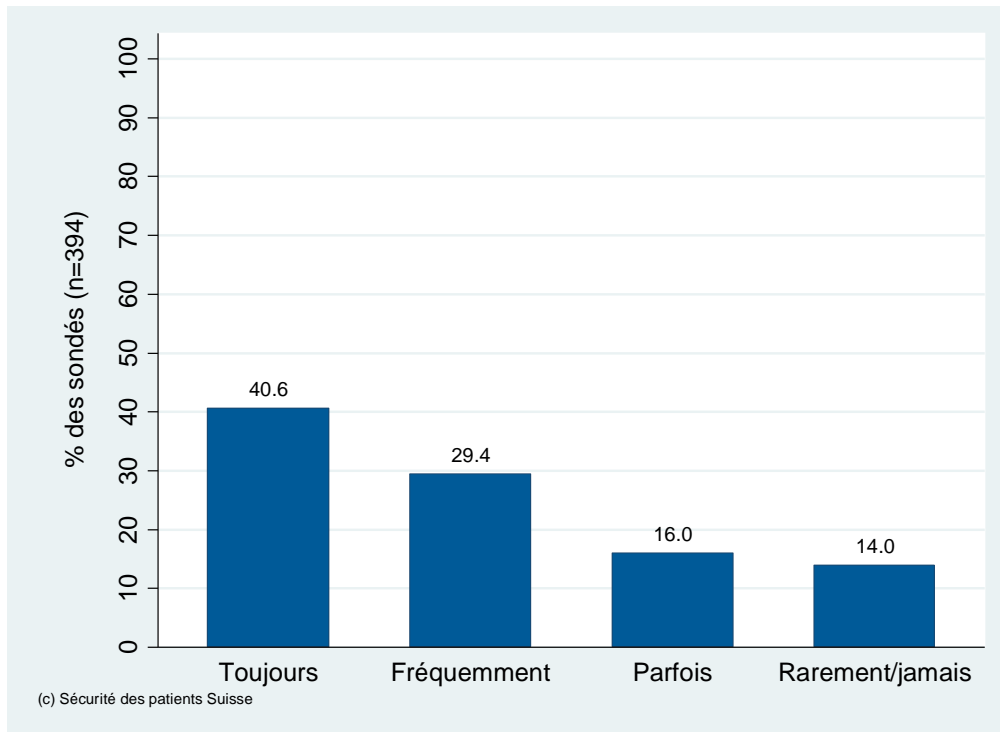


Les catégories de réponses ont été définies comme suit dans le questionnaire : **toujours** : > 90% des cas ; **souvent** : 51-90% des cas ; **parfois** : 10-50% des cas ; **rarement/jamais** : < 10% des cas

4. Lors d'une nouvelle entrée, qui reporte habituellement les médicaments dans le dossier du patient ?

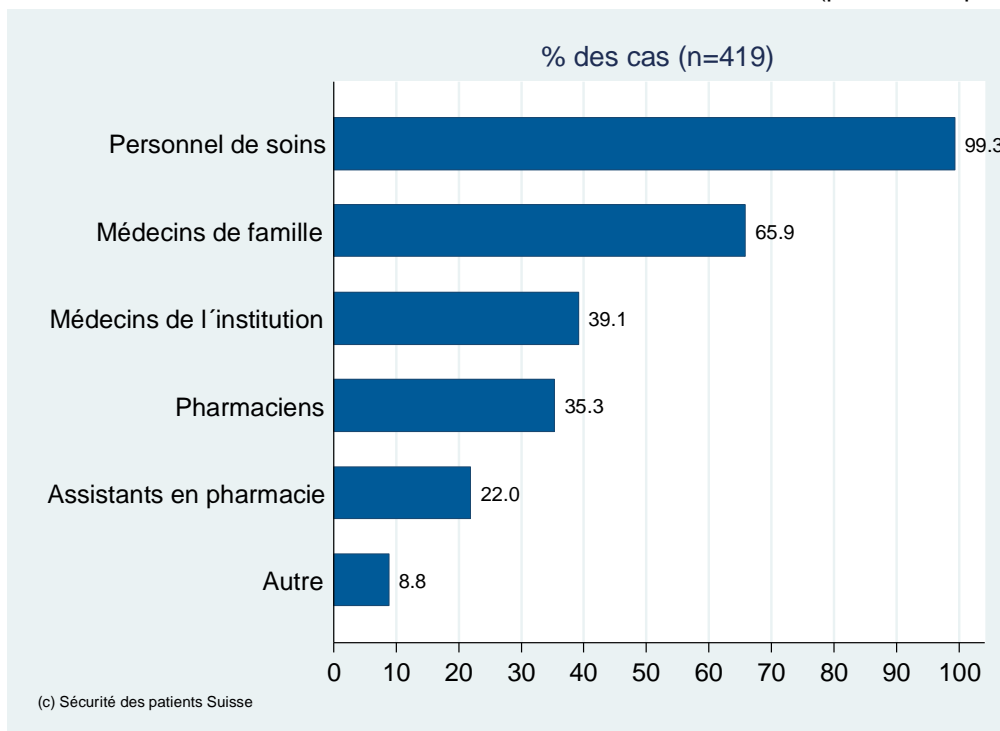


4.1 Dans les cas où la médication est reportée par les infirmiers, à quelle fréquence la liste des médicaments est-elle validée par un médecin **dans la semaine de l'entrée du résident** ?



Question filtre (filtre question 4). Les catégories de réponses ont été définies comme suit dans le questionnaire : **toujours** : > 90% des cas ; **souvent** : 51-90% des cas ; **parfois** : 10-50% des cas ; **rarement/jamais** : < 10% des cas

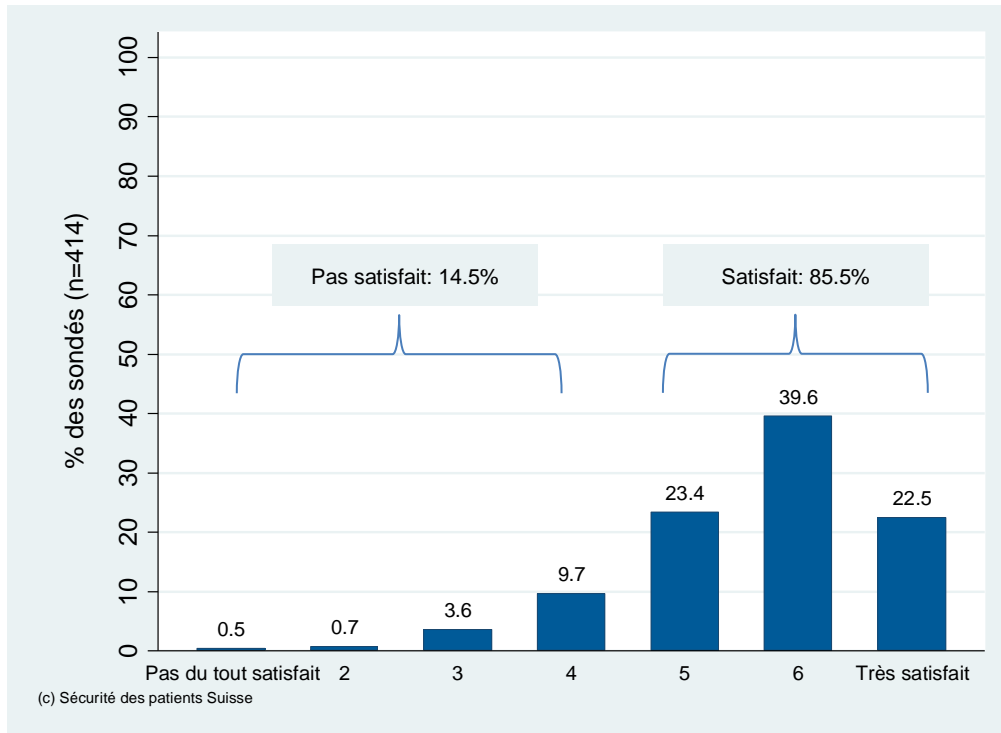
5. Qui a accès à votre documentation concernant les médicaments ? (plusieurs réponses possibles)



Cave : tous les participants ont répondu à cette question. Pour l'interprétation, il faut tenir compte du fait que toutes les institutions n'ont pas forcément des médecins salariés ou un système de collaboration avec du personnel pharmaceutique.

Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction concernant la manière dont les médicaments sont relevés :

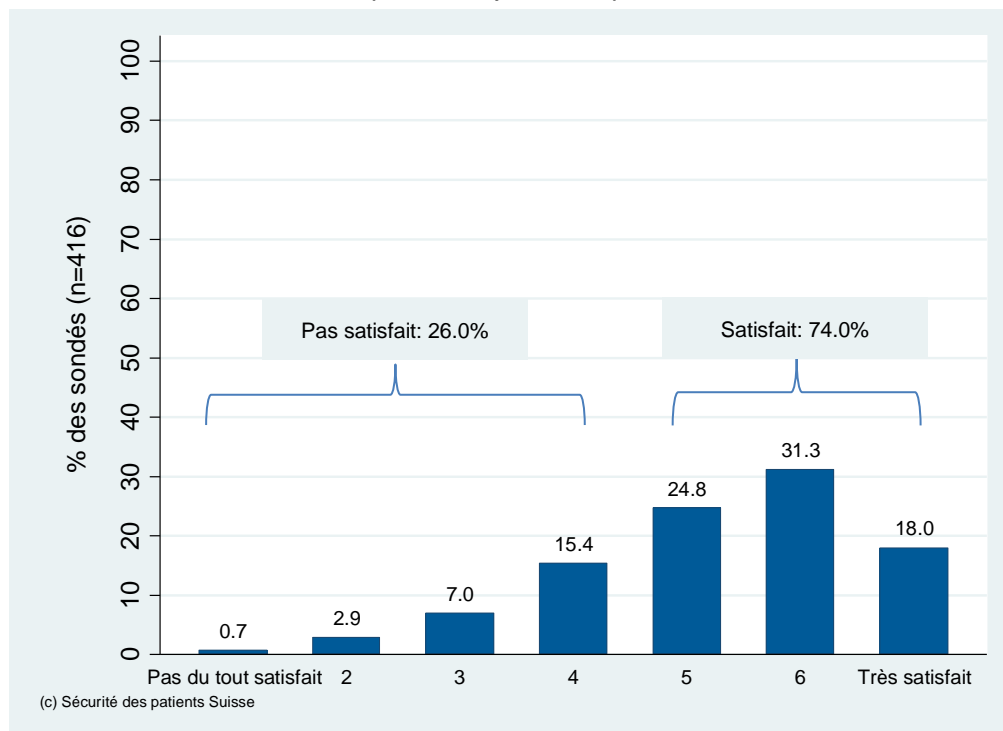
6.1 ... à l'entrée d'un nouveau résident dans votre institution ?



L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout satisfait à 7=très satisfait. La question 6.1 a obtenu la note moyenne de 5.6 (95% intervalle de confiance : 5.5; 5.7).



6.2 ... au retour d'un résident après un séjour à l'hôpital ?



L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout satisfait à 7=très satisfait. La question 6.2 a obtenu la note moyenne de 5.3 (95% intervalle de confiance : 5.1; 5.4). La moyenne pour la question 6.1 est nettement plus élevée que celle de la question 6.2 (5.6 vs 5.3, $p < 0.001$).

6.3 Qu'est-ce qui fonctionne bien, respectivement que pourrait-on encore améliorer?

230 participants (54,8%) ont répondu à cette question par un texte libre. Le tableau suivant présente une synthèse des points nommés ainsi que du nombre d'énoncés pour chaque catégorie.

Tableau 5 : réponses texte libre à la question 6.3

Qu'est-ce qui fonctionne bien ?	Nombre d'affirmations
Le report des médicaments par le service des soins fonctionne bien (ex. fiable, minutieuse, fait l'objet d'une vérification).	19
Les informations sont délivrées en temps voulu et/ou sont de bonne qualité.	15
La médication est validée par le médecin responsable.	10
Le dossier électronique existant simplifie et améliore le travail.	8
Les médicaments sont disponibles en temps voulu (sont p. ex. fournis par l'hôpital ou livrés rapidement).	7
Bonne disponibilité / collaboration de l'hôpital.	7
Bonne collaboration avec la pharmacie.	6
Bonne disponibilité / collaboration du médecin responsable.	5
Bonne qualité des informations / de la collaboration avec les services de soins à domicile.	5



Que pourrait-on améliorer ?

Affirmation concernant les réadmissions de patients provenant de l'hôpital

Il y a des divergences entre les différentes sources d'information de l'hôpital (p. ex. des ordonnances préalables, des rapports de soins, le rapport de sortie du médecin, les prescriptions à la sortie, les médicaments remis au patient).	51
La réadmission entraîne une surcharge de travail importante (p. ex. la clarification de certains points, l'acquisition de médicaments à court terme).	45
Le contenu des informations de l'hôpital n'est pas satisfaisant (p. ex. prescriptions peu claires, pas d'explications, incohérences).	43
L'information en provenance de l'hôpital ne parvient pas à temps (p. ex. seulement le jour de la réadmission).	30
La médication est fortement modifiée à l'hôpital (p. ex. substitution par des génériques).	22
La médication de sortie prescrite par l'hôpital n'est pas adéquate pour les résidents (p. ex. médicaments inutiles ou trop nombreux, médication de réserve inappropriée).	16
L'information de la part de l'hôpital est inexistante (les documents ne sont p. ex. adressés qu'au médecin de famille).	15

Affirmations concernant les admissions provenant de structures ambulatoires

Le contenu des informations n'est pas satisfaisant pour les admissions depuis le domicile (p. ex. anciennes listes de médicaments, ordonnances peu claires, le patient n'est pas au courant).	21
Au moment de l'admission, les informations sont inexistantes ou tardives.	18
L'admission depuis le domicile entraîne une surcharge de travail importante (p. ex. la clarification de certains points).	17
Il y a des divergences entre les différentes sources d'information (services de soins à domicile, listes personnelles de médicaments, indications du médecin de famille, etc.).	12

Affirmations se rapportant d'une manière générale aux admissions (ou réadmissions)

Il manque les médicaments pour les premiers jours.	23
La manière dont les informations sont transmises et traitées n'est pas optimale (p. ex. le report du papier vers le dossier, la lisibilité, la vue d'ensemble, pas d'interface entre les systèmes électroniques ou des solutions logicielles compliquées).	22
La validation des médicaments par le médecin responsable manque ou n'est pas faite en temps voulu.	20
La collaboration avec le médecin responsable est difficile (p. ex. disponibilité, respect des consignes).	8
Il manque une vérification ou une réflexion par le service de soins au moment du transfert des médicaments.	6

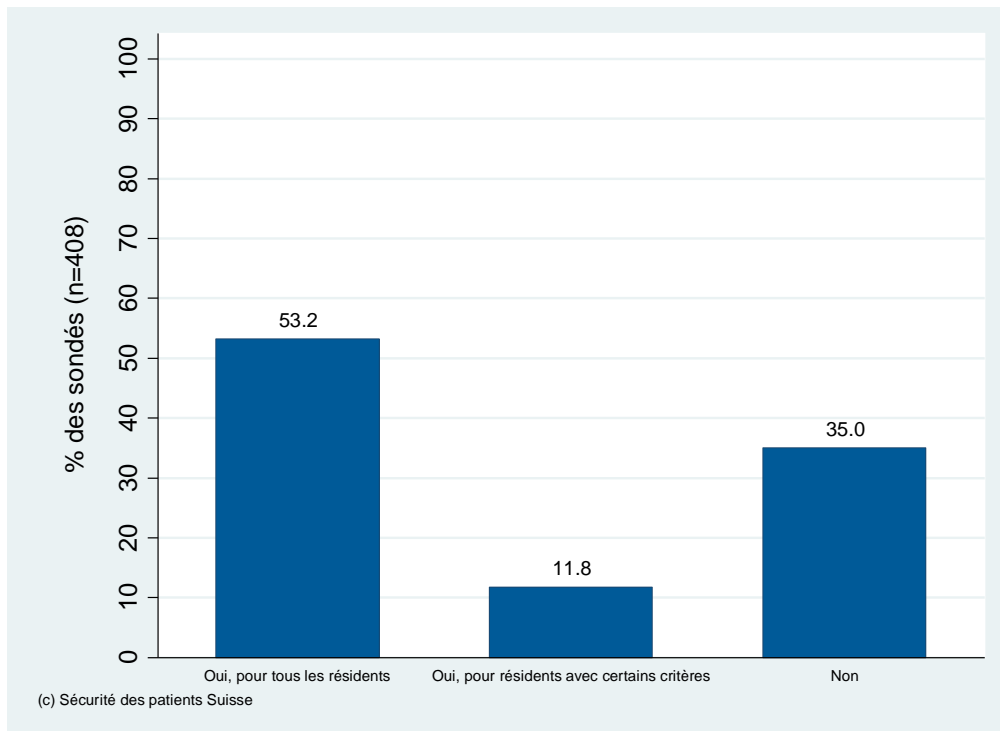
Autres ou indications peu claires	35
--	-----------



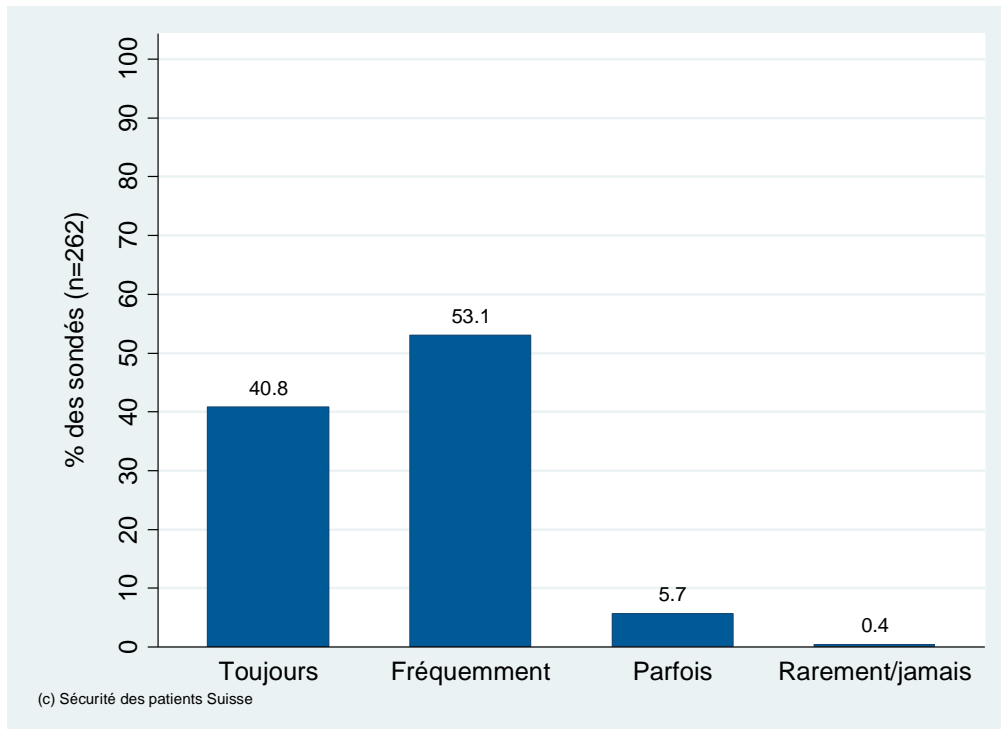
3.3. Vérification de la médication

Le terme de « vérification » a été défini dans le questionnaire de la manière suivante : « Nous entendons par "vérification" le fait de contrôler systematiquement si la médication individuelle d'un résident est adéquate et sûre, s'il existe une indication pour tous les médicaments prescrits, s'il existe des contre-indications, si le dosage est correct et s'il peut y avoir des interactions. Ce qui nous intéresse, c'est de savoir s'il existe des intervalles contraignants et clairement définis de vérification des médicaments des résidents et/ou des situations dans lesquelles la médication est vérifiée selon les besoins ».

8. Existe-t-il, dans votre établissement, une revue systématique de la médication individuelle des résidents à des intervalles fixes ?

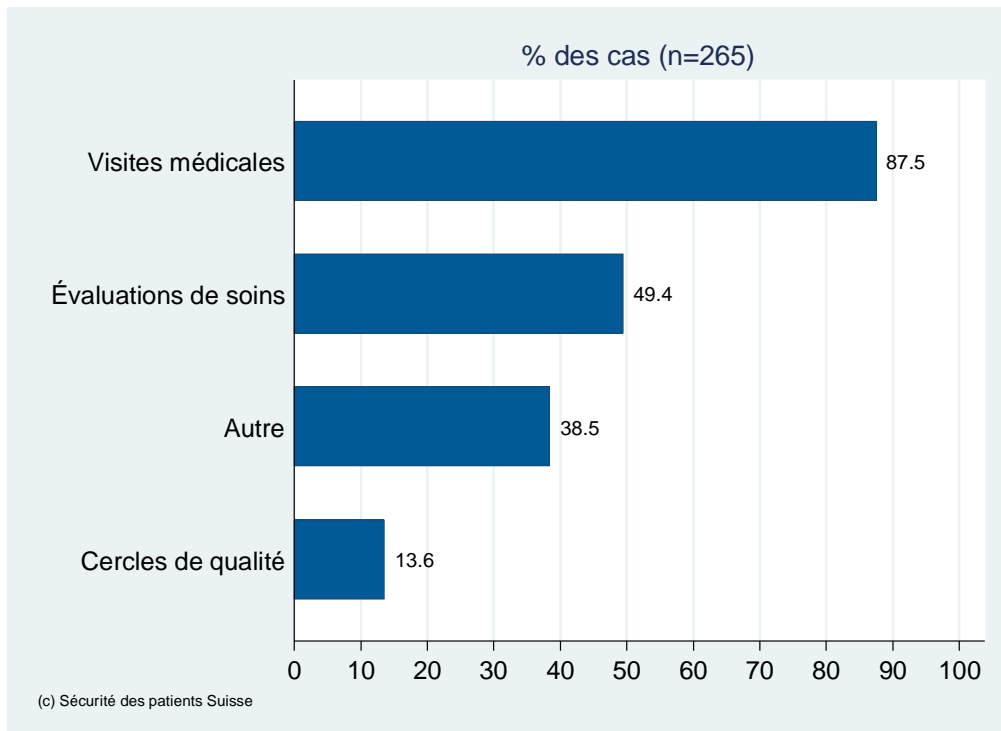


8.1 Veuillez estimer: à quelle fréquence cette vérification a-t-elle effectivement lieu?



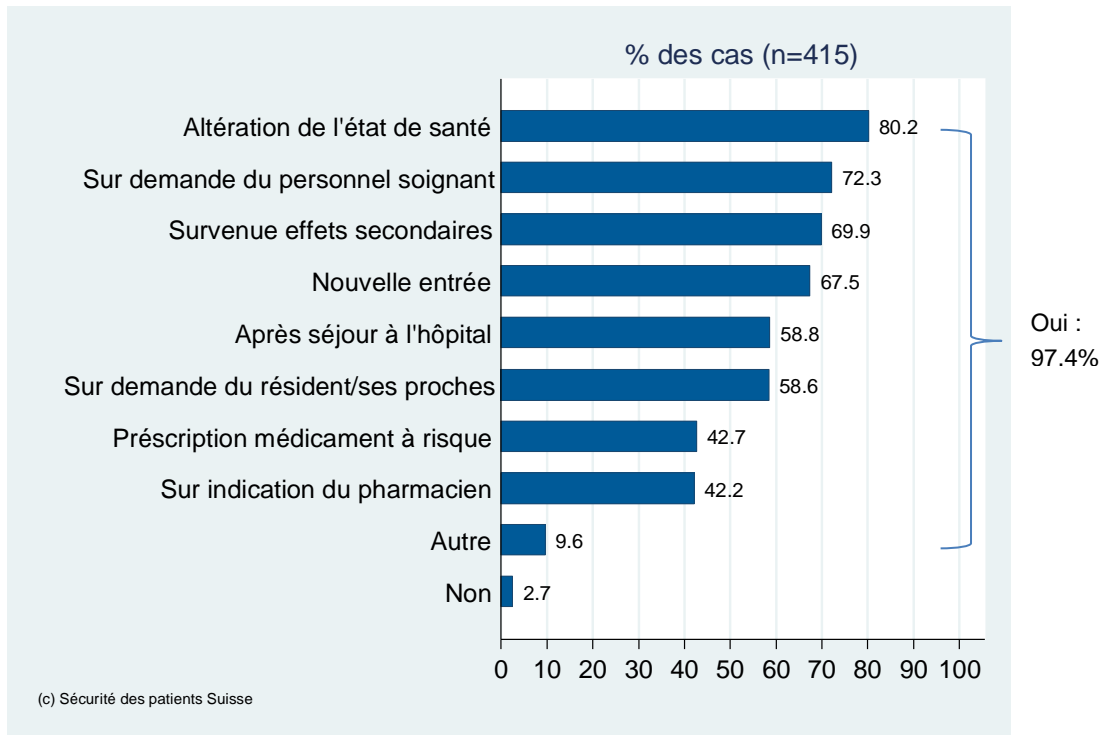
Question filtre (filtre question 8). Les catégories de réponses ont été définies comme suit dans le questionnaire : **toujours** : > 90% des cas ; **souvent** : 51-90% des cas ; **parfois** : 10-50% des cas ; **rarement/jamais** : < 10% des cas

8.3 Dans quelles circonstances cette vérification a-t-elle lieu ? (plusieurs réponses possibles)



Question filtre (filtre question 8).

8.4 Y a-t-il certaines situations qui déclenchent toujours une revue systématique des médicaments? (plusieurs réponses possibles)



Sous « Autres », les participants ont pu expliquer quels sont les autres instruments ou situations qui font l'objet de vérifications régulières. Au total, 141 participants ont fait des déclarations qui peuvent être résumées de la façon suivante :

En recoupement avec les catégories de réponses prédéfinies pour la question 8.3, des participants ont déclaré que la médication de tous les résidents était contrôlée régulièrement ou dans un cadre structuré au cours du processus d'encadrement normal, par exemple :

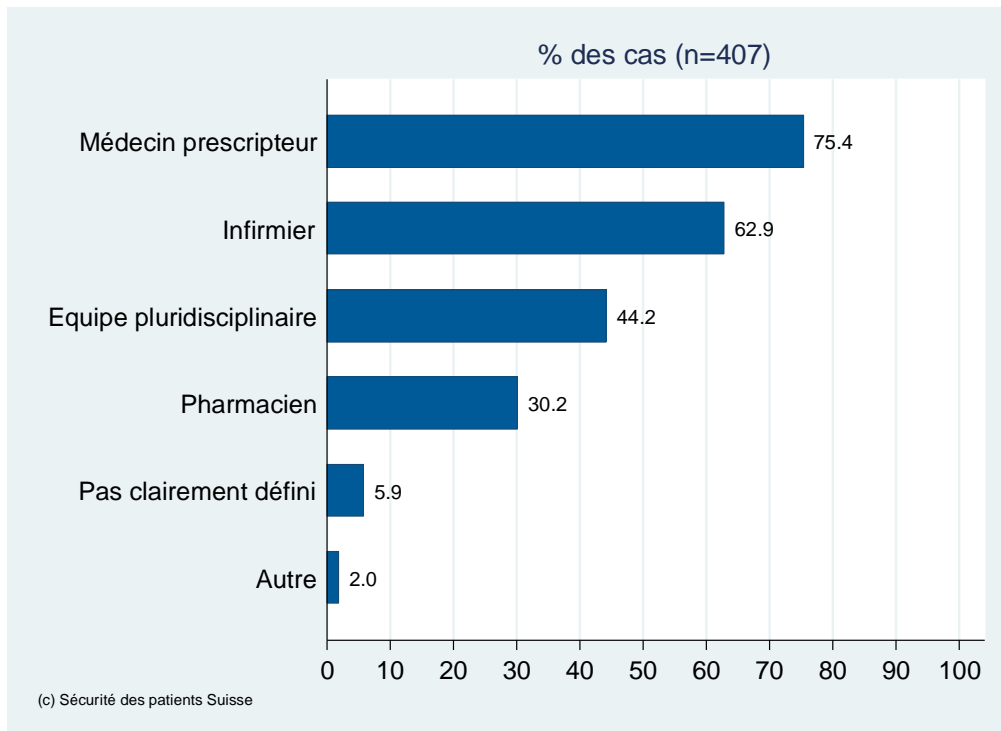
- dans le cadre de visites spéciales du médecin, parfois en impliquant un pharmacien (visites annuelles ou trimestrielles, p. ex.).
- dans le cadre de la définition de la catégorie de soins.
- à l'occasion d'événements récurrents tels que des discussions de cas ou de cercles de qualité.
- certains établissements prient les médecins prescripteurs de vérifier à intervalles réguliers (p. ex. chaque semestre) les médicaments de leurs patients.

De plus, les participants ont évoqué des vérifications régulières par le personnel soignant ou une pharmacie au moment de commander ou de préparer les médicaments, comme des contrôles spontanés d'interactions ou des messages automatiques générés par le système électronique. Des doubles contrôles ont souvent été mentionnés dans ce cadre.

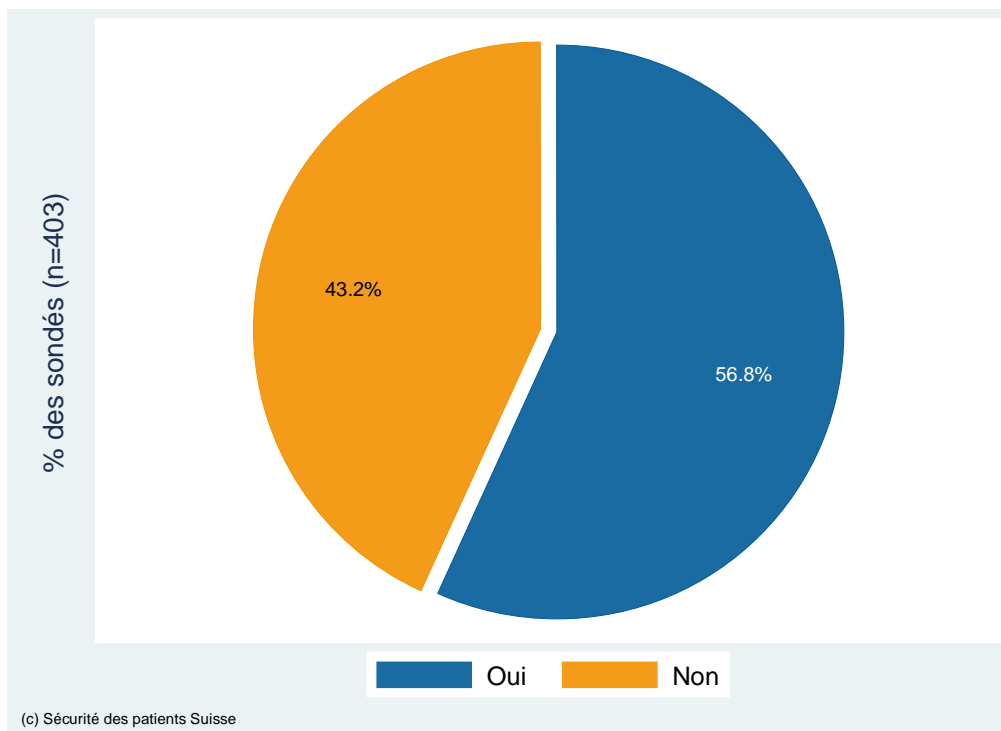
Des vérifications occasionnelles ont aussi lieu dans certaines situations particulières, par exemple lorsque l'état de santé d'un résident évolue ou pour les nouvelles admissions, les cas de polymédication, les patients en phase palliative, ou encore en cas d'interrogations ou de remarques du service de soins ou du pharmacien. Là encore, les réponses se recoupent avec les catégories de réponses imposées pour la question 8.4.

Au final, des vérifications faites par le pharmacien ou par le médecin au cours d'une visite occasionnelle ou régulière ont été mentionnées, sans que la teneur et l'intervalle de ces contrôles ne soient précisés.

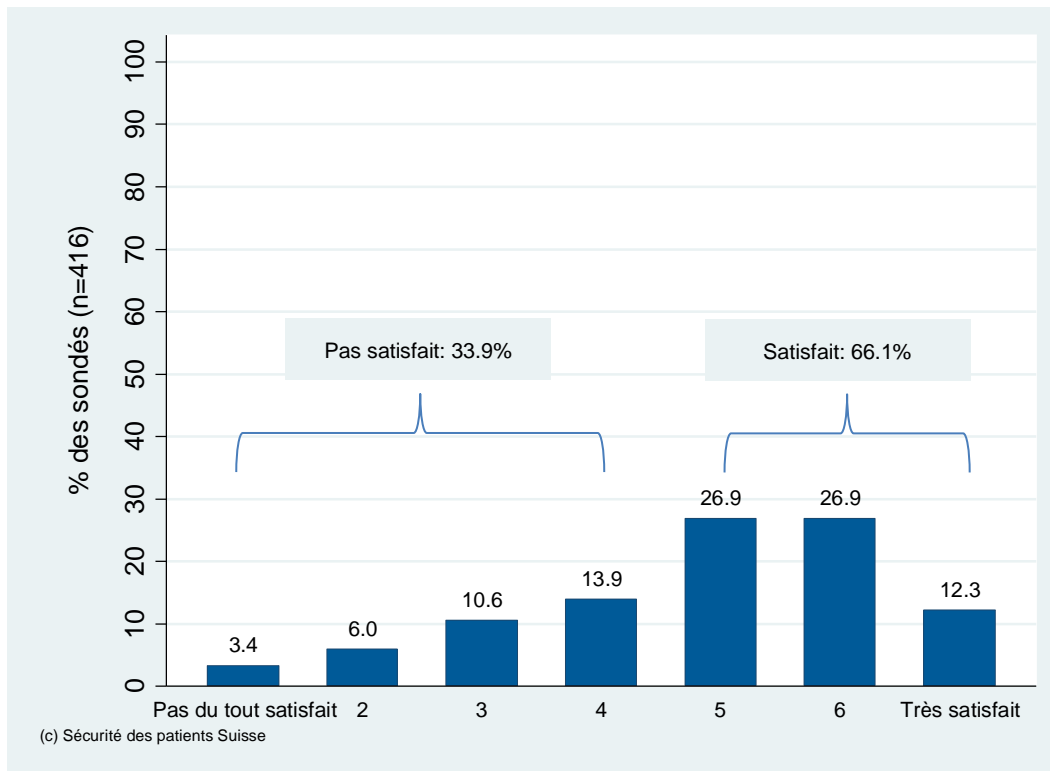
9. Qui effectue habituellement la vérification de la médication? (plusieurs réponses possibles)



10. Votre institution a-t-elle accès à des solutions électroniques (logiciel informatique, offres on line) pour vérifier les éventuelles interactions entre les médicaments ?



11. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction concernant la manière dont est réalisée la vérification de la médication individuelle des résidents dans votre institution ?



L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout satisfait à 7=très satisfait. La question 11 a obtenu la note moyenne de 4.8 (95% intervalle de confiance : 4.7; 5.0).

11.1 Qu'est-ce qui fonctionne bien, respectivement que pourrait-on encore améliorer?

181 participants (43,1%) ont répondu à cette question par un commentaire en texte libre. Le tableau suivant présente une synthèse des points nommés ainsi que du nombre d'énoncés pour chaque catégorie.

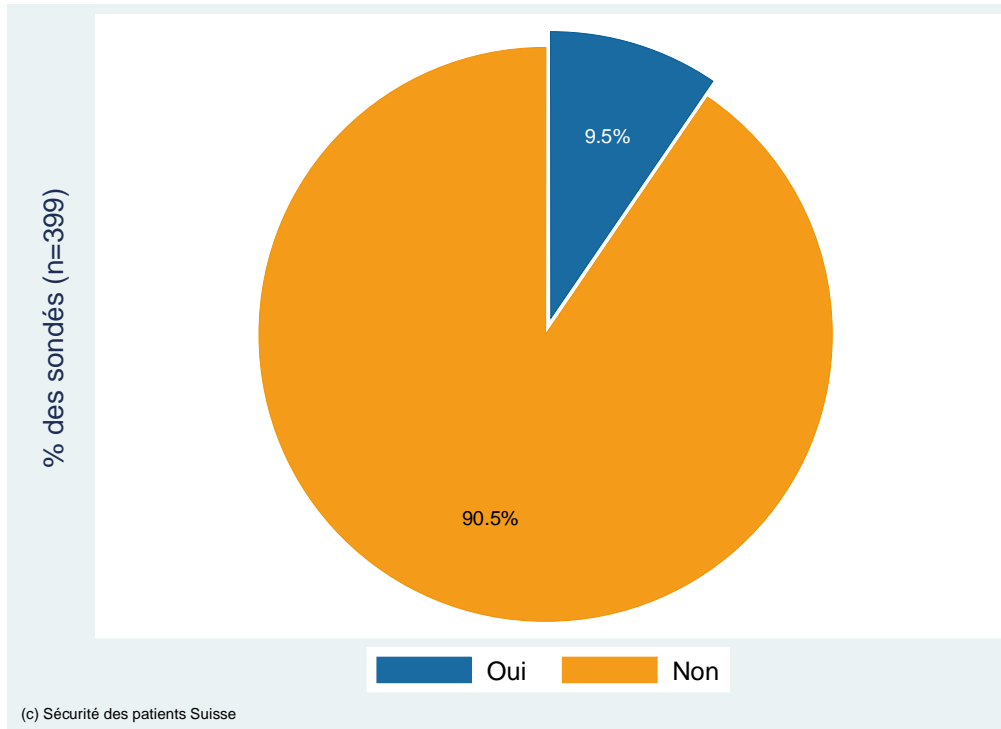
Tableau 6 : réponses texte libre à la question 11.1

	Nombre d'affirmations
Qu'est-ce qui fonctionne bien ?	
La vérification a lieu à intervalles réguliers (p. ex. lors de chaque visite médicale, 1x par an).	25
Des spécialistes sont impliqués dans le processus de médication (p. ex. contrôles par la pharmacie, disponibilité de médecins spécialistes).	20
Certains médecins procèdent à la vérification de manière fiable.	15
Il y a une vérification des médicaments (sans explications plus détaillées).	11
Bonne collaboration entre le corps médical et le personnel infirmier.	8
La vérification a lieu dans des circonstances spéciales (réadmissions, nouveaux arrivants, urgences, etc.).	6
Que pourrait-on améliorer ?	
Amélioration de la vérification par certains médecins (p. ex. plus de responsabilité, plus d'initiative, pas seulement sur demande du service des soins et prendre davantage de temps).	42
Meilleure qualité des prescriptions, remise en question des médicaments par les médecins (p. ex. moins de médicaments ou moins de combinaisons ou moins de médicaments inappropriés).	36
Vérification plus régulière des médicaments.	33
Collaboration accrue entre le personnel infirmier et certains médecins (meilleure compréhension mutuelle, confiance, disponibilité, etc.).	25
Procédure plus structurée pour la vérification (p. ex. consignes claires, gestes systématiques).	18
Procédure uniformisée pour les différents médecins responsables.	18
Le personnel infirmier doit être sensibilisé davantage et assumer ses responsabilités (remettre en question certains médicaments, interroger le médecin à l'apparition de troubles ou symptômes particuliers, respecter les consignes, etc.).	16
Implication accrue d'autres spécialistes lors du contrôle des médicaments (p. ex. pharmacien, médecins spécialistes ou Advanced Practice Nurse).	16
Les programmes informatiques installés (p. ex. programme d'interactions) devraient être utilisés encore davantage.	7
Meilleure sensibilisation/information des résidents et de leurs proches (p. ex. disposition à diminuer la médication).	5
Autres ou indications peu claires	35



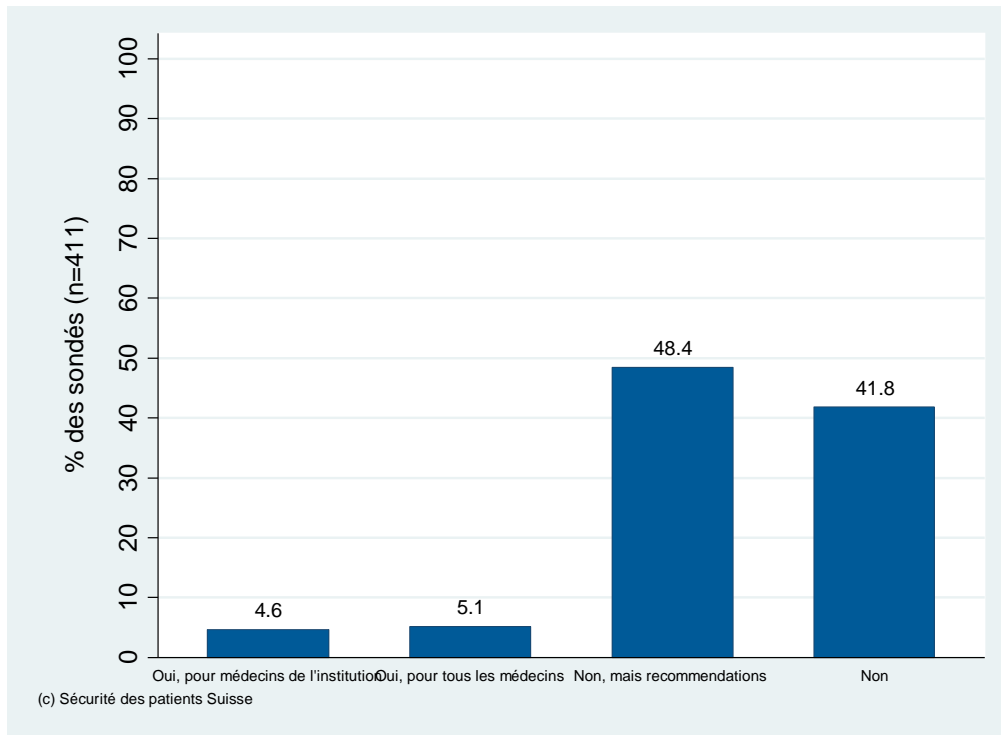
3.4. Polymédication et médicaments potentiellement inappropriés (MPI)

12. Une liste de médicaments qui ne sont pas adaptés aux personnes âgées, est-elle employée dans votre institution ?

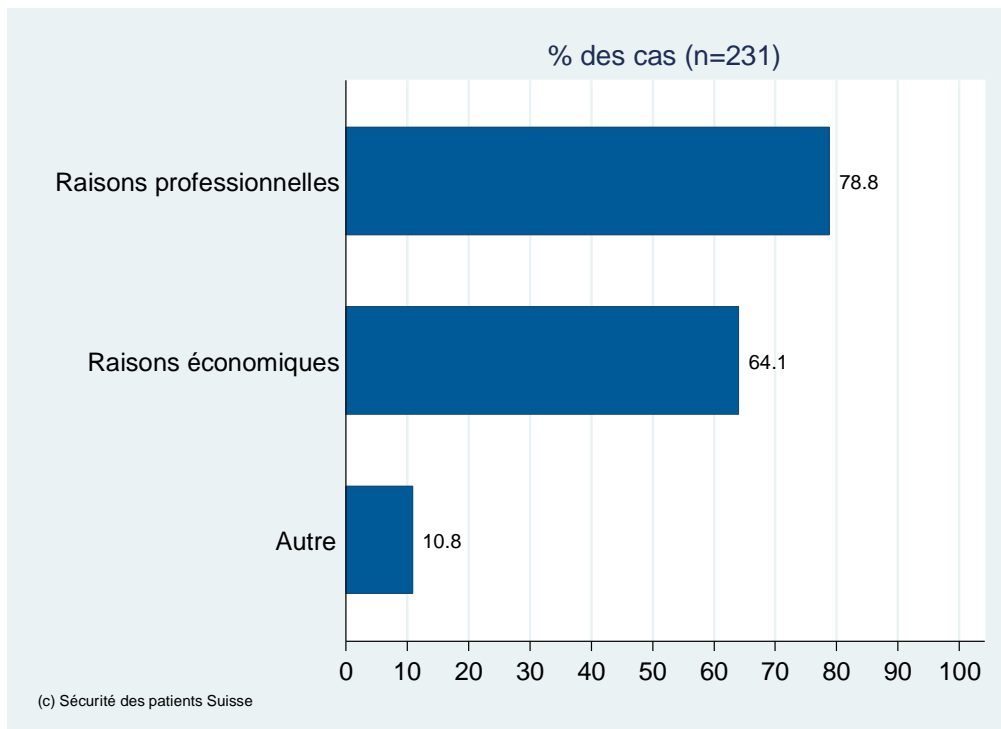


La question de savoir à quelles fins ils utilisent une liste MPI a été posée aux 34 participants concernés, avec possibilité de cocher plusieurs réponses. Dans 26 établissements médico-sociaux, la liste est utilisée en guise d'aide à la prescription, dans 18 établissements, c'est est un outil de travail pour le personnel infirmier et dans 8 cas, elle sert à la formation interne.

13. Votre institution impose-t-elle des exigences aux médecins prescripteurs dans le choix des médicaments ?

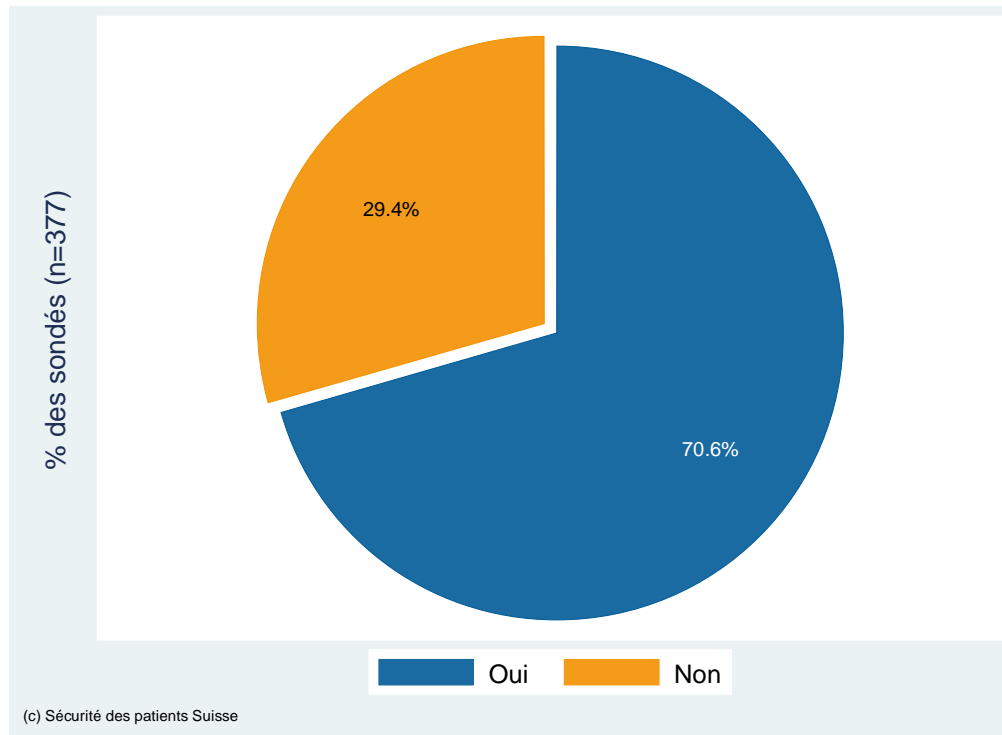


13.1 Pour quelles raisons ces exigences / recommandations ont-elles été définies? (plusieurs réponses possibles)



Question filtre (filtre question 13).

14. Des efforts sont-ils faits dans votre institution pour diminuer le recours aux neuroleptiques et/ou aux benzodiazépines ?

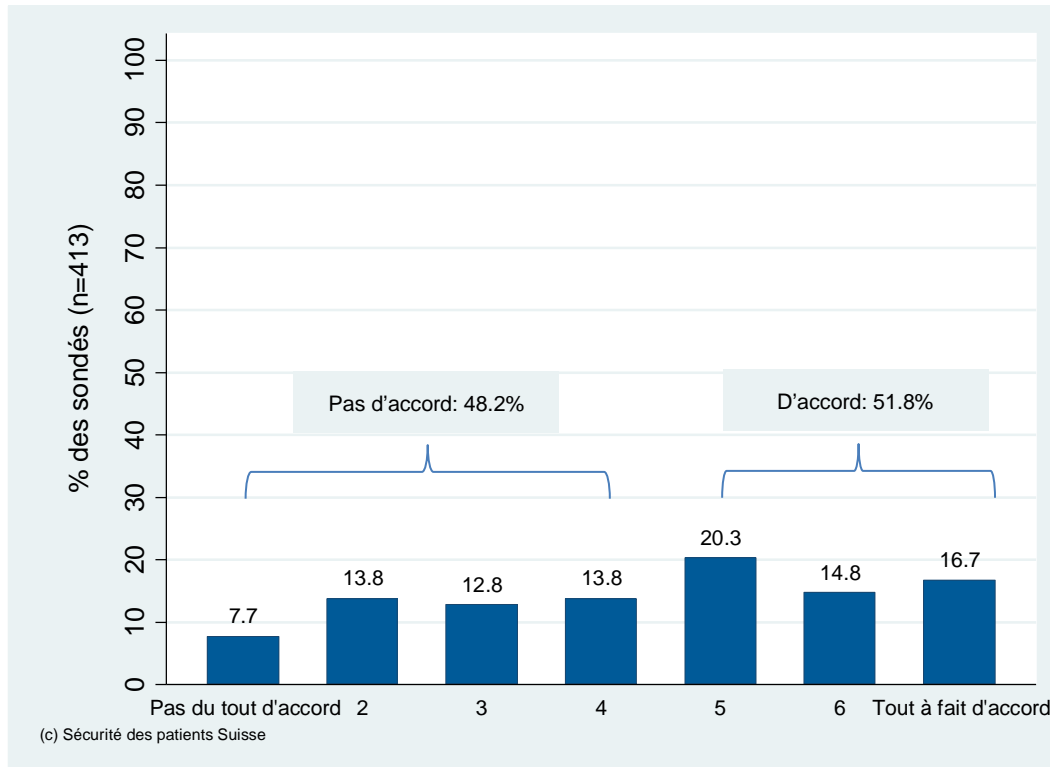


Dans le champ de texte libre, les participants ont pu expliquer plus exactement sur quoi portent les efforts entrepris. 242 personnes ont cité une ou plusieurs mesures pouvant se résumer comme suit :

- La mesure citée le plus fréquemment est d'évaluer la nécessité d'administrer des antipsychotiques. Cette évaluation doit se faire par le biais d'une analyse des causes et dans le cadre de visites, de discussions de cas ou de cercles de qualité.
- Le recours à des solutions alternatives est également une mesure citée fréquemment. Les médecines parallèles (homéopathie, phytothérapie, aromathérapie ou tisanes) sont aussi citées, de même que des gestes de soins ou mesures thérapeutiques (activation, stimulation basale, zoothérapie, etc.).
- Des mesures sont également prises du point de vue organisationnel, par exemple en adaptant la dotation en personnel, en ayant recours à des spécialistes, en formant et en sensibilisant le personnel ou encore en mettant en place des mesures de stimulation sensorielle (snoezelen) ou des concepts ou accords spécifiques.
- Les participants ont nommé également des situations particulières dans lesquelles l'accent est mis sur les antipsychotiques, p. ex. lors de l'entrée d'un nouveau résident ou chez les patients à risque (démence, risque de chute) ou lorsque l'état de santé se modifie.

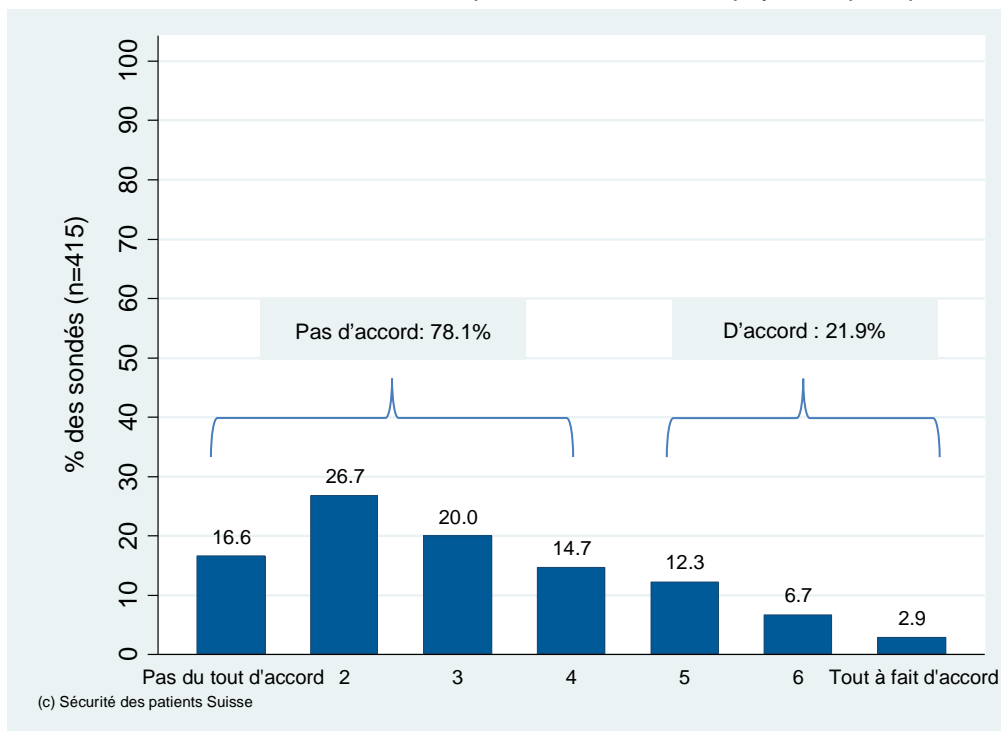
15. Il s'agit maintenant de votre évaluation personnelle. Veuillez, s'il vous plaît indiquer si vous êtes d'accord avec les énoncés suivants :

15.1 Pour nos résidents, on a recours en général à plus de médicaments que nécessaire.



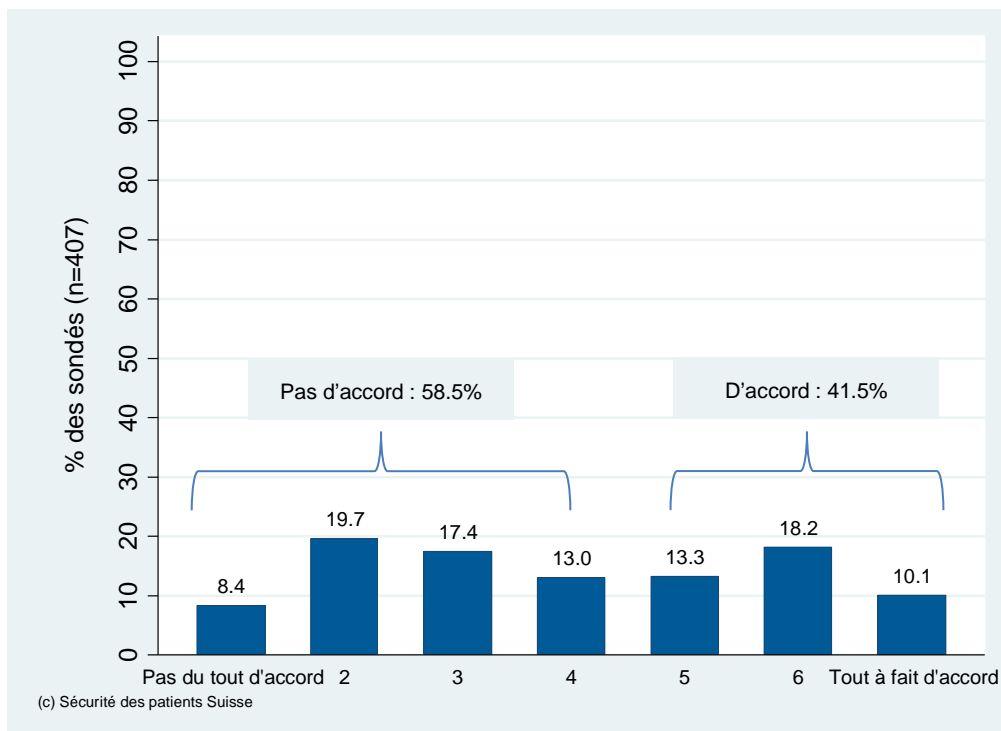
L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout d'accord à 7=tout à fait d'accord. La question 15.1 a obtenu la note moyenne de 4.4 (95% intervalle de confiance : 4.2; 4.5).

15.2 Pour nos résidents, on a recours à plus de médicaments psychotropes que nécessaire.



L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout d'accord à 7=tout à fait d'accord. La question 15.2 a obtenu la note moyenne de 3.1 (95% intervalle de confiance : 3.0-3.3).

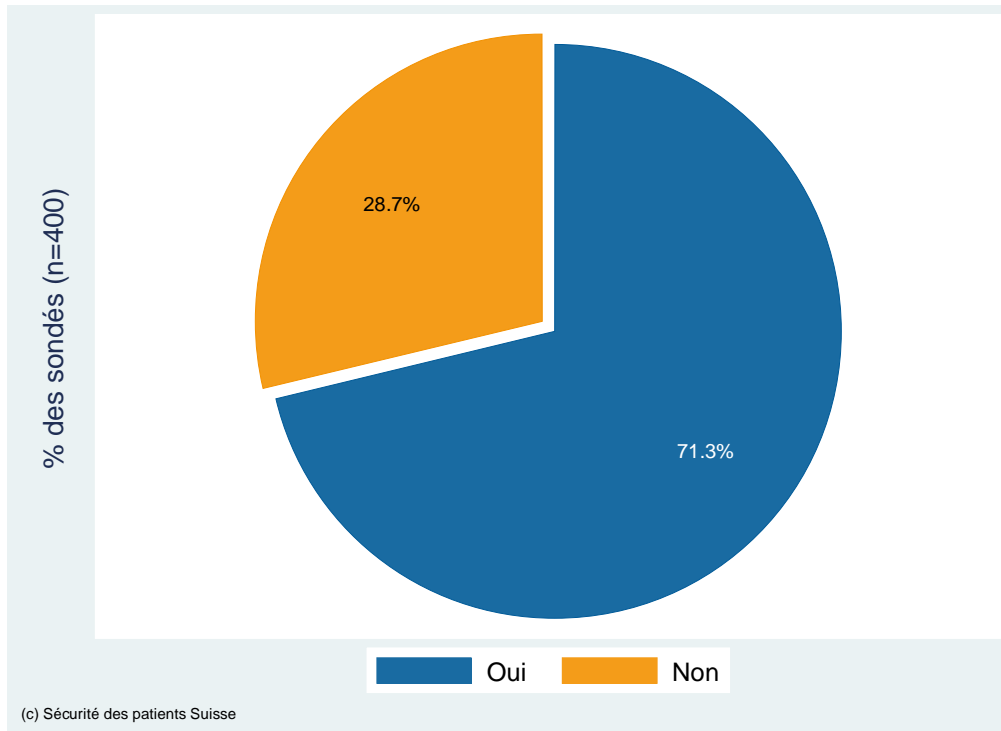
15.3 Pour nos résidents, on s'assure suffisamment par des examens sanguins que la dose prescrite de médicament est correcte.



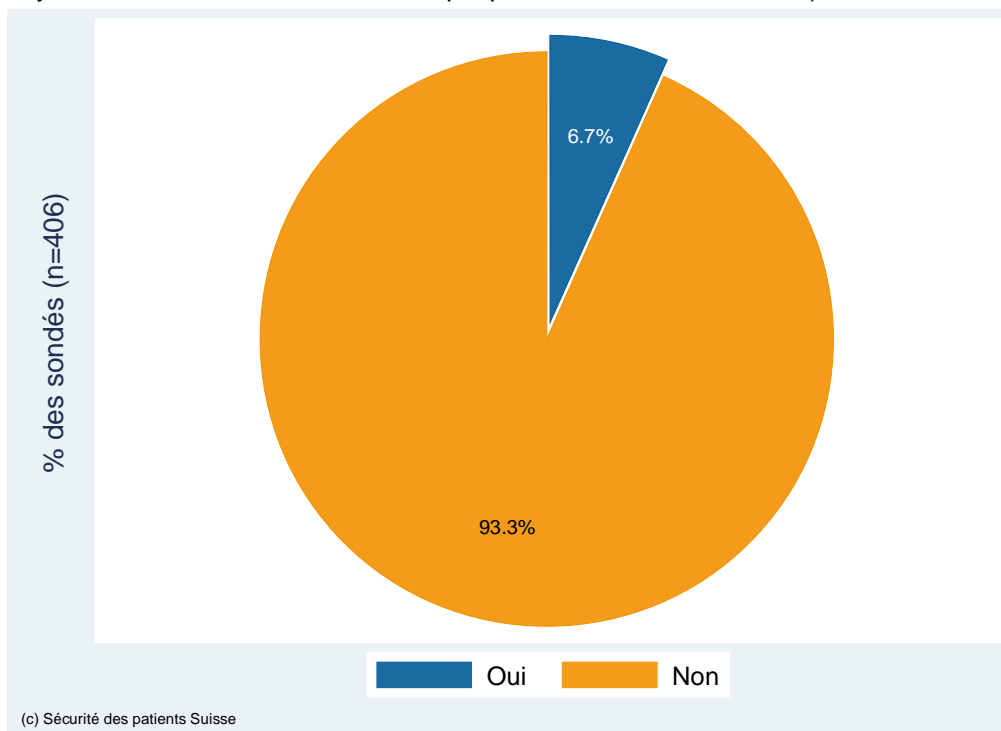
L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout d'accord à 7=tout à fait d'accord. La question 15.3 a obtenu la note moyenne de 4.0 (95% intervalle de confiance : 3.8-4.2).

3.5. Surveillance des effets secondaires

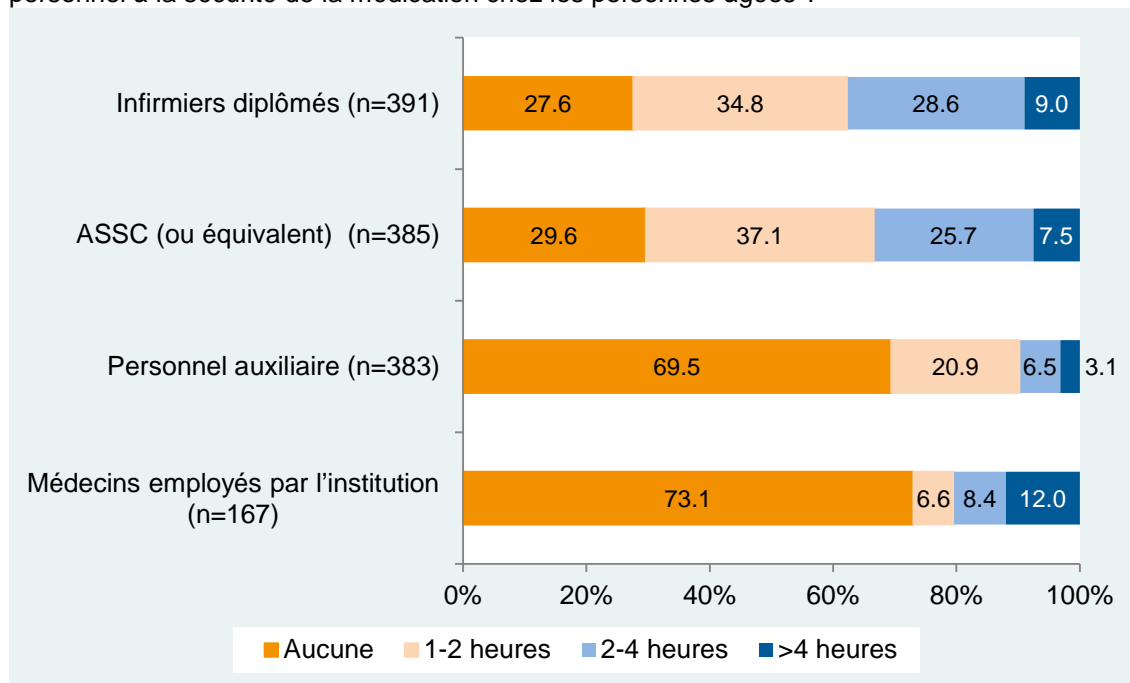
17. Le personnel soignant de votre institution, est-il instruit à surveiller les effets secondaires par rapport à des médicaments ou des pathologies particulières ?



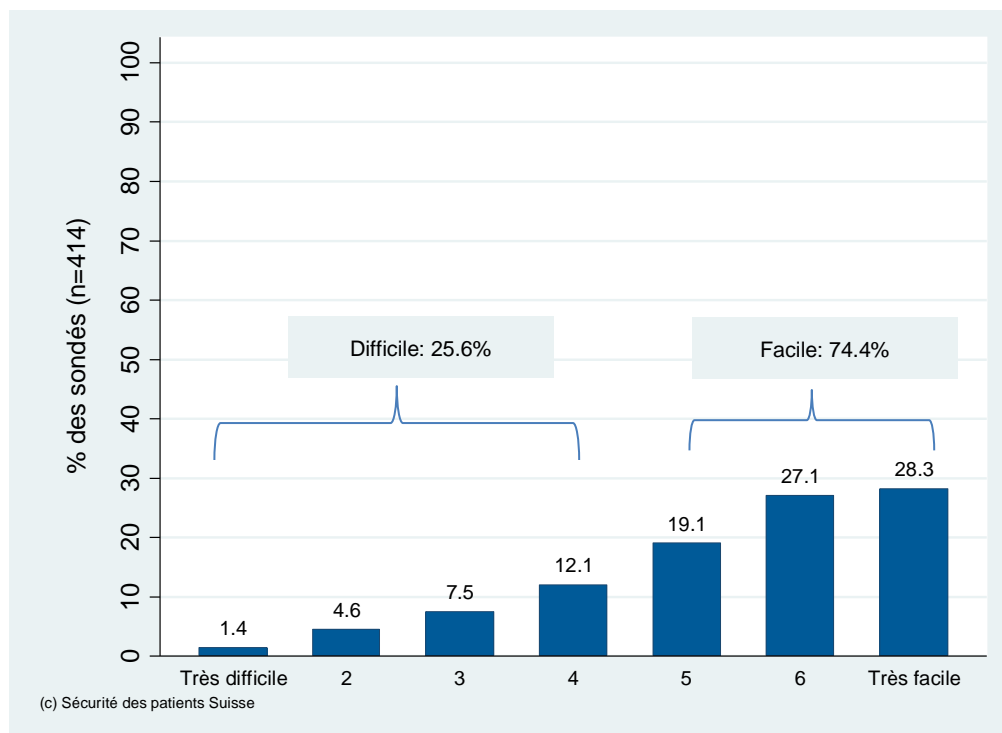
18. Avez-vous un processus défini pour surveiller si des effets secondaires apparaissent (par exemple au moyen d'une fiche de suivi de la thérapie pour certains médicaments) ?



19. Combien d'heures par année (approximativement) de formation continue consacrez-vous pour votre personnel à la sécurité de la médication chez les personnes âgées ?

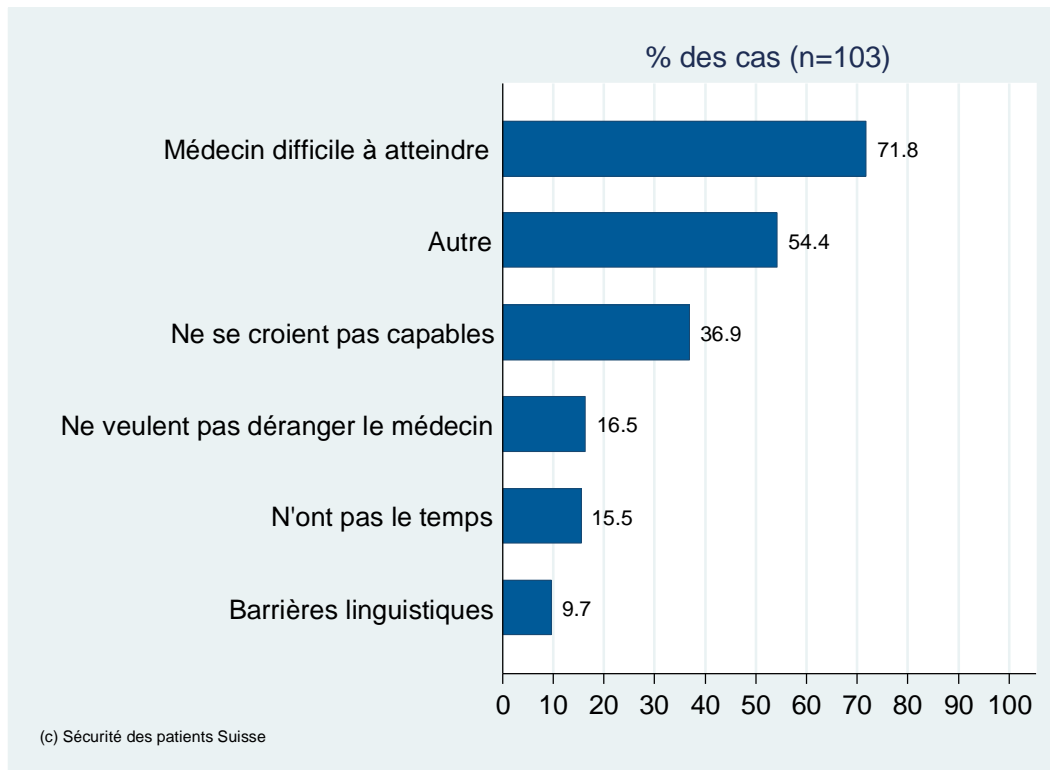


20. Comment évaluez-vous la facilité avec laquelle votre personnel infirmier peut parler avec le médecin traitant d'évènements médicaux inhabituels chez un résident ?



L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=très difficile à 7=très facile. La question 20 a obtenu la note moyenne de 5.4 (95% intervalle de confiance : 5.2; 5.5).

20.1 Pourquoi cela peut-il être difficile ? (plusieurs réponses possibles)



Question filtre (filtre question 20).

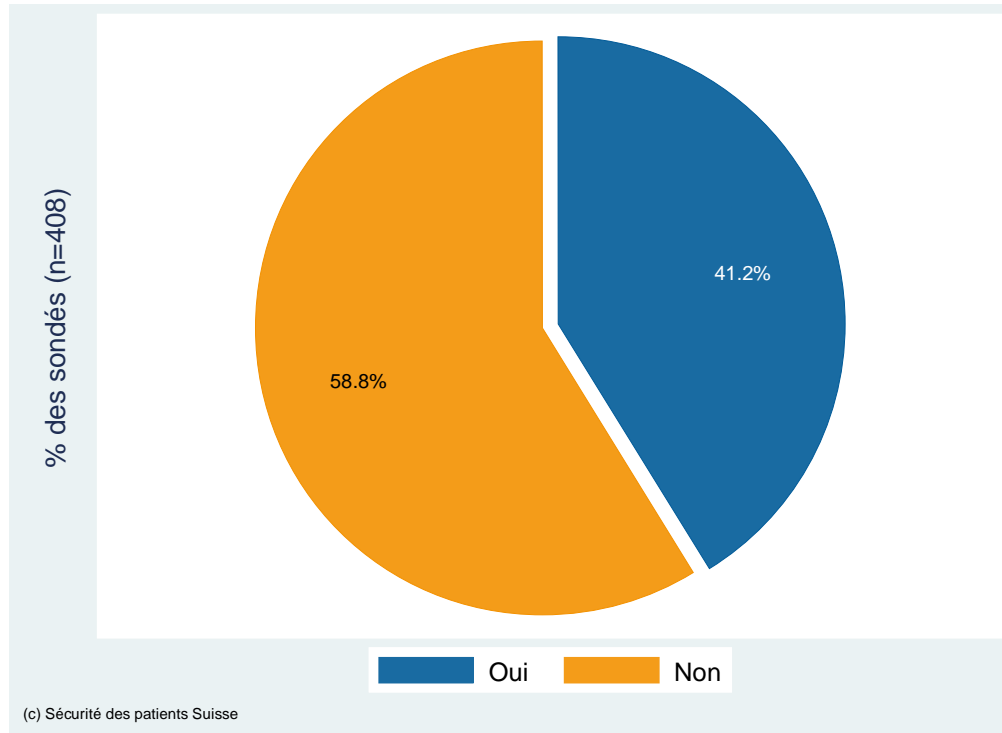
Sous « Autres », 56 participants ont nommé un ou plusieurs aspects qui rendent difficile la discussion des situations particulières avec le médecin responsable:

Le point le plus fréquemment cité est que certains médecins se montrent peu coopératifs, ne souhaitent pas voir le personnel s'immiscer dans leur travail ou ne tiennent pas compte des remarques du personnel infirmier.

D'autres participants ont indiqué que certains médecins sont difficilement atteignables ou n'ont pas assez de temps à disposition. La collaboration avec un grand nombre de généralistes externes à l'EMS est également perçue comme un obstacle par certains participants.

Finalement, dans quelques cas, ce sont des divergences d'opinion entre les professionnels qui les empêchent de discuter des cas particuliers. Le manque de compétence du personnel soignant et des médecins a été mentionné.

21. Avez-vous une organisation ou des processus définis pour les entretiens avec les résidents et/ou leurs proches concernant le traitement médicamenteux ?



Dans un champ de texte libre, les participants ont pu préciser de quelles structures et processus il s'agit. 158 participants ont répondu à la question. Une distinction peut être faite entre des méthodes de discussion et des circonstances qui mènent à la discussion :

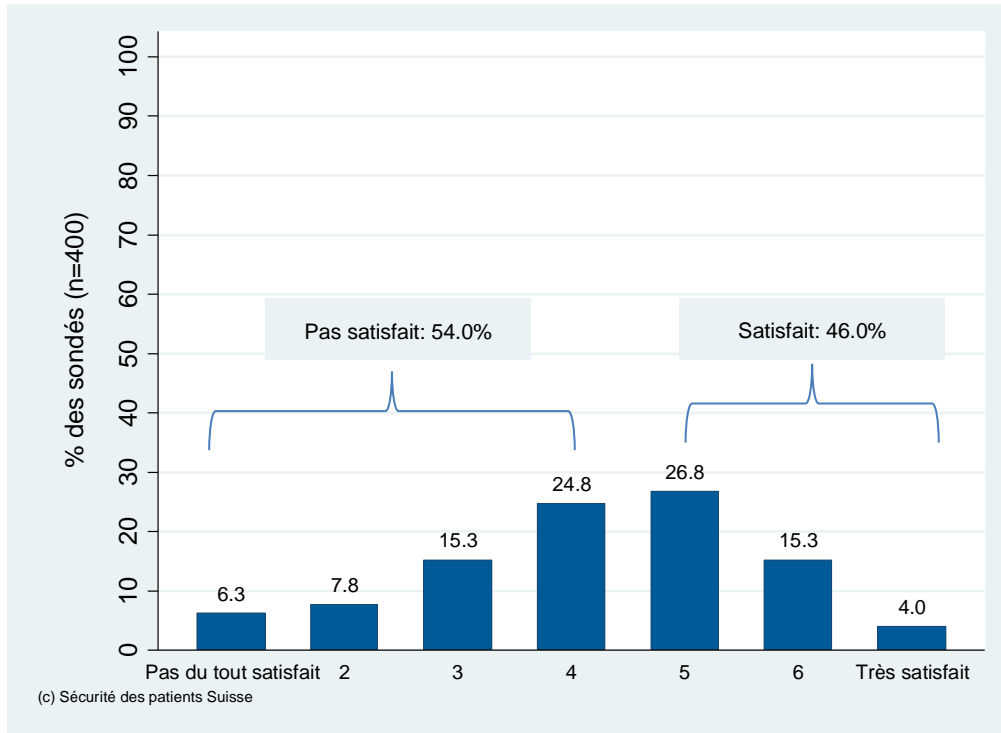
Circonstances :

- Discussions thérapeutiques dictées par les besoins, p. ex. une aggravation de l'état de santé d'un résident, ou sur demande d'une personne impliquée, lors du réajustement d'un traitement ou en cas de difficultés.
- La thérapie est aussi souvent discutée lors des nouvelles admissions ou des réadmissions dans l'institution, parfois aussi à intervalles réguliers.
- Des entretiens irréguliers avec les résidents et leurs proches ont lieu occasionnellement et dans diverses situations, p. ex. lors de visites de la famille.

Méthodes :

- De nombreuses institutions organisent des entretiens réguliers et standardisés avec la famille ou les proches, ou encore des tables rondes, les participants à ces dernières n'étant pas forcément précisés.
- Des points de situation ou discussions régulières sur l'état de santé sont également fréquemment pratiqués et peuvent par exemple être liés à la définition de la catégorie de soins que nécessite un patient.
- Des entretiens avec les résidents ont lieu durant les visites et dans le cadre des soins intégraux, donc au cours du processus habituel d'encadrement.
- Certains participants ont mentionné le fait que les discussions thérapeutiques ont lieu dans le cadre d'un échange interdisciplinaire, mais en l'absence des résidents ou de leurs proches.

22. Sur une échelle de 1 à 7, quel est votre niveau de satisfaction concernant la manière dont s'effectue la surveillance des effets secondaires dans votre institution ?



L'item a été évalué sur une échelle de Likert allant de 1=pas du tout satisfait à 7=très satisfait. La question 22 a obtenu la note moyenne de 4.2 (95% intervalle de confiance : 4.1; 4.3).



22.1 Qu'est-ce qui fonctionne bien, respectivement que pourrait-on encore améliorer?

141 participants (33,6%) ont répondu à cette question ouverte. Le tableau 7 ci-dessous présente les catégories identifiées à partir des textes.

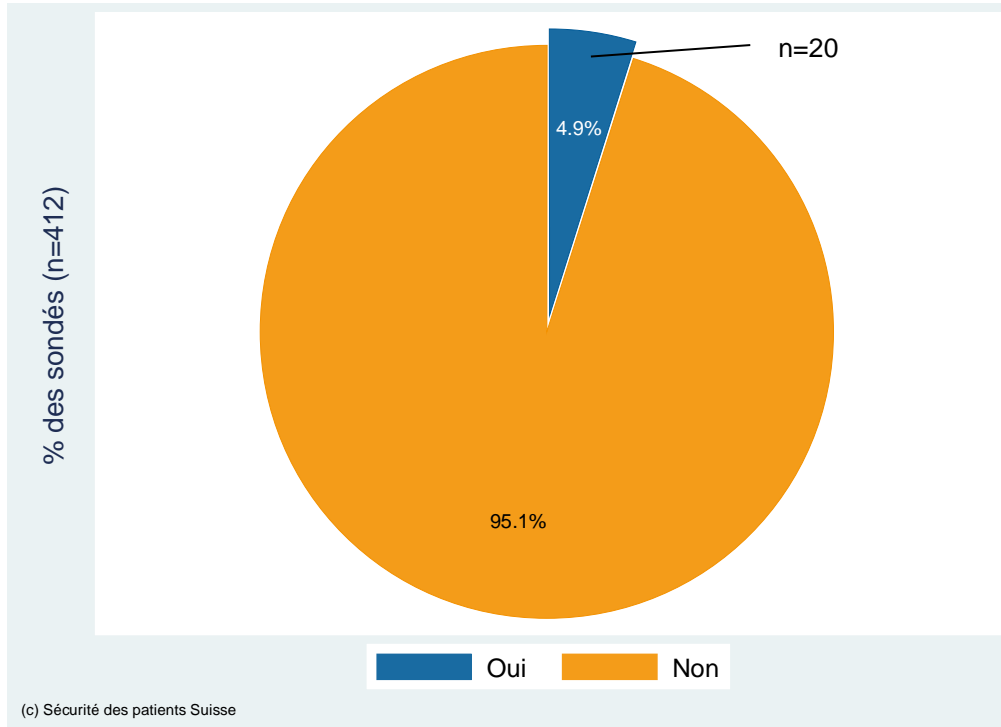
Tableau 7 : réponses texte libre à la question 22.1

	Nombre d'affirmations
Qu'est-ce qui fonctionne bien ?	
Les processus (partiels) actuels du service des soins sont positifs (p. ex. les effets secondaires sont observés, documentés, signalés, discutés).	41
(Certains) membres du personnel infirmier sont sensibilisés.	17
Les processus (partiels) actuels avec le médecin responsable sont positifs (p. ex. discussion, adaptation de la thérapie).	12
Les processus (partiels) actuels avec le pharmacien sont positifs (p. ex. commentaires sur les interactions ou effets secondaires possibles).	8
(Certains) médecins sont sensibilisés.	2
Que pourrait-on améliorer ? Où faut-il agir ?	
Standardiser les procédures (plus systématiques, mieux structurées, meilleur contenu, plus contraignantes, responsabilités claires, meilleure documentation. etc.).	41
Améliorer la sensibilisation / compétence professionnelle du personnel infirmier (p. ex. par des formations ou une adaptation du skill mix).	37
Améliorer la collaboration entre les médecins et le service des soins (prendre au sérieux les observations ou remarques du personnel infirmier, prendre le temps de discuter).	17
Utiliser des moyens accessoires (p. ex. des listes, des formulaires ou des logiciels informatiques).	15
Améliorer la sensibilisation / compétence professionnelle des médecins.	10
Améliorer la qualité des prescriptions (moins à la légère, moins de médicaments, moins de neuroleptiques).	9
Impliquer davantage les pharmaciens (p. ex. commentaires sur les interactions ou effets secondaires possibles).	6
Impliquer davantage les spécialistes (gériatrie, psychiatrie gériatrique, etc.).	4
Améliorer la communication avec les résidents et leurs proches.	2
Autres ou indications peu claires	25

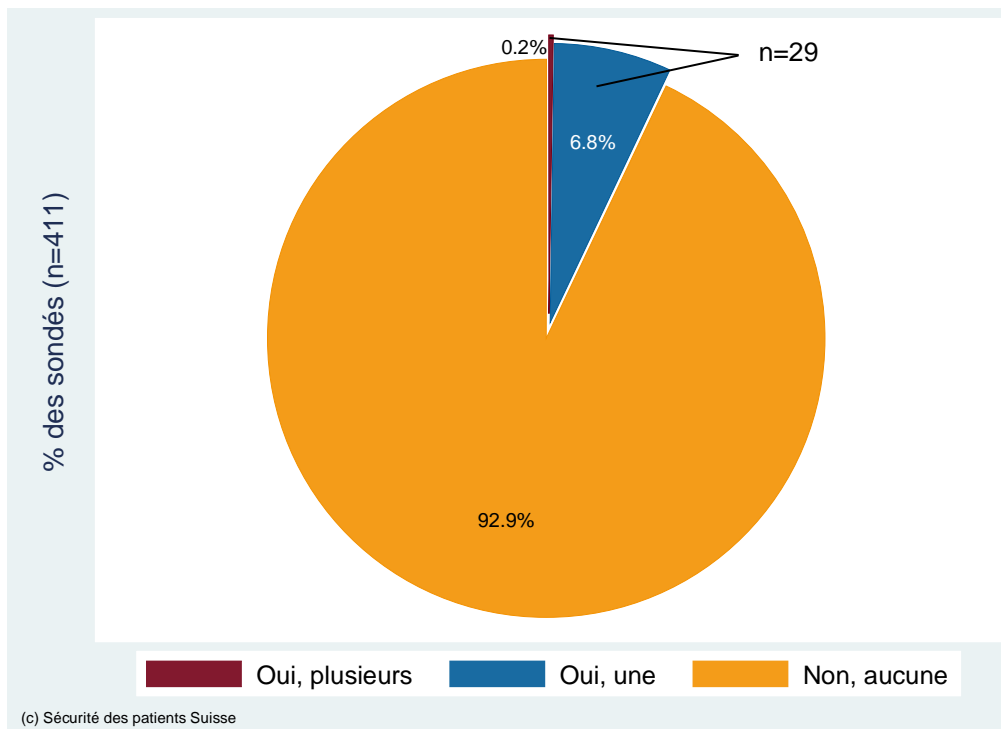


3.6. Erreurs médicamenteuses et évènements médicamenteux indésirables

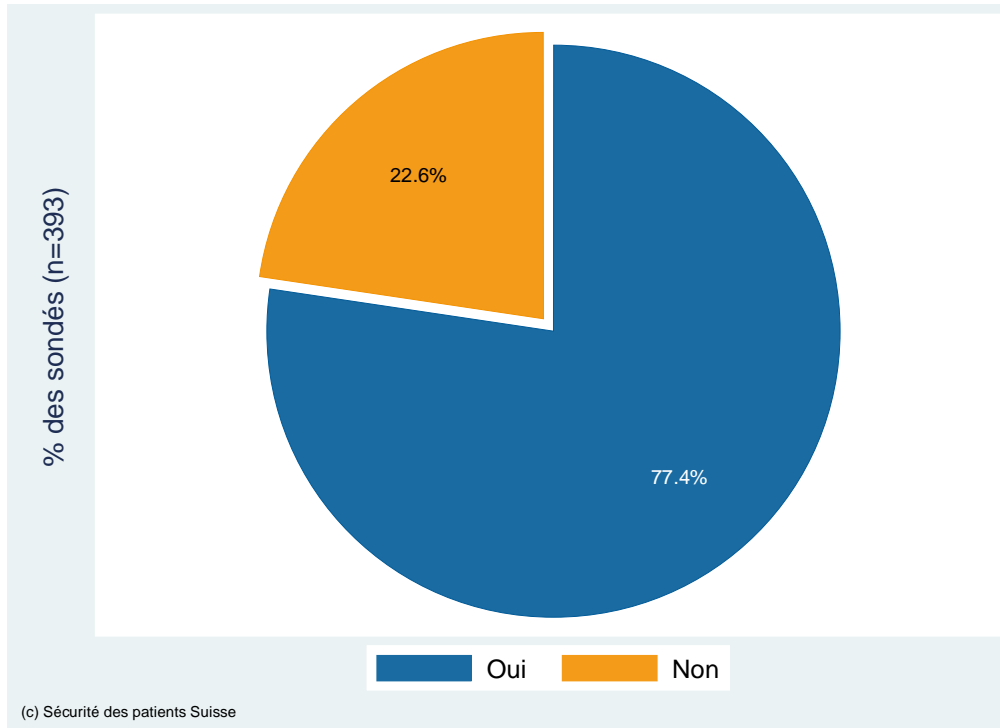
23. Avez-vous vécu, au cours des 4 dernières semaines, l'hospitalisation d'un résident éventuellement consécutive à des effets secondaires de ses médicaments ?



24. Une erreur médicamenteuse grave, s'est-elle passée dans votre institution, au cours des 4 dernières semaines ?



25. Avez-vous pris dans votre institution des mesures d'amélioration pour la prévention et l'analyse des erreurs médicamenteuses ?



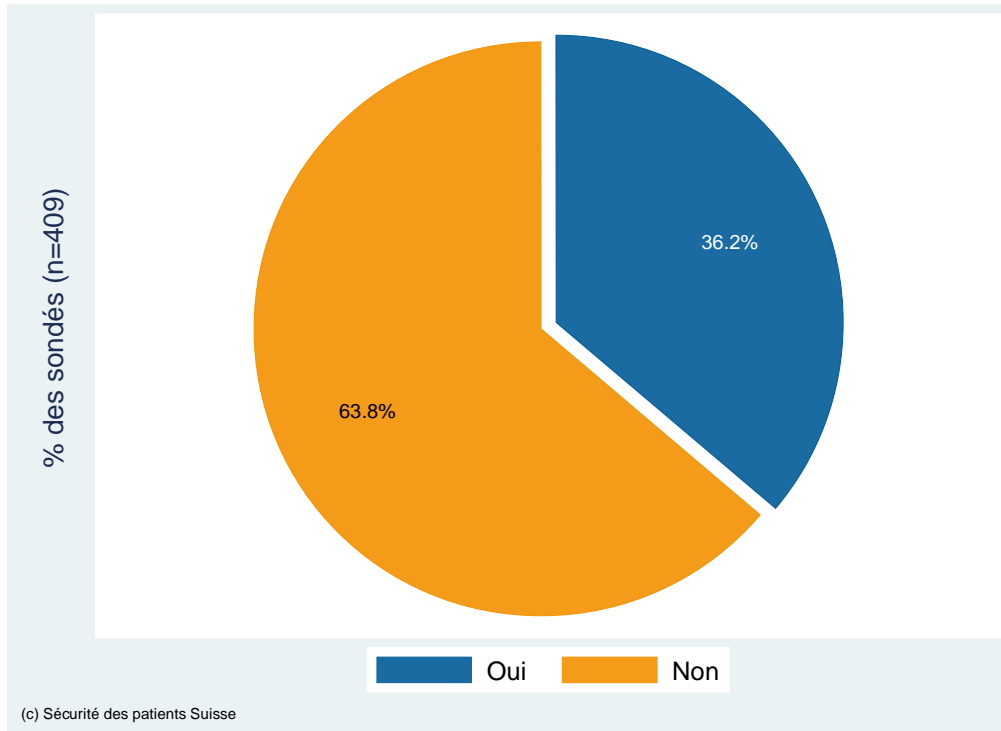
Au total, 289 participants ont mentionné des mesures existantes de prévention et d'analyse des erreurs de médication.

Pour prévenir les erreurs de médication, beaucoup d'institutions effectuent des contrôles (p. ex. des doubles contrôles lors de la préparation des médicaments) ou ont mis en place des standards et concepts définis. Certains établissements ont indiqué qu'ils déléguaient la préparation des médicaments (p. ex. mise des médicaments sous blister à l'extérieur).

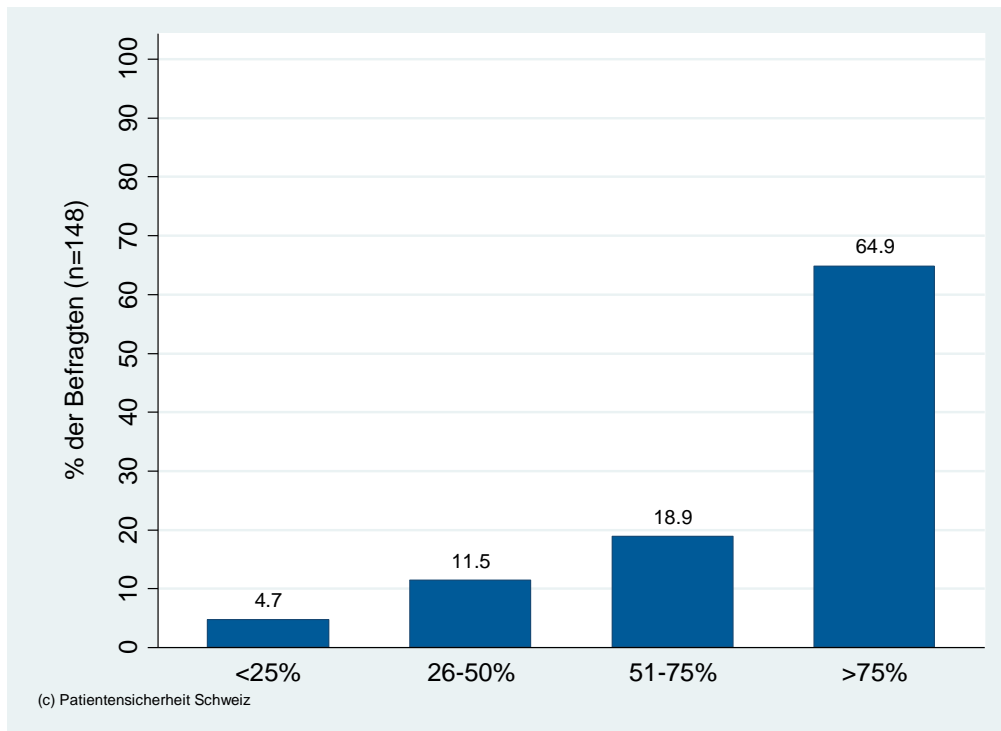
Pour l'analyse des erreurs de médication, 186 participants ont indiqué avoir un système d'annonce des erreurs. Beaucoup de participants ont mentionné que le système des annonces d'erreurs était corrélé à une analyse et à l'élaboration de mesures d'amélioration. Les erreurs sont parfois explicitement discutées dans le cadre de colloques ou de formations. L'existence d'un système global de gestion de la qualité n'est cependant que très rarement mentionnée. De nombreuses institutions ont par ailleurs indiqué qu'un rapport sur les indicateurs qualitatifs était rédigé à l'attention d'une autre instance telle que le canton ou la direction.

3.7. Suivi médical

33. Avez-vous des médecins employés par votre établissement (médecins de l'institution)?

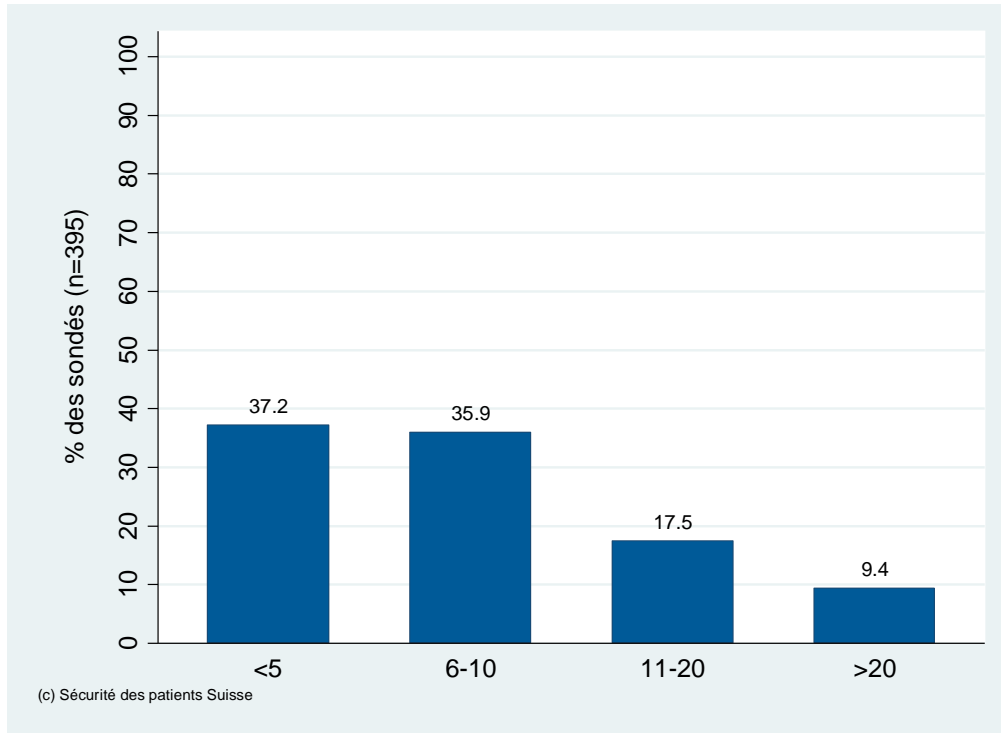


33.1. Pouvez-vous estimer le pourcentage de vos résidents soignés par **des médecins de l'institution** ?

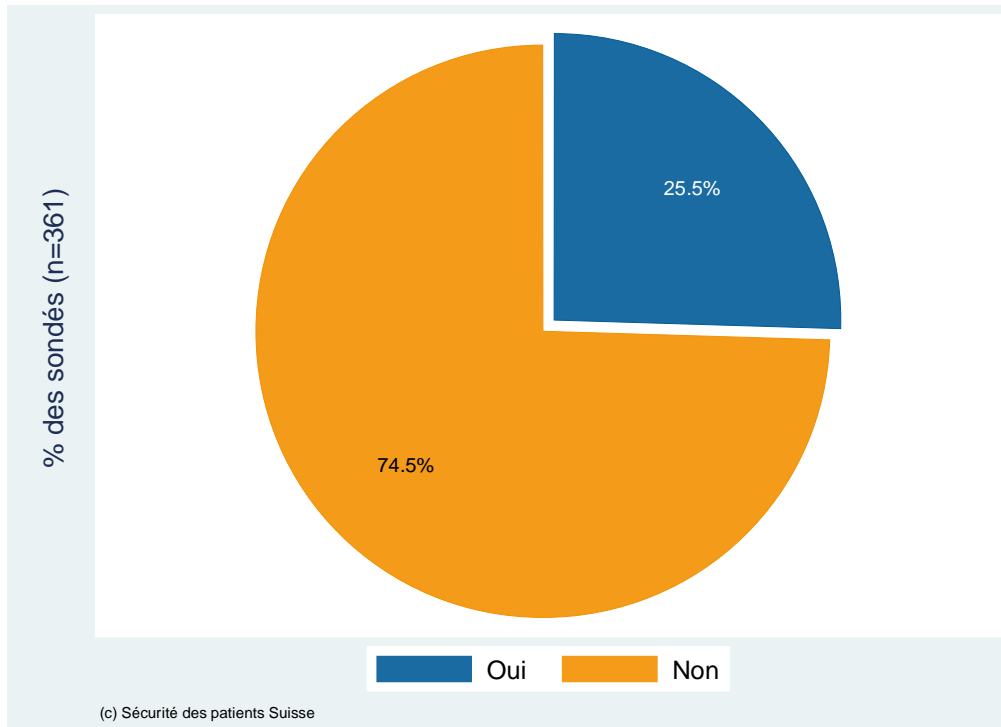


Question filtre (filtre question 33).

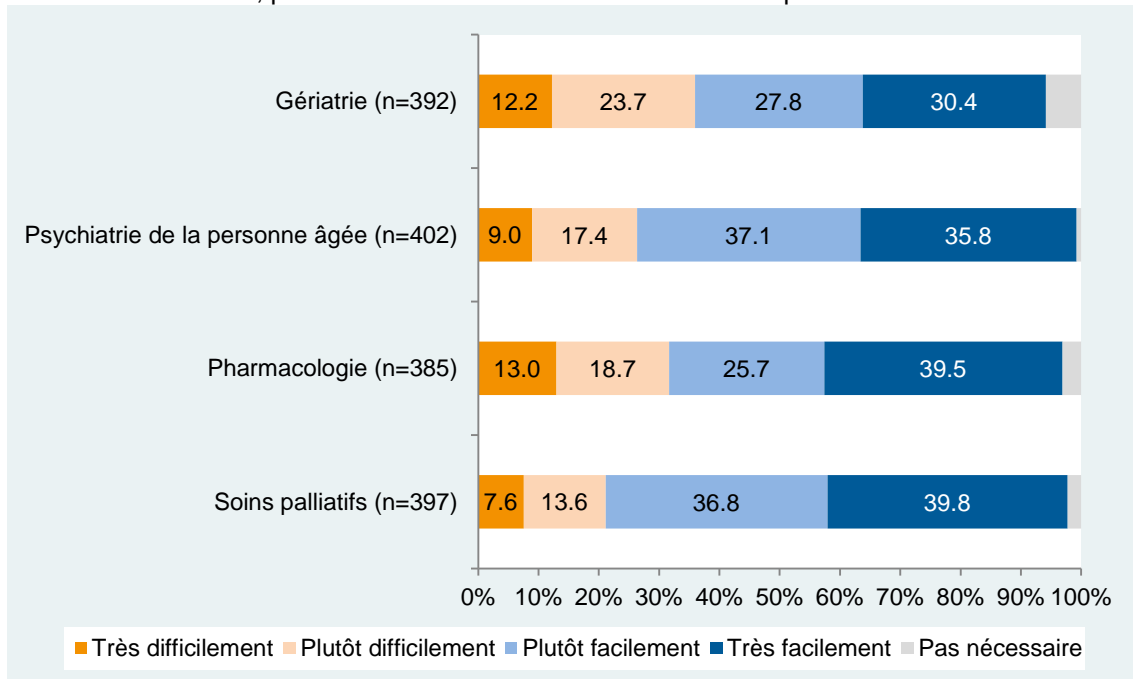
34. Pouvez-vous estimer combien de médecins de famille **qui ne sont pas employés par votre EMS** soignent des résidents dans votre établissement ?



35. Y a-t-il, entre l'institution et les médecins de famille **qui ne sont pas employés par l'EMS** un contrat qui règle les droits et les obligations?

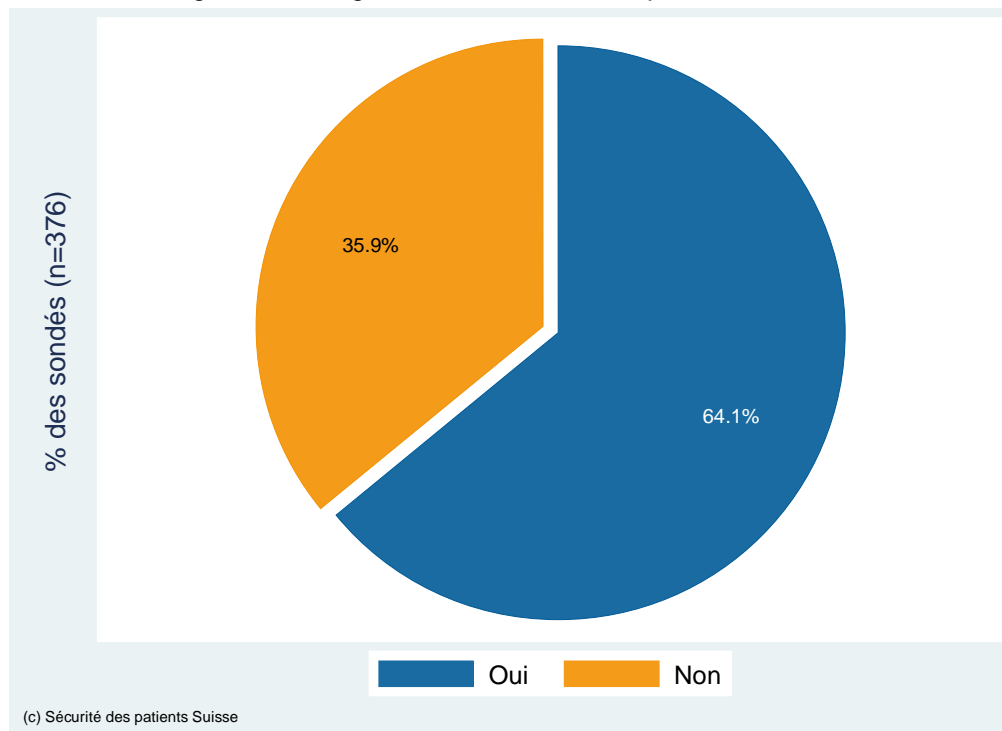


36. En cas de besoin, pouvez-vous avoir recours facilement aux spécialités médicales suivantes ?

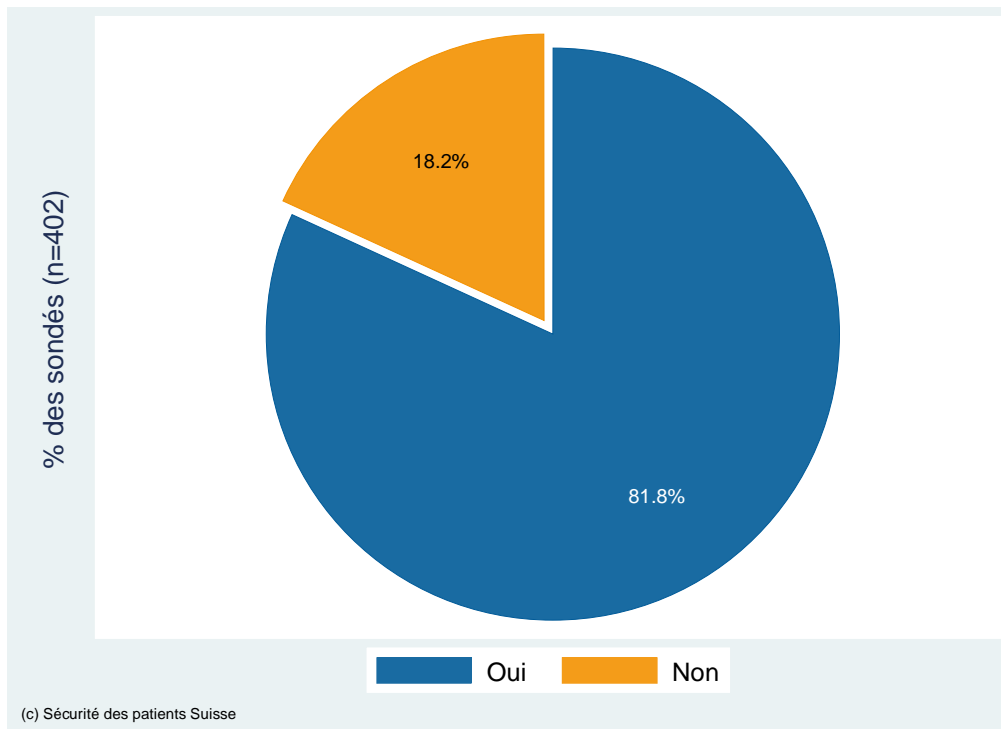


3.8. Suivi pharmaceutique

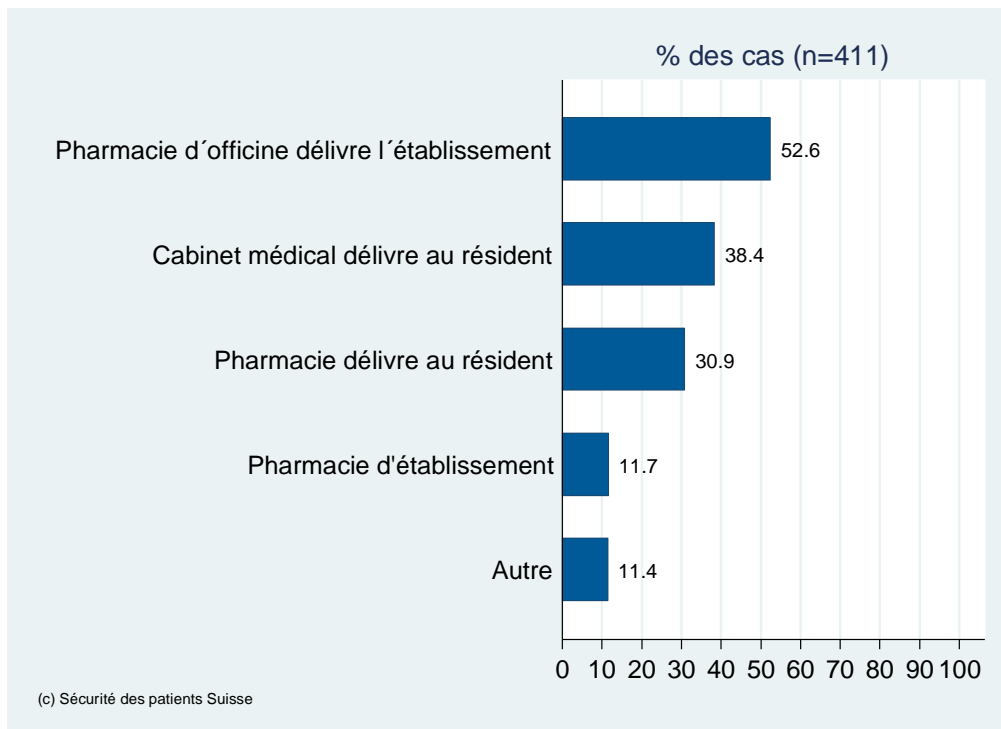
38. Êtes-vous légalement obligés de travailler avec un pharmacien ?



39. Avez-vous un pharmacien-conseil?

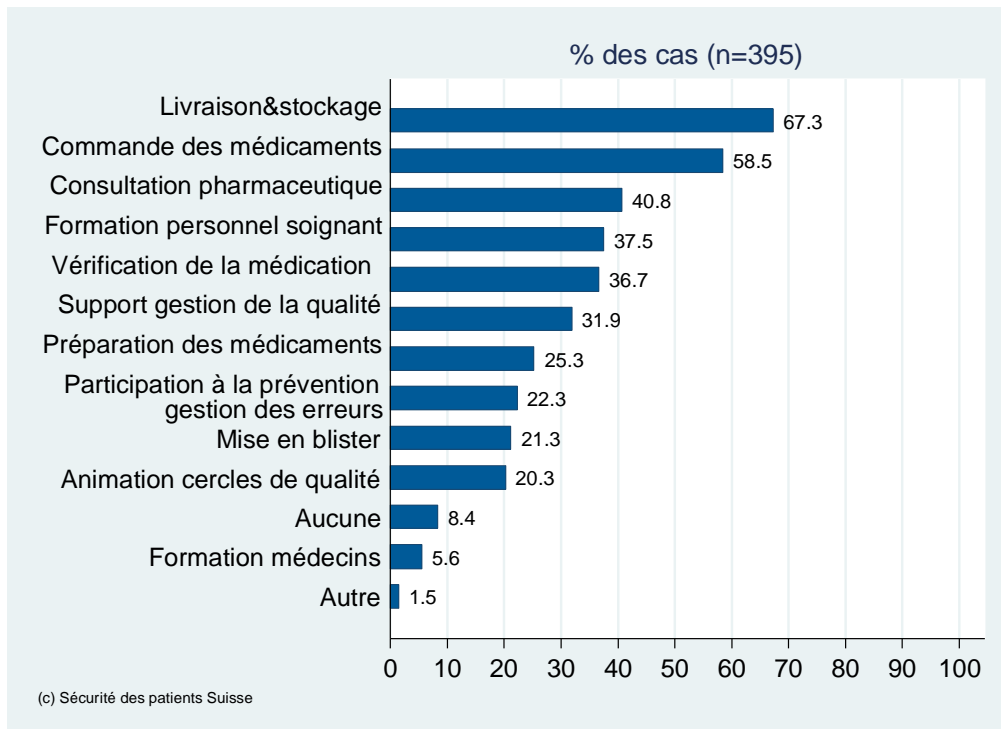


40. De quelle manière vous approvisionnez-vous en médicaments ? (plusieurs réponses possibles)



Une seule catégorie de réponses choisie : 63,0% ; plusieurs catégories de réponses choisies : 37,0%.

41. De quelles prestations pharmaceutiques disposez-vous? (plusieurs réponses possibles)



4. Résumé et conclusion

Retours et échantillon aléatoire

Sur les 1525 directions de soins identifiées, 420 ont participé à l'enquête (taux de retour : 27,5%). Se procurer toutes les adresses électroniques personnelles aurait représenté une charge de travail énorme, raison pour laquelle la collecte des données a dû se faire avec quelques restrictions. Les invitations ont été adressées aux directions de soins de manière non nominatives et le lien vers le questionnaire en ligne devait être copié à la main dans le navigateur. Ce dernier point a probablement constitué un obstacle non négligeable à la participation. Dans ce contexte, le taux de retour peut donc être considéré comme bon. Cette disposition à participer témoigne du grand intérêt que les établissements médico-sociaux vouent à la question de la sécurité de la médication.

Les trois régions linguistiques sont globalement représentées dans l'échantillon de manière proportionnelle. Le retour relatif a toutefois été supérieur au Tessin et inférieur en Suisse romande à la moyenne nationale, ce qui signifie d'une manière générale que le Tessin est légèrement surreprésenté et la Suisse romande légèrement sous-représentée. L'influence potentielle sur les résultats peut toutefois être considérée comme marginale. Toutes les principales caractéristiques organisationnelles, telles que la taille ou la forme juridique, sont bien représentées dans l'échantillon.

Suivi médical

Près d'un tiers des participants (36,2%) ont indiqué que leur institution a des médecins salariés. Mais même dans ces établissements, tous les résidents ne sont pas suivis par ces praticiens. Dans un tiers environ des EMS (35,1%), moins de 75% des résidents sont suivis par les médecins de l'établissement. Les EMS travaillent souvent avec un grand nombre de médecins accrédités différents qui ne sont pas employés par l'institution. Dans deux tiers des cas (62,8%), ils sont plus de cinq généralistes à suivre les résidents d'une institution. Un quart des participants (25,5%) ont indiqué avoir signé avec les médecins externes à l'institution un contrat qui règle leurs droits et devoirs. L'accès à des disciplines spécialisées varie en fonction des établissements. Près d'un tiers des participants estiment que l'accès en cas de besoin à des gériatres (36,0%) ou des pharmacologues (31,7%) est plutôt difficile, voire très difficile. En revanche, l'accès à des spécialistes de psychiatrie gériatrique (26,4% plutôt/très difficile) et des soins palliatifs (21,2% plutôt/très difficile) semble plus simple.

Suivi pharmaceutique

Au total, deux tiers des homes (64,1%) sont obligés du point de vue légal de travailler avec un pharmacien. La majorité des établissements (81,8%) a désigné un pharmacien-conseil. Les institutions interrogées se procurent les médicaments de différentes manières ; un tiers (37,0%) les reçoivent de plus d'un endroit. La palette des prestations pharmaceutiques auxquelles les établissements ont recours est vaste et ne se limite pas à la livraison et au stockage des médicaments, mais comprend souvent d'autres services pharmaceutiques ou de pharmacologie clinique.

Recueil d'informations lors de l'admission d'un résident

Un peu plus de la moitié des participants (55,8%) ont indiqué qu'à l'entrée d'un résident dans leur institution, une documentation des soins avec la médication actuelle ou le rapport de sortie d'un établissement était toujours mise à disposition ; 44,7% ont mentionné l'existence systématique d'une prescription médicale ou d'un rapport médical de sortie. Les autres sources d'information qui pourraient également être utilisées pour la saisie de la médication sont plus rarement utilisées. Dans presque tous les établissements (92,9%), les médicaments sont reportés dans le dossier du résident par le personnel infirmier. Seuls 40,6% des participants estiment toutefois que la liste des médicaments reportée par le service des soins est encore *systématiquement* validée par un médecin dans un délai d'une semaine après l'admission. Dans de nombreux EMS, d'autres intervenants que le personnel infirmier (médecins de l'établissement, médecins de famille, personnel pharmaceutique) ont également accès à la documentation des médicaments. Le taux de satisfaction



concernant les procédures de saisie des médicaments au sein des institutions est relativement élevé. Le niveau de satisfaction est toutefois nettement supérieur pour le déroulement des nouvelles admissions que celui des réadmissions après un séjour hospitalier (moyenne de 5.6 vs 5.3). Dans les champs de texte libre concernant la satisfaction, les participants ont évoqué un potentiel d'amélioration particulièrement dans le transfert des informations aux diverses interfaces. Les participants observent que les informations sur les médicaments issues de l'hôpital, sont souvent peu claires, incomplètes ou contradictoires, ou ne sont pas transmises en temps voulu, ce qui peut entraîner des lacunes au niveau des informations, des interruptions de traitement et une charge de travail supplémentaire pour se procurer les informations et les médicaments nécessaires.

Vérification de la médication

Dans la moitié environ des EMS (53,2%), une vérification systématique de la médication est prévue pour tous les résidents à intervalles réguliers clairement définis et dans près d'un établissement sur dix (11,8%), une telle vérification a lieu pour les résidents présentant des caractéristiques particulières (polymédication par exemple). La majorité des participants estime que ces vérifications prévues à intervalles réguliers sont *toujours*, ou du moins *souvent*, effectivement réalisées. Dans presque toutes les institutions, certaines situations entraînent toujours un contrôle systématique de la médication, notamment suite à une modification de l'état de santé du résident, mais aussi suite à une requête du personnel soignant ou à l'apparition d'effets secondaires. Plus de la moitié des établissements (56,8%) ont accès à des ressources électroniques pour vérifier les interactions potentielles entre les divers médicaments. Le degré de satisfaction vis-à-vis de la manière de vérifier les médications individuelles au sein de l'institution est modéré, avec une moyenne de 4.8. Les participants souhaitent un engagement plus grand des médecins prescripteurs, une vérification plus systématique et plus régulière de la médication et une meilleure collaboration entre le personnel infirmier et le corps médical.

La polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés

Très peu d'EMS (9,5%) ont recours à une liste des médicaments inappropriés pour les personnes âgées. Ils sont également peu nombreux à émettre des consignes explicites sur le choix des médicaments. Près de la moitié des participants (48,4%) ont indiqué émettre des recommandations au sujet des médicaments aux médecins prescripteurs pour des raisons techniques et/ou économiques. Les neuroleptiques et les benzodiazépines sont parmi les médicaments comportant le plus de risques pour les personnes âgées. Un grand nombre de participants (70,6%) a indiqué que des efforts sont déjà entrepris dans leur institution pour réduire le recours à des neuroleptiques et/ou des benzodiazépines. Les mesures fréquemment citées sont que la nécessité d'utiliser de tels médicaments est évaluée individuellement et analysée de manière approfondie et que les prescriptions sont vérifiées occasionnellement dans le cadre des visites médicales, des discussions de cas ou des cercles de qualité. De nombreux établissements ont recours à des médecines parallèles ou des alternatives non médicamenteuses, telles que des mesures de soins ou thérapeutiques. Et pourtant, plus d'un cinquième des participants estime que les résidents reçoivent plus de psychotropes que nécessaire. De plus, la moitié des établissements interrogés (51,8%) pense utiliser, d'une manière générale, plus de médicaments qu'il ne serait nécessaire.

Surveillance des effets secondaires

Une majorité de participants (71,3%) a indiqué que le personnel a pour instruction de surveiller l'apparition d'effets secondaires spécifiques. Toutefois, il n'y a guère de processus ou d'instruments standardisés pour surveiller les effets secondaires au sein des EMS. L'échange avec le médecin responsable au sujet de situations médicales particulières a été jugé plutôt facile par les participants (moyenne 5.4). C'est surtout l'accessibilité des médecins externes qui pose problème. De plus, des points de vue hiérarchiques et techniques divergents entre les différentes catégories professionnelles peuvent aussi entraver la collaboration. 41% des institutions ont indiqué disposer de structures et processus spécifiques pour discuter de la thérapie médicamenteuse avec les résidents et leurs proches. Outre les situations particulières qui entraînent une



discussion au sujet de la thérapie (p. ex. les nouvelles prescriptions, une péjoration de l'état de santé ou une admission), les méthodes régulières et standardisées pour discuter de la thérapie sont par exemple les entretiens avec les proches, les points de situation ou discussions régulières sur l'état de santé ainsi que les tables rondes. En outre, des discussions avec les résidents ont lieu dans le cadre de visites ou si le besoin s'en fait ressentir. D'une manière générale, le degré de satisfaction des participants sur les procédures de surveillance des effets secondaires est plutôt modéré (moyenne 4.2). Une observation plus cohérente et plus structurée des effets indésirables, davantage de mesures de sensibilisation et de formation du personnel infirmier à ce sujet ainsi qu'une collaboration améliorée avec le corps médical ont été souvent mentionnés comme mesures d'amélioration potentielles.

Erreurs de médication et événements indésirables médicamenteux

Afin de mieux percevoir les besoins d'action, les participants ont aussi été priés d'indiquer combien d'événements indésirables médicamenteux et d'incidents liés à la médication ils ont connus durant les quatre dernières semaines. 20 participants (4,9%) ont indiqué qu'un résident avait dû être hospitalisé en stationnaire au cours des quatre dernières semaines en raison de possibles effets secondaires (que l'incident ait été évitable ou non). Dans 29 institutions (7%), un incident médicamenteux grave s'est produit au cours de la même période. La plupart des EMS (77,4%) ont déjà mis en place des mesures de prévention et d'analyse des erreurs de médication. Les mesures souvent évoquées sont le contrôle des médicaments préparés, un système d'annonce des erreurs et des concepts et standards généraux de médication.

Conclusion et perspectives

Le sondage donne une vue d'ensemble des pratiques, processus, structures et défis actuels liés à la saisie de la médication, à la vérification des médicaments et à la surveillance des effets secondaires du point de vue des directions de soins dans les EMS suisses. Les résultats confirment que la sécurité de la médication pour les soins de longue durée est une question centrale pour la sécurité des patients sur laquelle les établissements doivent se pencher encore davantage.

Les résultats mettent en exergue que le suivi médical et pharmaceutique est organisé de manière très hétérogène au sein des établissements médico-sociaux de Suisse. En ce qui concerne l'encadrement médical, trois modèles se dégagent qui peuvent être utiles pour l'analyse ultérieure des données. Dans le « modèle du médecin interne à l'institution », les résidents sont principalement suivis par des médecins engagés à l'interne. Dans le « modèle du médecin de famille », les institutions travaillent exclusivement avec des médecins externes. Finalement, il existe un « modèle mixte », dans lequel les résidents sont suivis par des médecins internes comme par des praticiens externes. L'encadrement pharmaceutique des EMS varie aussi en fonction des établissements. Dans de nombreuses institutions, les médicaments sont achetés via divers canaux, ce qui augmente la complexité du processus de médication au sein de l'institution. La plupart des établissements travaillent en outre avec un pharmacien-conseil désigné spécialement et beaucoup d'entre eux font appel à des prestations pharmaceutiques et de pharmacologie clinique qui vont au-delà de la commande et de la livraison des médicaments. Au cours d'une prochaine étape de travail, il s'agira d'analyser plus précisément la configuration actuelle et le potentiel de l'encadrement pharmaceutique des EMS. Les prescriptions cantonales divergentes en matière de recours à des pharmaciens ainsi que les réglementations sur la remise des médicaments par les médecins de famille et les pharmacies influencent largement les pratiques des différents établissements en matière d'encadrement pharmaceutique et devront être pris en compte lors des prochaines étapes.

Les données révèlent que, lors des admissions de résidents dans un EMS, les informations concernant les médicaments arrivent souvent trop tard ou sont d'une qualité insuffisante, ce qui entraîne une surcharge de travail et des retards dans la thérapie, mais aussi une augmentation du risque d'incohérences médicamenteuses. La médication, une fois saisie dans le dossier du résident par le service des soins, est apparemment rarement ou pas du tout validée par un médecin juste après l'admission, même si cette validation est de la responsabilité du médecin. Les raisons en sont peu claires et devront être explorées au cours d'une pro-



chaîne étape de travail. Seule une petite part des institutions travaille encore exclusivement avec des dossiers papier ; la plupart ont déjà opté pour des systèmes de documentation électroniques. Le sondage montre par ailleurs que dans de nombreux établissements, le personnel infirmier mais aussi les médecins traitants ont accès à la documentation des médicaments. La question reste ouverte de savoir dans quelle mesure l'accès à la documentation est effectivement utilisée pour regrouper les données des différents prestataires en un seul endroit.

Une vérification des médicaments à intervalles réguliers ou dans certaines situations spécifiques a lieu dans de nombreux EMS. Toutefois, les résultats amènent à conclure que le caractère contraignant, systématique et régulier des contrôles peut être amélioré. Par ailleurs, les discussions au sujet de la thérapie avec les résidents et leurs proches n'ont souvent pas lieu dans un cadre structuré. En ce qui concerne la surveillance des effets secondaires des médicaments, il manque aussi souvent des processus et moyens auxiliaires structurés et les professionnels concernés ne sont pas toujours suffisamment sensibilisés ou ne disposent pas des connaissances techniques nécessaires. Pour la vérification des médicaments et l'observation des effets secondaires, il est essentiel d'optimiser la collaboration entre le personnel infirmier et les médecins responsables.

Les résultats montrent aussi que la diminution de la polymédication et l'utilisation sûre des médicaments potentiellement inappropriés doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part du personnel soignant impliqué, mais aussi des résidents et de leurs proches. Les EMS eux-mêmes ont peu de marge de manœuvre pour influencer le comportement des médecins en matière de prescriptions. Certes, de nombreuses institutions émettent des recommandations à l'attention des médecins prescripteurs sur le choix des médicaments, mais elles sont rares à émettre des consignes à ce sujet. Certains établissements ont conclu avec les médecins externes un contrat qui règle leurs droits et devoirs. Ces contrats pourraient être un instrument pour définir les attentes et obligations réciproques en matière de médicaments. Pour se faire une image complète des processus et de la réalité actuels, il est toutefois essentiel de recueillir au cours d'une prochaine étape le point de vue des médecins qui assurent le suivi des résidents au sein des EMS.

Une prochaine étape consistera à procéder à des analyses approfondies pour affiner les résultats et en tirer les recommandations qui s'imposent. D'une part, il s'agira d'analyser plus précisément les données de l'enquête en ligne pour vérifier s'il existe des différences en fonction de la région linguistique ou de la taille des établissements et d'évaluer si le degré de satisfaction envers les procédures dépend de différents facteurs. D'autre part, des interviews ou des ateliers doivent être menés avec les médecins de famille, les pharmaciens ou d'autres spécialistes pour discuter de manière approfondie du besoin d'agir et des solutions possibles. Les résultats de l'enquête seront aussi publiés sous forme de publication scientifique.



5. Références bibliographiques

- (1) Schneider R, Schur N, Reinau D, Schwenkglens M, Meier C. Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017. Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016. 2017. Available from: <https://www.helsana.ch/de/helsana-gruppe/unternehmen/gesundheitswissenschaften/arsneimittelreport> [cited 2017 Nov 20].
- (2) Viktil KK, Blix HS, Moger TA, et al. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007;63(2):187-95.
- (3) Rochon PA, Gurwitz JH. The prescribing cascade revisited. *Lancet* 2017 May 6;389(10081):1778-80.
- (4) Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl International* 2010 Aug 9;107(31-32):543-51.
- (5) Morin L, Laroche M-L, Texier G, et al. Prevalence of Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Living in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(9):862-9.

