



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Programme pilote national
«progress! La sécurité de la médication en EMS»

Standards de qualité pour une médication plus sûre et orientée vers les résidentes et résidents en EMS

Dre Lea Brühwiler, MSc Pharm. Wiss.
Dre méd. Simone Fischer
Andrea Niederhauser, MPH
Prof. Dr David Schwappach, MPH

Mars 2021

progress !



**Médication
dans les EMS**

**Tout ce qu'il faut,
juste ce qu'il faut.**

Table des matières

1	Besoin d’agir	4
2	Objectifs du programme	4
3	Standards de qualité	5
3.1	Objectifs, groupes cibles et champ d’application	5
3.2	Méthodes	5
3.2.1	Recherche systématique de directives	5
3.2.2	Résultats du projet de base, modèle d’impact et interviews avec les expertes et les experts	6
3.2.3	Elaboration des précisions et explications rationnelles	6
3.3	Définition des standards de qualité	6
3.3.1	Standard de qualité I: La médication est revue régulièrement et dans des situations définies.	7
3.3.2	Standard de qualité II: La revue de la médication est effectuée de manière structurée.	8
3.3.3	Standard de qualité III: Le suivi de la médication est assuré de manière structurée.	10
3.3.4	Standard de qualité IV: Tous les professionnels s’engagent pour une collaboration interprofessionnelle optimale.	11
3.3.5	Standard de qualité V: Les résidentes et résidents sont activement intégrés au processus de médication.	13
4	Procédure Delphi	14
4.1	Objectif	14
4.2	Démarche	14
4.2.1	Recrutement des expertes et des experts	14
4.2.2	Pilote	15
4.2.3	Réalisation	15
4.2.4	Evaluation	15
4.3	Éthique	17
5	Bibliographie	18
6	Annexe	22
6.1	Mots clefs utilisés pour la recherche systématique dans les bases de données scientifiques	22
6.2	Liste des bases de données des directives utilisées pour la recherche systématique	23

Remarques

- Dans le présent texte, le terme «EMS», qui signifie établissements médicaux sociaux, englobe également les «homes pour personnes âgées». Il ne désigne cependant pas les logements protégés, les appartements médicalisés ou les hospices.
- Les exigences légales et spécifiques qui s'appliquent à l'ensemble des pratiques et des processus décrits ci-dessous prévalent sur celles décrites dans les standards de qualité. Les personnes responsables des EMS doivent s'assurer que les lois sont respectées.
- Les standards de qualité présentés dans ce document décrivent des exigences minimales pour la prise en charge. Certaines situations exigent des mesures cliniques plus approfondies.

Abréviations

AIMS	Outil pour la revue de la médication (cf. SQ III)
CDSS	Clinical Decision Support System
GPGP	Algorithme Good-Palliative Geriatric-Practice
MPI	Médication potentiellement inappropriée (une sous-catégorie de la PIP)
PIP	Potentially inappropriate prescribing, prescription potentiellement inappropriée
SQ	Standards de qualité
EIM	Evénements indésirables médicamenteux

1 Besoin d'agir

La Suisse compte près de 120 000 résidentes et résidents en EMS, dont la majorité est âgée et présente une multimorbidité [1]. Les limitations liées à l'âge et la multimorbidité entraînent très souvent un problème de polypharmacie, qui augmente à son tour la probabilité d'interactions médicamenteuses, d'emploi incorrects des médicaments, de confusion entre médicaments, de mauvaise adhésion au traitement et surtout d'événements indésirables médicamenteux (EIM) [2–4]. Chaque médicament supplémentaire augmente le risque de dégradation des fonctions cognitives, d'hospitalisations et de mortalité [5–10]. Dès la prise de deux médicaments, le risque d'EIM augmente de 8,6 % pour chaque médicament supplémentaire [11]. En Suisse, les résidentes et résidents en EMS reçoivent en moyenne 9,3 médicaments, et 85,5 % d'entre eux sont en situation de polypharmacie (définie par la prise d'au moins cinq médicaments en l'espace de trois mois) [12].

La polypharmacie est particulièrement problématique lorsqu'il existe un risque de prescription potentiellement inappropriée (ou potentially inappropriate prescribing en anglais, PIP), qui peut être classé en trois catégories: sur-prescription, sous-prescription et prescription inadaptée [13]. Une sur-prescription (ou overprescribing en anglais) est définie comme un traitement non indiqué. Lors d'une revue de la médication effectuée dans le cadre d'une étude interventionnelle suisse menée auprès de 329 résidentes et résidents en EMS, 56 médicaments sans indication ont été identifiés [14]. Une sous-prescription (underprescribing) désigne une situation dans laquelle des médicaments indiqués ne sont pas prescrits [15]. Par exemple, une étude néerlandaise a démontré une sous-prescription en gériatrie chez 43 % des personnes en situation de polypharmacie, contre seulement 13,5 % des personnes sans polypharmacie [16]. Une prescription inadaptée (misprescribing en anglais) correspond à une prescription erronée ou sous-optimale d'une médication indiquée [13]. Elle est elle aussi divisée en sous-catégories: rentabilité, suivi (p. ex. suivi inapproprié ou manquant), duplicata ou médication potentiellement inappropriée (MPI). En gériatrie, une MPI présente un mauvais rapport bénéfice-risque. Elle est susceptible d'augmenter le risque d'EIM [17] et d'hospitalisations [18–21]. Des données récoltées en Suisse en 2016 montrent que 79,1 % des résidentes et résidents en EMS ont reçu au moins une MPI [12].

La polypharmacie et la MPI sont donc des problématiques centrales du traitement médicamenteux des résidentes et résidents en EMS qui mettent leur sécurité en danger.

2 Objectifs du programme

L'objectif principal du programme «progress! La sécurité de la médication en EMS» est de réduire le nombre d'EIM chez les résidentes et résidents en EMS de Suisse.

Nous souhaitons rendre la médication prescrite plus sûre et orientée vers les résidentes et résidents, c'est-à-dire rechercher le plus grand bénéfice par rapport au risque le plus faible tout en tenant compte des préférences et besoins individuels des résidentes et résidents. Comme évoqué dans le premier chapitre, les problématiques principales ici sont la polypharmacie et la MPI.

Dans le cadre du programme «progress! La sécurité de la médication en EMS», nous définissons la médication sûre comme un changement vers:

- une diminution du nombre de médicaments (réduction de la polypharmacie);
- une diminution du nombre de MPI, c'est-à-dire le nombre de médicaments dont le rapport bénéfice-risque est défavorable pour les résidentes et résidents, en particulier le nombre de substances antipsychotiques, de benzodiazépines ou de médicaments avec des effets secondaires anticholinergiques;
- une diminution du nombre d'interactions médicamenteuses et de duplicata dont les effets peuvent être nocifs.

Afin que la médication des résidentes et résidents en EMS devienne plus sûre, il s'agit donc d'identifier correctement les sous-prescriptions, les sur-prescriptions et les prescriptions inadaptées et de les adapter avec compétence. Les médicaments inutiles et potentiellement nocifs doivent être particulièrement évités et, si possible, arrêtés ou diminués de manière contrôlée (déprescription, ou deprescribing en anglais). Si la médication ne peut être réduite pour des raisons médicales, il faut être attentif à la pertinence de la (poly)médication. De nouveaux médicaments doivent également être prescrits si leurs bénéfices sont plus importants que leurs risques.

Par «médication orientée vers les résidentes et les résidents», nous entendons la prise en compte des souhaits, des besoins et de la situation de vie. Cela ne peut se faire de façon cohérente que si les résidentes et les résidents sont activement intégrés au processus de médication, pour autant que cela soit possible.

3 Standards de qualité

3.1 Objectifs, groupes cibles et champ d'application

Les standards de qualité (SQ) définis ci-dessous décrivent les exigences minimales appliquées aux processus de médication et aux comportements que les professionnels doivent adopter afin d'atteindre l'objectif présenté dans le chapitre 2: une médication sûre et orientée vers les résidentes et résidents. L'accent est mis sur les processus de revue et de surveillance de la médication dans lesquels l'ensemble des professionnels concernés ainsi que les résidentes et résidents sont impliqués.

Les groupes cibles des SQ sont les professionnels de tous les métiers impliqués dans le processus de médication des résidentes et résidents en EMS, c'est-à-dire les médecins, les pharmaciennes et pharmaciens ainsi que le personnel soignant.

Les recommandations de ces standards de qualité s'appliquent au traitement médicamenteux des personnes résidentes en EMS. Par traitement médicamenteux, nous entendons tout traitement pharmaceutique de médecine conventionnelle ou de médecine alternative, ainsi que la décision de renoncer à un traitement médicamenteux.

Bien entendu, ils existent des situations cliniques dans lesquelles les exigences minimales décrites ici ne sont pas suffisantes. Dans ces cas-là, des activités cliniques plus approfondies des professionnelles deviennent nécessaires.

Les standards de qualité ne s'appliquent **pas** aux traitements prodigués en fin de vie !

Par ailleurs, les aspects suivants ne sont pas pris en compte:

- anamnèse, examens cliniques et diagnostic;
- commande, livraison, stockage, préparation, administration et élimination des médicaments, et validation de routine de la prescription par la pharmacienne ou le pharmacien;
- recommandations thérapeutiques concernant des indications spécifiques et choix de mesures diagnostiques concrètes à des fins de surveillance thérapeutique, telles que les tests de laboratoire, les ECG ou le mini-mental state;
- traitements non pharmaceutiques comme la psychothérapie, la physiothérapie, les dispositifs médicaux et les interventions chirurgicales;
- adhésion au traitement des résidentes et résidents.

3.2 Méthodes

Ces standards de qualité se basent sur une recherche systématique de directives ainsi que sur les résultats du projet de base «progress! La sécurité de la médication en EMS» [22]. Ils ont été élaborés à l'aide d'un modèle d'impact ainsi que d'interviews d'expertes et d'experts. Une première série de standards de qualité a été rédigée, puis elle a été approfondie, reformulée et précisée (Méthode Delphi ► chapitre 4).

3.2.1 Recherche systématique de directives

Une recherche systématique des directives pertinentes a été menée en novembre 2018. Les critères d'inclusion étaient les suivants: directives pratiques destinées aux professions de la santé en anglais, en allemand ou en français, datant de dix ans ou moins, axées sur les bonnes pratiques de prescription ou les bonnes pratiques de revue de la médication et prenant en compte les résidentes et résidents en EMS ou les patients âgés.

La recherche a été faite dans des bases de données scientifiques, des bases de données de directives et sur des moteurs de recherche:

- les bases de données scientifiques Pubmed, Cinahl et Embase ont été utilisées. Les termes de recherche utilisés sont listés dans l'annexe 6.1;
- en ce qui concerne les banques de données de directives, les recherches ont été menées dans des bases de données connues de l'équipe du programme ou qui ont été trouvées à l'aide d'une recherche non systématique sur Google. La liste de ces bases de données figurent dans l'annexe 6.2. Comme lors des recherches dans les bases de données scientifiques, des synonymes (p.ex. «médicament» au lieu de «médication») ont également été employés. Lorsque des bases de données dont la langue n'était pas l'anglais ont été consultées, les termes ont été traduits dans la langue correspondante. Lorsqu'aucune recherche en texte libre n'était possible, les documents des bases de données de directives ont été consultés (sélection par titre);
- la recherche systématique sur les moteurs de recherche (Google) a donné lieu à de très nombreux résultats. Ces pages n'ont donc pas pu être consultées de manière systématique.

Cinq directives conformes aux critères d'inclusion énumérés ci-dessus ont été trouvées [23–27]. Elles ont été évaluées en fonction de leurs avantages et de leurs inconvénients. Deux des directives avaient un inconvénient majeur [26,27]: la méthode avec laquelle elles avaient été élaborées n'y

était pas décrite. De plus, la directive *Leitlinie Multimorbidität* [25] est rédigée en fonction des indications, ce qui ne convient pas à notre thématique. Ces trois directives ont donc été exclues. Nous avons donc finalement intégré à notre travail les directives *Managing medicines in care homes* [23] et *Hausärztliche Leitlinie Multimedikation* [24] en tant qu'outils de base solides pour l'élaboration de nos standards de qualité.

3.2.2 Résultats du projet de base, modèle d'impact et interviews avec les expertes et les experts

Une recherche de littérature, une enquête en ligne auprès des directions de soins des EMS suisses ainsi que des interviews exploratoires auprès de médecins, menés dans le cadre du projet de base «progress! La sécurité de la médication en EMS» ont permis d'obtenir les résultats suivants, dont nous avons tenu compte durant l'élaboration des standards de qualité:

- les interventions multimodales semblent prometteuses. Afin d'atteindre l'objectif du programme, il faut donc agir à différents endroits;
- les interventions testées au niveau national et international ont certes contribué à la définition des standards de qualité, mais elles ne peuvent pas être appliquées telles quelles à l'ensemble de la Suisse. Leur adaptabilité à la situation extrêmement hétérogène de la Suisse doit faire l'objet de suffisamment d'attention;
- il s'agit d'encourager la collaboration interprofessionnelle, la création de canaux et d'espaces d'échange et de communication ainsi que des processus interprofessionnels, et la définition des responsabilités;
- des processus réglementés et structurés de revue de la médication et de surveillance des traitements doivent être étendus à toute la Suisse et implémentés. Cela nécessite des aides et des instructions;
- la revue de la médication doit être faite régulièrement (non orientée sur un problème) et en fonction de la situation (orientée sur un problème).

Les résultats détaillés sont consignés dans les publications relatives au projet de base [22, 28–30].

Un modèle d'impact a été développé durant le projet de base ainsi que durant la première phase du projet d'approfondissement. Celui-ci montre quels seront les effets des mesures et des activités du projet. La logique de fonctionnement a été discutée durant plusieurs réunions internes de l'équipe avant d'être définie. Les interviews menées auprès

des professionnels ou d'expertes et experts ont également joué un rôle décisif dans la création du modèle d'impact et l'élaboration et la définition des standards de qualité.

3.2.3 Elaboration des précisions et explications rationnelles

Les standards de qualité définis ont été précisés de manière à ce qu'ils puissent être appliqués dans les EMS en tant qu'exigences minimales.

Les diverses précisions se basent principalement sur la littérature scientifique. Contrairement aux standards de qualité, pour lesquels seules les directives NICE et DEGAM, trouvées dans la recherche systématique, ont été incluses, d'autres directives ont également été consultées comme source d'information pour les précisions. Ces directives, en raison de leur hétérogénéité (pays d'origine, système de santé, auteures et auteurs), ont constitué une source d'information précieuse pour la définition des standards de qualité.

Les explications rationnelles (état de 2019) justifient le choix des précisions sur la base des sources susmentionnées. Leur but est d'aider les professionnels à comprendre les précisions.

3.3 Définition des standards de qualité

Les cinq standards de qualité suivants ont été définis en tant qu'exigences minimales relatives pour la prise en charge dans les EMS:

- la médication est revue régulièrement et dans des situations définies;
- la revue de la médication est effectuée de manière structurée;
- le suivi de la médication est assuré de manière structurée;
- tous les professionnels s'engagent pour une collaboration interprofessionnelle optimale;
- les résidentes et résidents sont activement intégrés au processus de médication.

La mise en pratique des standards de qualité (I-III) dépend d'une condition fondamentale: tous les professionnelles et professionnels doivent avoir à leur disposition pour chaque résidente et résident un dossier de soins contenant des informations mises à jour, correctes et compréhensibles [23, 24, 31]. Et tous les professionnels impliqués doivent disposer des mêmes informations. Cela signifie par exemple qu'une modification apportée à la médication doit être modifiée auprès de tous les professionnels. Cela nécessite des processus de comparaison des informations aux interfaces

clairement définis et, dans l'idéal, un accès au système de documentation des autres professionnels concernés, voire un système de documentation central ou uniforme. Tous les professionnelles et professionnels doivent pouvoir s'entendre sur un langage commun c'est-à-dire les mêmes abréviations, unités de mesure, etc.

Le programme contribue au développement d'une culture de sécurité dans l'EMS. Une condition préalable essentielle à cela est que tous les professionnels participants se rassemblent derrière cet objectif et cette aspiration.

Dans les paragraphes suivants, les cinq standards de qualité seront précisés, à l'aide d'explications rationnelles présentant les données probantes correspondantes et justifiant le choix de chaque standard (cf. chapitre 3.2.3).

3.3.1 Standard de qualité I: La médication est revue régulièrement et dans des situations définies

Une revue de la médication est effectuée régulièrement pour chaque résidente et résident («revue régulière de la médication»).

- Les revues régulières doivent être effectuées au moins tous les six mois.
- La date de la revue régulière suivante est consignée par écrit et individuellement pour chaque résidente et résident.
- Un professionnel désigné est responsable de la gestion des échéances, c'est-à-dire qu'il en assure le suivi.

La médication de la résidente ou du résident est revue dans des situations définies («revue de la médication en fonction de la situation»).

- Les «situations définies» sont:
 - chaque modification significative de l'état de santé général, des paramètres vitaux ou des valeurs de laboratoire;
 - nouvelle admission dans l'EMS;
 - chaque réadmission après un séjour hospitalier;
 - lorsqu'un spécialiste intervenant dans le cadre d'une consultation ou un autre médecin (p. ex. médecin urgentiste, remplaçante ou remplaçant) établit une nouvelle prescription;
 - lorsqu'un professionnel (infirmière ou infirmier, pharmacienne ou pharmacien, spécialiste) signale qu'une revue de la médication est indiquée pour des questions de sécurité;
 - lorsque la revue de la médication est prévue dans le monitoring (cf. QS III)

- Le personnel infirmier signale chacune de ces situations à la médecin ou au médecin dès qu'il en a connaissance.
- La ou le médecin est responsable de la conduite d'une revue de la médication dictée par une situation définie, lorsque ladite situation se présente.
- Cette revue est effectuée pour chaque situation définie, même si une revue régulière ou une revue liée à une situation a été menée peu de temps auparavant.

Explications rationnelles

La revue de la médication (ou *medication review* en anglais) est décrite dans la littérature scientifique ainsi que dans diverses directives. Etant donné que cette analyse de la médication, qui est parfois très complète et mise en œuvre de manière hétérogène, est ce qui se rapproche le plus de la revue de la médication présentée ici, les explications rationnelles qui la justifient se basent sur ces études et ces directives.

La fréquence des revues de la médication décrite dans la littérature scientifique et recommandée dans les directives est très hétérogène. Les directives basées sur des données probantes ainsi qu'un consensus d'experts recommandent au moins une revue par année [23,24]. D'autres directives recommandent une revue tous les six à douze mois [32], tous les douze mois [27,33], tous les quinze mois [34], ou avec régularité, sans définir de fréquence [35–40]. Peu d'études précisent l'intervalle à laquelle la revue de la médication doit avoir lieu pour améliorer les résultats liés aux médicaments: des données préliminaires tirées de l'étude suisse Chronic Care sur la prise en charge ambulatoire ont montré qu'après la revue de la médication, le nombre de médicaments était significativement inférieur dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle. Cependant, cette différence n'a plus pu être observée après six mois (Neuner-Jehle et al., données non publiées tirées de l'étude Chronic Care). Une étude contrôlée randomisée israélienne a évalué une revue de la médication au début de l'étude, et six mois plus tard [41,42]. Les données ont montré que les résultats (nombre de médicament, prescriptions potentiellement inappropriées, coûts et chutes) dans le groupe d'intervention se sont améliorés après la première et la deuxième revue. Sur la base de ces données probantes, une revue de la médication tous les six mois semble donc justifiée, et plausible.

Modification: il est plausible que les médicaments doivent être évalués à chaque modification de l'état de santé, d'une part afin de déterminer si des médicaments sont en cause, et d'autre part afin d'identifier les médicaments inappropriés en situation aiguë.

Nouvelle admission ou réadmission: un séjour hospitalier précède souvent une (ré)admission [43]. Lors d'un séjour à l'hôpital, de nombreux changements thérapeutiques sont généralement apportés et les MPI sont alors utilisés plus fréquemment, comme l'ont montré deux études suisses menées auprès de patientes et de patients hospitalisés et ambulatoires. [20, 44]. Lors d'une nouvelle admission, les médicaments doivent être à nouveau recensés de manière systématique, action qui présente des risques d'erreurs [45]. D'un point de vue professionnel et organisationnel, une revue de la médication serait donc judicieuse à chaque nouvelle admission ou réadmission.

Prescription établie par une ou un médecin spécialiste ou un autre membre du corps médical: il peut être difficile pour une ou un médecin spécialiste ou autre membre du corps médical appelé en urgence d'avoir une vue d'ensemble de la situation de la résidente ou du résident en EMS. Le médecin traitant ou le médecin traitant de la résidente ou du résident devrait donc également s'assurer que les changements thérapeutiques apportés par la ou le médecin spécialiste ou urgentiste sont orientés vers le résident. Un éditorial [46] et deux directives [37, 38] soulignent le rôle du corps médical lors d'une situation de *shared care* (soins partagés).

Préoccupations relatives à la sécurité: diverses directives mettent en évidence la pertinence d'une revue de la médication lorsqu'une résidente ou un résident ou une professionnelle ou un professionnel en émettent le souhait [35,40]. Différents professionnels peuvent identifier et exprimer des préoccupations relatives à la sécurité de la médication existante sur la base de leur expertise et de leurs observations (ce qu'on appelle *speaking up* en anglais). Dans la littérature scientifique, ce comportement est souvent évoqué et considéré comme positif [47,48] partant du principe qu'il peut augmenter la sécurité des patientes et des patients [49].

3.3.2 Standard de qualité II: La revue de la médication est effectuée de manière structurée

- Ce standard de qualité s'applique aussi bien aux revues régulières de la médication qu'à celles dictées par la situation, même si certains aspects de leur exécution peuvent varier.
- Chaque professionnel impliqué dans la revue s'assure d'avoir une liste complète, actuelle et correcte des médicaments.

Evaluation pharmaceutique

- Dans la mesure du possible, la pharmacienne ou le pharmacien vérifie s'il s'agit d'une prescription inadaptée:
 - interactions pertinentes;
 - duplicata de principes actifs ou de groupes de principes actifs;
 - principe actif potentiellement inapproprié*;
 - posologie potentiellement inappropriée (y compris dosage, intervalle entre les prises et moment de la prise)*;
 - durée de traitement potentiellement inappropriée*;
- La pharmacienne ou le pharmacien vérifie les points marqués d'un astérisque à l'aide d'une liste de PIP explicite.
- La pharmacienne ou le pharmacien établit des recommandations concrètes et transmet toutes les informations à la médecin ou au médecin ainsi qu'au personnel infirmier en charge de la résidente ou du résident.
- Lorsqu'aucune pharmacienne ou aucun pharmacien ne peut participer aux revues régulières et pour toutes les revues dictées par une situation définie, la responsabilité de l'évaluation pharmaceutique appartient au corps médical.

Observations infirmières

- L'infirmière ou l'infirmier fait les observations suivantes (cf. SQ III):
 - observations sur l'état de santé de la résidente ou du résident (p.ex. confusion, somnolence, nouvelles plaintes, déclin fonctionnel);
 - observations sur l'utilisation de formes galéniques et de voies d'administration potentiellement inappropriées;
 - observations sur des difficultés de prise ou d'utilisation des médicaments.
- Une infirmière qualifiée ou un infirmier qualifié évalue les observations.
- L'infirmière ou l'infirmier transmet ces informations à la médecin ou au médecin et propose son expertise afin de trouver des solutions.

Evaluation médicale

- Lors de son évaluation, le corps médical utilise la structure suivante («AIMS»):
 - **Acute problems** (problèmes aigus): La ou le médecin évalue si la médication pose des problèmes aigus (p.ex. effets indésirables, difficulté à prendre le médicament).
 - Les informations des observations de l'infirmière ou l'infirmier et, quand elles sont disponibles, celles de l'évaluation pharmaceutique sont prises en compte.

- **Indication***: La ou le médecin évalue si l'indication correspond au médicament, ou s'il y a sous- ou sur-prescription.
- **Misprescribing (prescription inadaptée)***: selon les informations tirées de l'évaluation pharmaceutique et des observations faites par les infirmières et infirmiers, la ou le médecin évalue s'il y a une prescription inadaptée:
 - principe actif potentiellement inapproprié*;
 - posologie potentiellement inappropriée (y compris dosage, intervalle entre les prises, moment de la prise, forme galénique et voie d'administration)*;
 - durée de traitement potentiellement inappropriée*;
 - duplications de principes actifs ou de groupes de principes actifs;
 - interactions pertinentes;
- **Solutions**: la ou le médecin propose des solutions (p. ex. des alternatives);
 - les solutions proposées (lors de l'évaluation pharmaceutique et des observations infirmières) sont prises en compte;
 - la déprescription, c'est-à-dire l'arrêt contrôlé ou la diminution contrôlée de médicaments, est toujours considérée comme une solution possible;
 - la procédure est déterminée;
 - le suivi est assuré par le monitoring (cf. SQ III).
- L'état général de la résidente ou du résident, ses valeurs de laboratoire, ses paramètres vitaux, ses allergies, son âge, sa fragilité, ses comorbidités, ses souhaits et ses besoins sont pris en compte (cf. SQ V) dans l'évaluation.
- La ou le médecin vérifie les points marqués d'un astérisque à l'aide d'une liste de PIP explicite.

Conditions cadres/déroulement

- La revue régulière de la médication comporte au moins un échange personnel:
 - entre la ou le médecin et le personnel infirmier (cf. SQ IV);
 - entre la ou le médecin ou une personne qualifiée désignée par le corps médical et la résidente ou le résident avec qui les résultats de la revue sont discutés durant l'échange (cf. SQ V).
- Lors de la revue régulière (p. ex. le déroulement de la procédure) au moins une étape doit avoir lieu sur place, à l'EMS, afin d'intégrer l'échange susmentionné entre le corps médical et le personnel infirmier à la routine de l'établissement.
- Contrairement à la revue régulière, le lieu et la forme de l'échange peuvent varier en fonction de la situation et sont adaptés à la situation respective.

Explications rationnelles

La revue de la médication vise à identifier et à traiter tous les aspects d'une PIP. Une résolution systématique des éventuels problèmes liés aux médicaments pourrait éviter les «angles morts». Diverses directives évoquent d'ailleurs cette idée [24, 27, 39, 50].

Des outils implicites et explicites peuvent être employés afin d'identifier les PIP [13]. Des listes de MPI implicites ou des algorithmes incitent les professionnelles et professionnels à réfléchir aux divers aspects d'une PIP à l'aide de questions ou de mots-clés [13]. Le *Medication Appropriateness Index* (MAI) est l'outil implicite le plus ancien et le plus connu [51]. L'algorithme *Good-Palliative Geriatric-Practice* (GPGP) est un outil plus récent [52, 53] qui a déjà été adapté pour la Suisse [9]. L'utilisation de l'algorithme GPGP réduit le nombre de médicaments et optimise l'état de santé des résidentes et résidents en EMS [54].

Un tel outil doit bien entendu être compréhensible et rapidement applicable dans la pratique. Il doit également correspondre aux démarches habituelles du corps médical et des pharmaciennes et pharmaciens. Le MAI contient de nombreuses questions et ne correspond donc pas aux critères susmentionnés. L'algorithme GPGP adapté d'après Neuner-Jehle est court et pertinent, mais il ne reprend pas explicitement tous les aspects d'une PIP (les duplications, notamment) ni les solutions possibles. Pour ce standard de qualité, une procédure structurée basée sur AIMS a donc été élaborée.

Des outils explicites peuvent également être employés afin d'identifier concrètement les PIP. Ces listes énumèrent des principes actifs, qui peuvent être comparés à une médication. Elles sont souvent dédiées aux MPI (telles que Priscus [55], Forta [56] ou Norgep-NH [57]), mais certaines contiennent aussi des éléments associés à une PIP, comme la sous- et la sur-prescription (p. ex. STOPP/START [58] ou l'outil PIM-Check [59]). Les études interventionnelles menées sur les revues de la médication utilisent généralement une liste explicite de ce type [41, 60]. Selon une revue systématique actuelle, un nombre croissant de données probantes soutiennent l'utilisation d'une liste de MPI ou de PIP en vue d'optimiser la médication (p. ex. le nombre de MPI) et les résultats cliniques (par ex. les chutes). Cependant, les données probantes par liste sont pour la plupart encore insuffisantes [61].

La déprescription décrit l'arrêt ou la diminution d'un médicament sous la surveillance d'une professionnelle ou d'un professionnel, dans le but d'améliorer la santé des résidentes et résidents en EMS [62]. Les résultats d'une méta-analyse ont permis de conclure que les PIP, la mortalité et les chutes peuvent être réduites lorsqu'une revue de la médication

axée sur la déprescription est effectuée [63]. Les prescriptions inappropriées ou inutiles (MPI et sur-prescription) sont prises en compte lors d'une déprescription. En Suisse, 79,1 % des résidentes et résidents en EMS reçoivent une MPI [12]. Par ailleurs, une étude suisse romande a identifié 56 médicaments sans indication chez 329 patientes et patients [14]. Les inquiétudes des professionnelles et professionnels [64, 65] et des patientes et patients [66] quant aux conséquences médicales d'un arrêt de traitement font obstacle à la déprescription. Pourtant, un nombre croissant de nouvelles études montrent qu'une déprescription n'aggrave pas l'état de santé des résidentes et résidents en EMS [54, 67]. Diverses connaissances spécifiques ainsi qu'une connaissance de la situation des résidentes et résidents étant nécessaires pour une revue de la médication, les compétences de chaque professionnel doivent être mises à contribution. Des revues systématiques ont montré que des interventions menées par des pharmaciennes et des pharmaciens ont eu en partie des effets positifs sur la médication en EMS [68–70]. L'implication du personnel infirmier dans la revue de la médication fait l'objet de moins de recherches. Une étude suédoise a comparé des revues de la médication faites à l'aide de systèmes d'aide à la décision clinique (ou *clinical decision support system* en anglais, CDSS) à des revues faites par du personnel infirmier. Les résultats montrent que le personnel infirmier a identifié davantage de problèmes associés à la médication que les CDSS [71]. Cela laisse penser que le personnel infirmier a des connaissances très spécifiques sur les résidentes et résidents qu'un système informatique ne possède pas.

3.3.3 Standard de qualité III:

Le suivi de la médication est assuré de manière structurée.

Les étapes de travail suivantes sont effectuées par les professionnels correspondants.

Les tâches de la médecin ou du médecin

- Veiller lors de chaque modification de la médication ou nouvelle prescription à:
 - définir une date de début et de fin ou de réévaluation du traitement. La réévaluation doit avoir lieu au plus tard lors de la prochaine revue régulière de la médication (cf. QS I);
 - définir d'autres mesures de surveillance thérapeutique si nécessaire (p. ex. tests de laboratoire, ECG, *minimal state*), avec les dates correspondantes;

- indiquer quelles sont les observations à faire pour détecter l'apparition éventuelle d'effets indésirables importants provoqués par le changement de médication;
- mettre en place une procédure à suivre en cas d'apparition d'effets indésirables (p. ex. médicaments en réserve, contacter la ou le médecin).
- S'assurer que les informations ci-dessus sont communiquées aux infirmières et infirmiers.
- Surveiller l'effet thérapeutique souhaité ainsi que l'apparition d'effets indésirables potentiels. Les observations transmises par les infirmières et les infirmiers sont prises en compte.

Les tâches des infirmières et des infirmiers

- S'assurer que les observations transmises par la ou le médecin sont documentées.
- Surveiller l'état de santé général et les effets indésirables possibles d'après les notes d'observations transmises par la ou le médecin.
- Mettre en pratique la procédure établie par la ou le médecin lors de l'apparition d'effets indésirables potentiels (p. ex. administrer le médicament de réserve, prévenir immédiatement la ou le médecin).
- Observations sur l'utilisation de formes galéniques et de voies d'administration potentiellement inappropriées.
- Observations sur des difficultés de prise ou d'utilisation des médicaments.
- Documenter par écrit les observations susmentionnées pour qu'elles soient incluses dans les revues régulières de la médication.
- Reconnaître les situations qui nécessitent une revue de la médication et informer la ou le médecin si celles-ci se produisent (cf. SQ I).

Explications rationnelles

Le monitoring est considéré comme une partie intégrante du processus de médication [72]. De manière générale, il permet de s'assurer que le traitement médicamenteux a réglé le problème de la patiente ou du patient (c'est-à-dire qu'il est efficace) et de vérifier l'apparition d'effets indésirables [73]. Le monitoring est d'ailleurs pris en compte dans les directives DEGAM, NICE et dans d'autres directives [23, 24, 36, 73].

Les EIM évitables sont souvent dus à une surveillance inadéquate du traitement. L'incidence d'EIM a été calculée lors d'une étude prospective menée dans deux établissements de soins de longue durée aux Etats-Unis et au Canada. 9,8 EIM se sont produits par 100 résidents-mois, parmi lesquels

42 % étaient considérés comme évitables. Dans la plupart des cas, des erreurs de surveillance thérapeutique étaient en cause, notamment un monitoring insuffisant des valeurs de laboratoire, ainsi qu'une réaction tardive ou une absence de réaction à des symptômes anormaux [74]. Une autre étude prospective menée dans deux EMS en Allemagne a démontré qu'un manque de monitoring de l'effet des médicaments a engendré l'apparition d'EIM [75]. Un monitoring structuré est donc essentiel à la sécurité de la médication.

Les symptômes et les modifications de l'état général des résidentes et résidents dus à des effets indésirables n'apparaissent souvent qu'au fil du temps. Ils doivent donc être continuellement surveillés et signalés la ou le médecin responsable [76]. Mais ces effets indésirables peuvent être difficiles à identifier en tant que tels, surtout par le personnel infirmier. Au cours d'un sondage mené auprès de 408 personnels infirmiers et auxiliaires aux Pays-Bas, des informations insuffisantes ainsi qu'un manque de connaissances quant aux effets indésirables ont été signalés comme obstacle principal à un monitoring efficace [77]. L'applicabilité et les effets d'un outil de dépistage utilisé par le personnel infirmier afin d'identifier les effets indésirables des psychotropes ont été évalués dans plusieurs EMS anglais. L'outil a permis d'identifier davantage de problèmes liés à la médication [78]. Durant l'étude allemande AMPEL, l'apparition de nouveaux symptômes cliniques a été consignée dans un formulaire de surveillance thérapeutique. Les symptômes ont ensuite été discutés avec une pharmacienne ou un pharmacien, puis transmis à la ou au médecin responsable, accompagnés d'une recommandation d'action concrète. Le personnel infirmier et les pharmaciennes ou pharmaciens ont trouvé que le formulaire de surveillance thérapeutique était un instrument utile, toutefois, une bonne partie des personnes sondées a déclaré ne pas souhaiter l'utiliser après l'étude [75]. La question si, et avec quelles aides, le personnel soignant peut mettre en œuvre la surveillance de manière efficace et infaillible dans la vie quotidienne n'est donc pas clarifiée de manière concluante. Il semble néanmoins judicieux de soutenir l'identification d'effets indésirables à l'aide d'outils simples et d'améliorer les connaissances du personnel infirmier en matière d'effets indésirables, par le biais de formations notamment.

Une bonne documentation est la clef d'un monitoring correct des mesures convenues, de leurs effets ainsi que d'une comparaison adéquate des médicaments entre les différents groupes professionnels. L'importance de la documentation a également été soulignée dans des directives consacrées à la revue de la médication qui ne sont pas basées sur un consensus [31]. Une étude rétrospective évaluant les facteurs qui mènent à des EIM graves tels qu'une erreur de

médication, des chutes, des interventions non effectuées ou inappropriées dans les EMS a montré que la sécurité des résidentes et résidents dépend d'une documentation appropriée [79]. Selon les professionnels, une meilleure documentation est aussi importante afin d'éviter les hospitalisations [80].

3.3.4 Standard de qualité IV:

Tous les professionnels s'engagent pour une collaboration interprofessionnelle optimale.

- Les professionnels se connaissent.
- Les compétences des autres professionnels impliqués dans le processus de médication sont connues et respectées.
- Les tâches et responsabilités de l'ensemble des professionnels impliqués sont définies et connues de tous.
- Un objectif de traitement commun est établi pour chaque résidente ou résident et suivi par tous les professionnels.
- Ils adoptent tous une culture de communication ouverte: ils partagent leur savoir, expriment leurs inquiétudes et donnent des feedbacks.
- Les remarques, inquiétudes et informations des autres professionnels (relatives à la sécurité, aux traitements ou à l'état de santé des résidentes et résidents) sont prises au sérieux et intégrées aux tâches respectives.
- Les voies de communication (qui, quoi, comment, où) entre les professionnels sont définies.
- Les professionnels s'assurent d'être joignables dans les délais nécessaires.
- L'ensemble des étapes communes du processus sont organisées de manière optimale: des rendez-vous sont pris afin de s'entretenir avec les résidentes et résidents, les visites sont préparées à l'avance.
- Un espace d'échange interprofessionnel est créé et utilisé, par exemple des réunions d'équipe interprofessionnelles régulières sur des thématiques organisationnelles et cliniques ou des cercles de qualité.
- La direction de l'EMS désigne une personne de l'équipe de prise en charge qui initie les mesures visant à renforcer la collaboration interprofessionnelle et s'assure leur mise en œuvre.

Explications rationnelles

Résidentes et résidents sont au cœur de la collaboration interprofessionnelle, car tout le monde suit un objectif commun [81].

Les précisions ont été élaborées en tenant compte du modèle de D'Amour [82] et Gerber [81]. D'après Müller et al., les aspects suivants sont également importants afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle entre le corps médical et le personnel infirmier des EMS: disponibilité mutuelle, dates des prochaines visites de la médecin ou du médecin fixées, leur préparation, accompagnement et suivi, et définition claire des tâches [83]. Un modèle de communication entre le corps médical et le personnel infirmier a été créé dans le cadre d'une étude ayant fait appel à des méthodes mixtes et menée dans 26 EMS du Connecticut [84]. Celui-ci contient également des facteurs qui favorisent une communication ouverte et clairement structurée. Weissenborn a identifié des indicateurs de réussite potentielle destinés à des projets de collaboration entre les médecins et les pharmaciennes et pharmaciens en Allemagne [85]. La connaissance des compétences des autres, un esprit d'équipe ouvert et l'organisation de séances d'information communes ont été définis comme conditions de base d'une collaboration réussie. Un compte rendu mandaté par l'Office Fédéral de la Santé Publique sur la collaboration interprofessionnelle entre les pharmaciennes et pharmaciens et d'autres membres des professions médicales et/ou des professionnels de la santé établit la détermination claire des tâches et responsabilités, la répartition des rôles, ainsi que le suivi comme facteurs de réussite essentiels [86]. Ces tâches et ces rôles sont détaillés dans l'article de Levenson et al. [87]. Jusqu'à présent, aucune étude n'a toutefois pu déterminer par des preuves suffisantes dans quelle mesure les différents facteurs ont de l'effet dans le cadre de la collaboration professionnelle, ni mesurer leur pertinence [88, 89]. En règle générale, on peut toutefois considérer qu'une mauvaise communication et un manque de collaboration entre membres des professions médicales sont souvent vus comme les facteurs principaux d'événements indésirables en ce qui concerne la sécurité des patients [89–91]. Afin d'atteindre une prise en charge efficace, sûre et de haute qualité, la collaboration de différentes disciplines médicales est donc primordiale [92–94]. En outre, la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge augmente la satisfaction des professionnels impliqués, la satisfaction des patients, et réduit les coûts de santé [92, 95–98]. Une réduction des coûts pourrait également être réalisée grâce à la discussion des données agrégées analysées sur les médicaments dans les cercles interprofessionnels de qualité mis en place dans le canton de Fribourg. [99, 100]. Selon une revue de la littérature, une collaboration interprofessionnelle sous-optimale a également des répercussions négatives sur la sécurité de la médication des résidentes et résidents en EMS [101]. Une revue systématique des inter-

ventions interprofessionnelles dans les EMS a montré que dans l'ensemble, une communication et une collaboration interprofessionnelle de meilleure qualité (par le biais de réunions d'équipe ou de formations au travail d'équipe et aux techniques de communication, par exemple) ont eu un effet positif sur divers critères d'évaluation primaires des résidentes et résidents [69]. La participation de la médecin ou du médecin de famille de la résidente ou du résident et/ou d'une pharmacienne ou d'un pharmacien dans l'intervention ainsi que la communication et la coordination dans l'équipe étaient des critères cohérents de succès [69]. D'après les résultats d'une revue systématique, les interventions interprofessionnelles ont permis d'optimiser les prescriptions médicamenteuses des résidentes et résidents en EMS, mais pas de modifier les résultats cliniques [102]. D'autres études et revues de la littérature nationale [14] et internationale [68, 75, 103–107] ont montré qu'une collaboration interprofessionnelle contribue à identifier les problèmes liés aux traitements médicamenteux et à les régler.

L'interprofessionnalité fait souvent partie intégrante d'interventions multimodales telles que les formations continues, la mise en place d'outils, les discussions de cas multidisciplinaires ou la revue de la médication effectuée par divers professionnels. Selon Loganathan M et al. [103], le recours à des stratégies d'intervention combinées est sans doute nécessaire. Cependant, il n'existe pas encore suffisamment de données probantes pour déterminer quelles conditions et quelle forme de collaboration professionnelle augmentent la qualité de la prise en charge des patientes et des patients, car il n'existe à l'heure actuelle que peu de travaux de recherche sur les résultats cliniques pour les patientes et patients et les rapports coûts-bénéfices [81]. Les interventions suivantes ont été choisies afin d'optimiser la collaboration interprofessionnelle dans le cadre du programme «progress! La sécurité de la médication en EMS»:

- structuration du processus de médication;
- revue de la médication par des membres de divers groupes professionnels;
- monitoring commun;
- mise en place d'outils communs tels qu'une liste de PIP;
- état des lieux de la collaboration interprofessionnelle;
- formation continue

3.3.5 Standard de qualité V:

Les résidentes et résidents sont activement intégrés au processus de médication.

- Les professionnels encouragent les résidentes et résidents et leurs proches à communiquer leurs besoins, leurs inquiétudes et les modifications de leur état de santé.
- Les besoins et préférences des résidentes et résidents sont pris en compte dans la définition des options de traitement.
- Les groupes professionnels font en sorte que les résidentes et résidents puissent prendre part aux décisions thérapeutiques.
- Les résidentes et résidents obtiennent suffisamment d'informations compréhensibles claires pour pouvoir participer aux décisions thérapeutiques
- Les professionnels s'assurent que les résidentes et résidents ont compris ces informations.
- Lorsqu'une résidente ou un résident n'est plus capable de discernement, la personne habilitée à la ou le représenter dans le domaine médical est mis à contribution pour toutes les activités mentionnées ci-dessus.

active dans la prise de décisions thérapeutiques varient toutefois selon les patientes et patients. Si certaines patientes et certains patients souhaitent surtout être bien informés, d'autres veulent participer activement à la prise de décisions. En ce qui concerne les traitements médicamenteux, une étude menée sur la population globale finlandaise et maltaise a montré qu'environ 60 % des patientes et patients souhaitent discuter des diverses options de traitement médicamenteux, environ 50 % souhaitent discuter du choix des médicaments et environ 40 % souhaitent prendre leur décision ensemble avec leur médecin [113]. L'intégration des résidentes et des résidents au processus de médication doit donc être faite en fonction des besoins et des capacités individuelles. Selon les directives NICE, les résidentes et résidents en EMS doivent pouvoir participer à la prise de décisions quant à leur traitement et à leurs soins au même titre que les personnes qui ne vivent pas dans un EMS. Les professionnels doivent les aider à prendre des décisions éclairées [23].

Explications rationnelles

Le concept de prise en charge orientée vers les résidentes et résidents en EMS place les résidentes et résidents en tant que personnes, leurs expériences, leurs besoins et leurs préférences, au cœur du traitement médical. Les soins orientés vers les résidentes et résidents sont considérés comme l'un des piliers de soins de santé de qualité [108]. Des études montrent que les soins centrés sur les patientes et patients ont des effets mitigés sur leur satisfaction, leur comportement lié à la santé et sur les résultats en termes de santé, mais la diversité des designs d'études et des définitions conceptuelles affaiblissent les preuves [109, 110].

Les soins orientés vers les résidentes et résidents comportent plusieurs dimensions qui se recoupent et peuvent être classées sommairement dans trois groupes: la compréhension de la situation des résidentes et résidents, la relation entre les résidentes et résidents et les professionnels et une prise charge coordonnée à l'intérieur d'un système de santé [111]. Selon le modèle intégratif de Scholl et al., l'échange d'informations entre les professionnels et les résidentes et résidents, leur intégration active dans leur traitement et les décisions thérapeutiques, l'information et l'intégration de la famille et d'autres proches, l'empowerment des patients et le soutien physique et émotionnel sont les aspects centraux des soins orientés vers les résidentes et résidents [112]. Le besoin d'information et d'intégration

4 Procédure Delphi

4.1 Objectif

La procédure méthodologique de développement et de précision des cinq standards de qualité est décrite au chapitre 3.2. L'objectif de l'évaluation Delphi était de trouver un consensus parmi les expertes et experts sur la pertinence des précisions. La relation de l'impact entre les exigences des standards de qualité et l'objectif du programme a été évaluée. Cette relation d'impact ne peut pas être clairement déduite de la littérature et devait donc être vérifiée par des expertes et experts appropriés.

4.2 Démarche

4.2.1 Recrutement des expertes et des experts

Le critère d'inclusion le plus important pour la sélection des expertes et experts a été les connaissances spécialisées relatives à la médication en gériatrie.

Les groupes professionnels suivants ont été inclus: médecins, pharmaciennes et pharmaciens, infirmières et infirmiers. Les expertes et experts des trois groupes professionnels ont été recrutés en Suisse alémanique, en Suisse romande et au Tessin. Des personnes issues du monde scientifique ainsi que des personnes ayant une expertise pratique ont été prises en considération. De plus, deux personnes du domaine de la gestion de la qualité et de la sécurité des patients ont été recherchées dans chaque région linguistique. Les spécialistes retraités ont été exclus. La procédure de recrutement a été la suivante

1. Inclusion des membres du groupe de soutien spécialisé progress! du projet de base
2. Contacts existants de l'équipe du programme (p. ex. oratrices et orateurs, auteures et auteurs, scientifiques, praticiennes et praticiens) et d'autres projets (p. ex. partenaires d'interviews)
3. Concernant les groupes professionnels pour lesquels il n'a pas été possible d'identifier un nombre suffisant d'expertes et d'experts, des sociétés spécialisées adaptées ont été sollicitées (Soins de longue durée Suisse, Commission de la gériatrie de la SPSG, EQUAM, VPF)

Les expertes et experts suivants ont été recrutés pour la procédure Delphi:

1. **Dr. Gaby Bieri**, Chefärztin Geriatriischer Dienst, Ärztliche Direktorin, Pflegezentren Stadt Zürich
2. **Mélanie Brulhart**, Pharmacienne-chef de adjointe de la Pharmacie interjurassienne, Responsable de l'Officine publique, Moutier
3. **Prof. Dr. med. Alessandro Ceschi**, M.Sc., FEAPCCT, FMH Farmacologia e tossicologia clinica, FMH Medicina interna generale, Direttore medico e scientifico, Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana & Presidente Commissione terapeutica, Ente Ospedaliero Cantonale & Professore titolare, Facoltà di Scienze biomediche, Università della Svizzera italiana
4. **Dr. med Susanne Christen**, Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie FMH, Hausärztin Praxiszentrum Frick, Leitende Ärztin Hämatologie GZF Spital Rheinfelden
5. **Andreina D'Onofrio**, Master es Sciences infirmières, Coordinatrice du Pôle Accompagnement, Cheffe de projet coRAI-EMS, Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HéviVA), Renens
6. **Sabine Felber**, Geschäftsleitung Pflege und Betreuung & Stv. CEO, Betagtenzentren Emmen AG, Emmen
7. **Dr. med. Rolf Goldbach**, Leitender Arzt, Arztdienst Pflegezentren Stadt Zürich, Zürich
8. **Saadet Grandazzo**, Leiterin Betreuung und Pflege, Alterszentrum Gellert Hof, Bethesda Alterszentren AG, Basel
9. **Prof. Dr. Blaise Guinchard**, Professeur HES associé, Haute Ecole de la Santé la Source
10. **Prof. Dr. Kurt Hersberger**, Pharmaceutical Care Research Group, Departement Pharmazeutische Wissenschaften, Universität Basel & Inhaber Toppharm Apotheke Hersberger, Basel
11. **Dr. phil. II Markus L. Lampert**, Stv. Chefapothecker, Institut für Spitalpharmazie, Solothurner Spitäler AG & Senior Research Associate, Pharmaceutical Care Research Group, Universität Basel
12. **Dr. Alexandre Lo Russo**, Pharmacien FPH responsable Pharmacie du Galicien Prilly, pharmacien répondant d'EMS
13. **Martine Ruggli**, Pharmacienne répondante d'EMS, Formatrice pour la formation complémentaire FPH des pharmaciens en assistance pharmaceutique d'institutions du système de santé, Coordinatrice des projets stratégiques, Direction générale ofac
14. **Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle**, MPH, Leiter Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich

15. **Dr. Anne Niquille Charrière**, Pharmacienne cheffe adjointe, responsable de l'unité de recherche, Département des Policliniques, Centre universitaire de médecine générale et santé publique – Unisanté, Lausanne
16. **Carole Pelletier**, Directrice, infirmière MAS en gériatrie
17. **Prof. Dr Valérie Santschi**, PharmDipl, PhD, Professeur HES ordinaire, Responsable du Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Systèmes de santé, Ethique et Interprofessionnalité, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, HES-SO, Lausanne
18. **Prof. Dr. Susi Saxer**, PhD, RN, Institut für Pflegewissenschaft (IPW-FHS) der Hochschule für Angewandte Wissenschaften FHS St.Gallen
19. **Marco Schupp**, Leiter Geschäftsbereich Qualitätsmanagement, Stv. GF, Mitglied der Geschäftsleitung, dedica
20. **Dr. Raymond Teguza**, Responsable d'audit, auditeur dans les EMS de Suisse Romande, responsable du référentiel FEGEMS, Association Suisse pour Systèmes de Qualité et de Management (SQS)
21. **Catherine Thalman**, Infirmière cheffe du Foyer de Bouleyres, Foyers de la Ville de Bulle, Bulle
22. **Carlo Vassella**, specialista in farmacia d'officina FPH, farmacista consulente nelle case anziani Fondazione Casa San Rocco a Morbio Inferiore, Fondazione Tusculum Casa Anziani ad Arogno, Casa Anziani Gruppo Tertianum a Chiasso, Casa Anziani Cà Rezzonico a Lugano, Monte Carasso
23. **Prof. Dr. Henk Verloo**, HeDS Sion; CHUV/SUPAA Lausanne, Inf., PhD, Clinicien spécialisé, Service Universitaire de Psychiatrie de l'âge avancé, Equipe Mobile EMPAA, Prilly
24. **Dr. Nicole Vogt-Ferrier**, FMH de médecine interne, FMH de pharmacologie et toxicologie cliniques, Médecin adjointe, Responsable de l'Unité de gériatrie-pharmacologie clinique, Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Dpt de Médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève
25. **Dr. Franziska Zúñiga**, Leiterin Bereich Lehre, Institut für Pflegewissenschaft, Department Public Health, Universität Basel

4.2.2 Pilote

Avant le démarrage, la procédure Delphi a été testée par six expertes et experts de différents groupes professionnels. Ce groupe pilote d'experts était composé d'un médecin, de deux pharmaciennes, d'un auditeur et de deux infirmières spécialisées. Ces spécialistes ont une expérience pratique et certains ont une formation scientifique. Ils ont été recrutés parmi le groupe d'expertes et experts potentiels pour la procédure Delphi.

Le but du projet pilote était de tester la documentation (p. ex. difficultés techniques à la remplir, possibilité de formuler des commentaires) et la rédaction de l'information (p. ex. compréhensibilité, exhaustivité, profondeur et degré de détail des informations fournies). Les expertes et experts pilotes ont reçu des instructions, un formulaire d'évaluation Delphi, la version complète des standards de qualité et un formulaire de feed-back pour le projet pilote. Le pilote de la procédure Delphi a été utilisé pour la méthodologie d'évaluation, mais n'a pas été inclus dans l'évaluation.

4.2.3 Réalisation

Deux cycles Delphi ont été prédéfinis. Le Delphi a été réalisé en allemand et en français. Expertes et experts ont reçu un courriel contenant les instructions pour le Delphi (PDF), une feuille d'évaluation Delphi (Excel modifiable) et la version complète des standards de qualité (PDF). On les a invités à évaluer la pertinence de chaque précision au moyen d'une échelle de Likert à 9 niveaux (1 = pas pertinent du tout, 9 = très pertinent) selon RAND/UCLA [114]. Les expertes et les experts Delphi ont été guidés par une question clé et une liste de différentes dimensions pour évaluer la pertinence des précisions. Participantes et participants ont été informés de la pondération avec laquelle les précisions seraient sélectionnées à l'issue du deuxième tour. Il était possible de s'abstenir et de compléter les précisions. L'évaluation devait être renvoyée dans un délai de deux semaines et un rappel a été envoyé après 11 jours.

4.2.4 Evaluation

Sur la base du manuel RAND/UCLA [114] et d'autres documents [115-117], deux critères pertinents pour l'évaluation ont été définis.

- **Level of relevance (LOR):** Une précision est pertinente si elle reçoit une note médiane de ≥ 7
- **Level of agreement (LOA):** Un accord est donné pour une précision si $\geq 80\%$ des notes se situent dans la même fourchette de valeurs. Par exemple entre 7-9.

Premier tour

Après le premier tour, les évaluations ont été réparties en trois catégories. Les trois groupes suivants et les interventions correspondantes ont été définis sur la base des critères LOR et LOA à cette fin:

- LOR médiane des évaluations ≤ 3 et LOA $\geq 80\%$ des évaluations ≤ 3 : A supprimer pour le deuxième tour. Exception: par standard de qualité, les 3 précisions les plus pertinentes avec le LOR le plus élevé doivent être conservées.
Résultat: Aucune précision n'a été supprimée.
- LOR médiane des évaluations ≥ 7 et LOA $\geq 80\%$ des évaluations ≥ 7 : Inchangée au deuxième tour. Exceptions: les commentaires importants qui permettent une reformulation de ces précisions.
Résultat: 11 précisions avaient besoin d'une reformulation.
- Toutes les autres évaluations: les précisions ont été reformulées en fonction des commentaires.
Résultat: 13 précisions ont été modifiées.

Les évaluations et commentaires globaux sur les standards de qualité n'ont pas été pris en compte. Les commentaires sur la structure ou la répartition par thème des standards de qualité ont également été ignorés. Le taux de réponse au premier tour a été de 100 %.

Second tour

Pour le second tour, les expertes et experts ont reçu des directives adaptées ainsi que le document «Standards de qualité», dans lequel les changements par rapport au premier tour ont été mis en évidence. Le questionnaire Delphi de la deuxième série contenait les précisions ajustées. Les absentes n'étaient plus possibles lors du deuxième tour.

Après le second tour, les précisions faisaient définitivement partie des standards de qualité si la médiane des évaluations ≥ 7 (LOR) et $\geq 80\%$ des évaluations ≥ 7 (LOA) l'étaient. Il n'y a pas eu d'autres révisions à ce moment-là. Sauf une exception pour laquelle des adaptations linguistiques ont été faites pour en améliorer la compréhension. Un nombre minimum de précisions n'a pas été maintenu. En outre, les précisions devaient être évaluées par $\geq 1/3$ des experts.

Résultats: Le taux de réponse au deuxième tour a été de 100 %. 85 précisions répondaient aux critères de pertinence prédéfinis et ont été incluses dans la liste définitive des précisions. Pour les standards de qualité IV et V, toutes les précisions ont été acceptées. Pour les standards de qualité I-III, 6 précisions ne répondaient pas aux critères de pertinence et **ont dû être retirées de la liste finale**:

Standard de qualité I:

La médication est revue régulièrement et dans des situations définies

Une revue de la médication est effectuée régulièrement pour chaque résidente et résident («revue régulière de la médication»).

- Idéalement, la ou le spécialiste désigné devrait être la pharmacienne ou le pharmacien, puisqu'il s'occupe également de la première étape technique du contrôle régulier des médicaments.
- La ou le médecin responsable de chaque résidente et résident est responsable de s'assurer qu'un contrôle de médication en bonne et due forme est effectué complètement.
- En plus des contrôles réguliers sur les médicaments individuels des résidentes et résidents, les données sur les médicaments (par exemple, les données sur les médicaments fournis) sont agrégées, analysées et évaluées par un groupe plus large de résidentes et résidents.

La médication des résidentes et résidents est revue dans des situations définies («revue de la médication en fonction de la situation»). Les «situations définies» sont:

- À la demande de la résidente ou du résident ou de ses proches

Standard de qualité II:

La revue de la médication est effectuée de manière structurée

Observations infirmières

- L'infirmière ou l'infirmier transmet cette information à la pharmacienne ou au pharmacien et met ses connaissances au service des solutions possibles aux problèmes.

Standard de qualité III:

Le suivi de la médication est assuré de manière structurée.

Les tâches des infirmiers et des infirmières

- Pour soutenir les observations infirmières, un moyen de soutien est utilisé (p. ex. fiche d'observation thérapeutique du projet AMPEL) ou pour soutenir la transmission de ces informations (p. ex. STOPP et WATCH).

4.3 Éthique

Aucun vote éthique n'était nécessaire. L'engagement de participer était en même temps l'accord que le nom et l'affiliation en rapport avec la procédure Delphi peuvent être communiqués publiquement par la Fondation pour la sécurité des patients. Les évaluations individuelles étaient connues exclusivement de l'équipe du programme et n'ont été mises à la disposition des autres que sous forme agrégée.

Les rapports étaient fondés sur les recommandations de la documentation [115–117].

5 Bibliographie

- 1 Bundesamt für Statistik BFS. BFS Aktuell: Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017. 2019.
- 2 Ballentine NH. Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm. *Crit Care Nurs Q* 2008;31:40–5.
- 3 Breil D. Arznecocktail im Alter: Was macht Sinn? *Prim Hosp Care Allg Inn Medizin* 2016;16:17–20.
- 4 Keller U et al. Hausarztpraxis und Medikamenten-Management. *Prim Hosp Care - Allg Inn Medizin* 2015;15:285–7.
- 5 Abolhassani N et al. Trends and Determinants of Polypharmacy and Potential Drug-Drug Interactions at Discharge From Hospital Between 2009–2015. *J Patient Saf* 2018;online ahe.
- 6 Fried TR et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:2261–72.
- 7 Leendertse AJ et al. Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008;168:1890–6.
- 8 Leelakanok N et al. Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *J Am Pharm Assoc* 2017;57:729–38.
- 9 Neuner-Jehle S. Polypharmazie bei Älteren. *Prim Hosp Care - Allg Inn Medizin* 2019;19:113–5.
- 10 Vetrano DL et al. Association of Polypharmacy With 1-Year Trajectories of Cognitive and Physical Function in Nursing Home Residents: Results From a Multicenter European Study. *JAMDA* 2018;19:710–3.
- 11 Viktil KK et al. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2006;63:187–95.
- 12 Schneider R et al. Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017. Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016. 2017.
- 13 Kaufmann CP et al. Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *Eur J Clin Pharmacol* 2014;70:1–11.
- 14 Brulhart MI et al. Multidisciplinary medication review: evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. *Int J Clin Pharm* 2011;33:549–57.
- 15 Neuner-Jehle S. Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis (Bern 1994)* 2013;102:21–7.
- 16 Kuijpers MAJ et al. Relationship between polypharmacy and under-prescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2007;65:130–3.
- 17 Dormann H et al. Unerwünschte Arzneimittelereignisse bei älteren Notaufnahmepatienten: Bedeutung der potenziell inadäquaten Medikation für ältere Menschen (PRISCUS). *Dtsch Arztebl Int* 2013;110:213–9.
- 18 Endres HG et al. Association between Potentially Inappropriate Medication (PIM) Use and Risk of Hospitalization in Older Adults: An Observational Study Based on Routine Data Comparing PIM Use with Use of PIM Alternatives. *PLoS One* 2016;11:e0146811.
- 19 Price SD et al. Association between potentially inappropriate medications from the Beers criteria and the risk of unplanned hospitalization in elderly patients. *Ann Pharmacother* 2014;48:6–16.
- 20 Reich O et al. Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. *PLoS One* 2014;9:e105425.
- 21 Varga S et al. Hospitalization rates during potentially inappropriate medication use in a large population-based cohort of older adults. *Br J Clin Pharmacol* 2017;83:2572–80.
- 22 Stiftung Patientensicherheit Schweiz. Zusammenfassung des Schlussberichts zum Grundlagenprojekt (Dezember 2016–Dezember 2018) - Pilotprogramm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen. 2019.
- 23 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Managing medicines in care homes - Social care guideline. 2014.
- 24 Bergert FW et al. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. 2015.
- 25 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Multimorbidität S3-Leitlinie. Berlin: 2017.
- 26 Wooten JM. Rules for improving pharmacotherapy in older adult patients: Part 1 (rules 1-5). *South Med J* 2015;108:97–104.
- 27 Peter C et al. medix Guideline Medikationssicherheit. Zürich: : Verein mediX 2016.
- 28 Niederhauser A et al. Ausgewählte sicherheitsrelevante Medikationsprozesse in Schweizer Alters- und Pflegeheimen: Status quo und Optimierungspotenziale. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* Published Online First: 2019.
- 29 Niederhauser A et al. Datenbericht, Ergebnisse der Online-Befragung, Nationales Programm progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen. 2018.
- 30 Brühwiler L et al. Services provided by pharmacists in Swiss nursing homes - progress! Medication safety in nursing homes. *ESCP Symposium* Belfast: 2018.
- 31 NHS Cumbria Medicines Management Team. Clinical Medication Review: A Practice Guide. 2013.
- 32 Welsh Medicines Resource Centre (WeMeReC). Medication Review for the 10 minute consultation. 2005.
- 33 Pharmaceutical Society of Australia. Guidelines for pharmacists providing Residential Medication Management Review (RMMR) and Quality Use of Medicines (QUM) services. 2011.
- 34 Northern Health and Social Services Board (NHSSB). A Guide to Patient Medication Review. Ballymena: 2003.
- 35 Australian Government. Guiding principles for medication management in residential aged care facilities. Commonwealth of Australia 2012.
- 36 Royal Pharmaceutical Society. A competency framework for all prescribers. 2016.
- 37 Medical council of New Zealand. Good prescribing practice. 2016.
- 38 General Medical Council. Good practice in prescribing and managing medicines and devices. 2013.
- 39 Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. Polypharmacy Guidance Realistic Prescribing 3rd Edition. 2018.
- 40 Clyne W et al. A guide to medication review 2008. 2008.

- 41 Frankenthal D et al. Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: A randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1658–65.
- 42 Frankenthal D et al. Long-Term Outcomes of Medication Intervention Using the Screening Tool of Older Persons Potentially Inappropriate Prescriptions Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment Criteria. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:e33–8.
- 43 Bundesamt für Statistik BFS. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen: Standardtabellen 2017. 2018.
- 44 Neeman M et al. Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward. *Eur J Intern Med* 2017;Mar;38:30–7.
- 45 Tija J et al. Medication discrepancies upon hospital to skilled nursing facility transitions. *J GEN INTERN MED* 2009;24:630–5.
- 46 Drinka PJ. Medications Prescribed by Specialists in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:137–8.
- 47 Morrow KJ et al. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: A metasynthesis of qualitative research studies. *Int J Nurs Stud* 2016;64:42–51.
- 48 Gehring K et al. Schriftenreihe Nr. 8: Speak up - Wenn Schweigen gefährlich ist. 2015.
- 49 Okuyama A et al. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. *BMC Health Serv Res* 2014;14:61.
- 50 Messerli M et al. pharmActual Medication Review - Medikationsanalyse. Bern: : pharmaSuisse 2014.
- 51 Hanlon JT et al. The medication appropriateness index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs Aging* 2013;30:893–900.
- 52 Garfinkel D et al. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J* 2007;9:430–4.
- 53 Garfinkel D et al. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170:1648–54.
- 54 Garfinkel D. Poly-de-prescribing to treat polypharmacy: efficacy and safety. *TherAdvDrug Saf* 2018;9:25–43.
- 55 Holt S et al. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:543–51.
- 56 Pazan F et al. The FORTA (Fit fOR The Aged) List 2018: Third Version of a Validated Clinical Tool for Improved Drug Treatment in Older People. *Drugs and Aging* 2019;36:481–4.
- 57 Nyborg G et al. The Norwegian General Practice - Nursing Home criteria (NORGE-P-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *ScandJ PrimHealth Care* 2015;33:134–41.
- 58 O'Mahony D et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing* 2015;44:213–8.
- 59 Desnoyer A et al. PIM-Check: development of an international prescription-screening checklist designed by a Delphi method for internal medicine patients. *BMJ Open* 2017;7.
- 60 Blozik E et al. Reduction of inappropriate medications among older nursing-home residents: a nurse-led, pre/post-design, intervention study. *Drugs Aging* 2010;27:1009–17.
- 61 Curtin D et al. Explicit criteria as clinical tools to minimize inappropriate medication use and its consequences. *Ther Adv Drug Saf* 2019;10:1–10.
- 62 Reeve E et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:1254–68.
- 63 Kua CH et al. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2019;20:362–72.
- 64 Anderson K et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open* 2014;4:e006544.
- 65 Turner JP et al. What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals. *BMJ Open* 2016;6:e009781.
- 66 Reeve E et al. Patient barriers to and enablers of deprescribing: A systematic review. *Drugs and Aging* 2013;30:793–807.
- 67 Wouters H et al. Discontinuing inappropriate medication use in nursing home residents : A cluster randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2017;167:609–17.
- 68 Verrue CLR et al. Pharmacists' Interventions for Optimization of Medication Use in Nursing Homes. *Drugs Aging* 2009;26:37–49.
- 69 Nazir A et al. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *JAMDA* 2013;14:471–8.
- 70 Lee SWH et al. Pharmacist services in nursing home: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2019;;epub first.
- 71 Johansson-Pajala R-M et al. Registered nurses' use of computerised decision support in medication reviews - Implications in Swedish nursing homes. *Int J Health Care Qual Assur* 2018;31:531–44.
- 72 Wickop B et al. Gute Verordnungspraxis bei älteren Patienten. *Ther Umschau* 2014;71:366–73.
- 73 de Vries TPGM et al. Guide to good prescribing. Geneva: 1994.
- 74 Gurwitz JH et al. The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities. *Am J Med* 2005;118:251–8.
- 75 Thürmann PA et al. Abschlussbericht zum Projekt ArzneiMitteltherapiesicherheit bei Patienten in Einrichtungen der Langzeitpflege (AMTS-AMPEL). 2016.
- 76 Steinman MA et al. Beyond the Prescription: Medication Monitoring and Adverse Drug Events in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1513–20.
- 77 Dilles T et al. Barriers for Nurses to Safe Medication Management in Nursing Homes. *J Nurs Scholarsh* 2011;43:171–80.
- 78 Jordan S et al. Nurse-led medicines' monitoring for patients with dementia in care homes: A pragmatic cohort stepped wedge cluster randomised trial. *PLoS One* 2015;10:1–27.

- 79 Andersson Å et al. Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *J Clin Nurs* 2018;27:e354–62.
- 80 Glette MK et al. Nursing home leaders' and nurses' experiences of resources, staffing and competence levels and the relation to hospital readmissions – a case study. *BMC Health Serv Res* 2018;18:955.
- 81 Gerber M et al. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweizerische Ärztezeitung* 2018;99:1524–9.
- 82 D'Amour D et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* 2008;8:188.
- 83 Müller CA et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): Development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: A qualitative multicentre study. *BMC Fam Pract* 2018;19:1–14.
- 84 Tjia J et al. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety Jennifer. *J Patient Saf* 2009;5:145–52.
- 85 Weissenborn M et al. Potentielle Erfolgsindikatoren für die Durchführung von Projekten zur Arzt-Apotheker-Zusammenarbeit – eine systematische Übersicht. *Das Gesundheitswes* Published Online First: 2018.
- 86 Frei A. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apothekern und anderen universitären Medizinalpersonen und / oder Gesundheitsfachpersonen. 2014.
- 87 Levenson SA et al. The Consultant Pharmacist and the Physician in the Nursing Home: Roles, Relationships, and a Recipe for Success. *J Am Med Dir Assoc* 2007;8:55–64.
- 88 Mulvale G et al. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: A systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016;17:83.
- 89 Reeves S et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017;22:1–48.
- 90 Brock D et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Saf* 2013;22:414–23.
- 91 Samuriwo R et al. "I didn't realise they had such a key role." Impact of medical education curriculum change on medical student interactions with nurses: a qualitative exploratory study of student perceptions. *Adv Heal Sci Educ Published Online First*: 2019.
- 92 World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: 2010.
- 93 Welp A et al. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patient safety - development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:1–44.
- 94 American Association of Critical-Care Nurses. AACN Standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 2005;14:187–97.
- 95 Mulvale G et al. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract* 2016;17:1–13.
- 96 Lemieux-Charles L et al. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006;63:263–300.
- 97 Wei H et al. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 2019;:1–8.
- 98 Zúñiga F et al. Pflegegeleitete Versorgungsmodelle in der Langzeitpflege. *Prim Hosp Care - Allg Inn Medizin* 2017;17:270–1.
- 99 Locca JF et al. Development of pharmaceutical care services in nursing homes: practice and research in a Swiss canton. *Pharm World Sci* 2009;31:165–73.
- 100 Dutoit L et al. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Apotheker/innen und anderen universitären Medizinalpersonen und/ oder Gesundheitsfachpersonen. Bern: 2014.
- 101 Al-Jumaili AA et al. Comprehensive Literature Review of Factors Influencing Medication Safety in Nursing Homes: Using a Systems Model. *J Am Med Dir Assoc* 2017;18:470–88.
- 102 Alldred DP et al. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016;:1–68.
- 103 Loganathan M et al. Interventions to optimise prescribing in care homes: systematic review. *Age Ageing* 2011;40:150–62.
- 104 Wallerstedt SM et al. Medication reviews for nursing home residents to reduce mortality and hospitalization: systematic review and meta-analysis. *BrJ Clin Pharmacol* 2014;78:488–97.
- 105 Forsetlund L et al. Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatr* 2011;11:16.
- 106 Marcum ZA et al. Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: A narrative review. *Am J GeriatrPharmacother* 2010;8:183–200.
- 107 Nishtala PS et al. Psychotropic prescribing in long-term care facilities: impact of medication reviews and educational interventions. *Am J GeriatrPsychiatry* 2008;16:621–32.
- 108 Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: : National Academy Press 2001.
- 109 Rathert C et al. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2012;70:351–79.
- 110 Dwamena F et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12.
- 111 Langberg EM et al. Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Educ Couns* 2019;102:1228–36.
- 112 Scholl I et al. An integrative model of patient-centeredness - A systematic review and concept analysis. *PLoS One* 2014;9:e107828.
- 113 Cordina M et al. Health and medication literacy and the desire to participate in pharmacotherapy decision making – comparison of two countries. *Res Soc Adm Pharm* 2018;14:817–23.
- 114 Fitch K et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: : RAND 2001.
- 115 Boulkedid R et al. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. *PLoS One* 2011;6:e20476.

5 Bibliographie

- 116 Jünger S et al. Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliat Med* 2017;31:684–706.
- 117 Diamond IR et al. Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol* 2014;67:401–9.

6 Annexe

6.1 Mots clefs utilisés pour la recherche systématique dans les bases de données scientifiques

	Résidentes et résidents en EMS	Patientes et patients âgés
CINAHL	Exact Major Subject Headings: prescribing AND guidelines AND nursing homes or care homes or long term care or residential care AND publication date 2008-2018	Exact Major Subject Headings: prescribing AND guidelines AND geriatrics or older adults or elderly AND publication date 2008-2018
EMBASE	(Emtree major focus-unexp.): 'nursing home'/mj AND 'prescription'/mj AND 'practice guideline'/mj AND [2008-2018]/py	('frail elderly'/mj OR 'aged'/mj) AND 'prescription'/mj AND 'practice guideline'/mj AND [2008-2018]/py
PUBMED	(((((nursing home[MeSH Terms]) AND guideline[MeSH Terms]) AND drug prescription[MeSH Terms])) AND ("2008"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]))	(((((aged OR frail elderly OR Aged, 80 and over OR geriatrics[MeSH Terms])) AND guideline[MeSH Terms]) AND drug prescription[MeSH Terms]) AND ("2008"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]))

6.2 Liste des bases de données des directives utilisées pour la recherche systématique

Les recherches ont été menées dans des bases de données connues de l'équipe du programme ou qui ont été trouvées au terme d'une recherche non systématique sur Google. Les banques de données suivantes, principalement suisses ou provenant de pays limitrophes, du Royaume-Uni, des Etats-Unis, du Canada et de l'Australie ont été consultées:

- www.guidelines.fmh.ch
- www.guidelines.ch
- www.awmf.org
- <https://cioms.ch/shop>
- www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html
- www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/legislation-lignes-directrices/lignes-directrices.html,
- www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/demandes-presentations/lignes-directrices.html
- www.ahrq.gov/gam/index.html
- www.acponline.org/clinical-information/guidelines
- www.guidelinecentral.com/summaries
- www.medix.ch/wissen/guidelines.html
- <https://nccih.nih.gov/health/providers/clinicalpractice.htm>
- www.clinicalguidelines.gov.au/register/search
- www.egms.de/dynamic/en/guidelines/index.htm
- www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-care-standards/
- www.nice.org.uk/guidance

progress !



Médication
dans les EMS

Tout ce qu'il faut,
juste ce qu'il faut.

Fondation Sécurité des patients Suisse

Asylstrasse 77

CH-8032 Zurich

T +41 43 244 14 80

securitedespatients.ch