

## Trois perspectives professionnelles pour optimiser les traitements en EMS

ALEXANDRE LO RUSSO<sup>a,b</sup>, ELENA RUEDI<sup>c</sup>, ROBERT KABONGO<sup>d</sup>, Dre BARBARA POLONI<sup>e</sup> et ANNE NIQUILLE<sup>f,g</sup>

<sup>a</sup>Pharmacien responsable, Pharmacie du Galicien, 1008 Prilly, <sup>b</sup>Pharmacien répondant de l'EMS La Paix du Soir, 1052 Le Mont-sur-Lausanne, <sup>c</sup>Pharmacienne adjointe, Pharmacie du Galicien, 1008 Prilly, <sup>d</sup>Infirmier, EMS La Paix du Soir, 1052 Le Mont-sur-Lausanne, <sup>e</sup>Médecin, Centre médical de la Source, 1004 Lausanne, <sup>f</sup>Pharmacienne cheffe adjointe, Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, <sup>g</sup>collaboratrice scientifique, Institut des sciences pharmaceutiques de Suisse occidentale, Université de Genève, 1214 Genève 4, et Université de Lausanne, 1011 Lausanne

Optimiser le traitement de résidents et résidentes d'établissement médico-social par l'analyse interprofessionnelle de leur médication est intéressant à plus d'un titre. C'est ce qui ressort du cas pratique décrit dans cet article par l'équipe médico-soignante qui a décidé et opéré plusieurs changements de médication conséquents. La réflexion commune, nourrie des perspectives médicales, infirmières et de pharmacie clinique complémentaires, a permis d'accroître l'efficacité et la sécurité du traitement du résident, en respectant sa situation personnelle et clinique propre. Cette synergie a renforcé la qualité de prise en charge, par ailleurs concrètement ressentie par le résident lui-même, mais aussi généré des connaissances transposables pour un meilleur usage des médicaments d'autres résidents et résidentes de l'institution.

### **Three professional perspectives for optimizing treatment in nursing homes**

#### **Summary**

Carrying out an interprofessional medication review to optimize the treatment of nursing home residents is interesting in more ways than one. This is evidenced by the practical case managed and described here by the medical and nursing team who decided and implemented several consequential medication changes. The discussions involved medical, nursing, and clinical pharmacy perspectives, which complemented each other to enhance the effectiveness and safety of the resident's treatment while considering their specific personal and clinical situation. This synergy has resulted in improved quality of care, concretely felt by the resident himself, but it also increased knowledge that can be transferred to improve the use of medicines of other residents in the facility.

## **Introduction**

Plusieurs programmes cantonaux d'assistance pharmaceutique en établissement médico-social (EMS) visent l'optimisation des traitements médicamenteux. Dans le canton de Vaud, une dynamique de cercles de qualité a été instaurée dès 2010 pour définir des consensus de prescription par classe thérapeutique à partir des données de consommation des établissements et des recommandations cliniques basées sur les preuves.<sup>1</sup> Plus récemment, les équipes médico-soignantes ont identifié le besoin d'agir au niveau de certains résidents ou résidentes. Ainsi, un processus d'analyse de médication a d'abord été testé dans le cadre d'un projet de recherche financé par le Fonds national suisse pour la recherche,<sup>2,3</sup> avant d'être adapté dans le cadre d'un projet pilote financé par la Direction générale de la santé du canton de Vaud, puis finalement intégré au programme cantonal dès 2022.

## **Processus d'analyse de médication interprofessionnel en EMS**

La polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés sont largement répandus dans le contexte de soin des EMS.<sup>4</sup> Pour y faire face, la réflexion interprofessionnelle sur la situation clinique et personnelle des résidents et résidentes semble être une approche efficace.<sup>5,6</sup> En effet, les connaissances et compétences spécifiques à chaque profession mobilisées pour réaliser une analyse de médication permettent une vision globale de la problématique. Si l'analyse pharmacologique structurée est réalisée par le ou la pharmacienne, le plan de modification de traitement est discuté avec le ou la médecin traitante et le ou la référente infirmière, en considérant, à la fois les objectifs de vie propres au ou à la résidente, l'ensemble de ses médicaments et sa situation clinique. L'appropriation par chaque équipe interprofessionnelle du processus standard proposé dans le cadre du programme cantonal (figure 1) et la définition des rôles et des responsabilités de chacun et chacune (figure 2) sont centrales pour son adoption sur le long terme, tout comme le sont d'autres compétences fondamentales de la collaboration interprofessionnelle (tableau 1).<sup>7-9</sup>

## **Dynamique de collaboration à l'EMS**

L'EMS et sa pharmacie répondante sont intégrés depuis longtemps dans le programme d'assistance pharmaceutique. Les séances de cercle de qualité réunissant médecins, pharmaciens et pharmaciennes ainsi que cadres infirmiers ont favorisé l'installation d'une confiance mutuelle. C'est dans une logique de continuité que l'EMS et la pharmacie se sont engagés dès 2022 pour réaliser une dizaine d'analyses interprofessionnelles de médication par année, engagement facilité par l'expérience

d'une telle approche par une des médecins impliqués. Une des analyses réalisées récemment est décrite dans les tableaux 2 et 3 afin d'illustrer la démarche interprofessionnelle en pratique.

## **Compte-rendu d'une analyse de médication réalisée en pratique interprofessionnelle**

### Identifier les situations à risque d'iatrogénie

Au-delà des critères obligatoires (> 5 médicaments, long séjour, espérance de vie > 6 mois et consentement de transmission des données signé), la sélection se fait par l'équipe médico-soignante considérant tout problème iatrogénique potentiel (par exemple, chutes, somnolence, apathie, tension artérielle instable) ou une problématique spécifique (par exemple, problème de déglutition, désir de diminuer le nombre de médicaments). Dans le cas présenté ici, le résident est polymorbide et polymédiqué, à risque d'interactions et de chutes, représentant ainsi bien les écueils auxquels l'équipe soignante est quotidiennement confrontée. Ouvert aux changements thérapeutiques et capable d'exprimer son ressenti, le résident a donné lui-même son accord bien que sa représentante ait également été informée.

### Considérer la situation personnelle et clinique

Le plan de traitement, les données cliniques et autres informations importantes ont été relevées dans les dossiers de soin informatisés auxquels la pharmacie a accès. Le dernier bilan sanguin datant de moins de 4 mois, la médecin traitante n'a pas été sollicitée pour en ordonner un plus récent. Les relevés de consultations, notes et observations permettent de se rendre compte du quotidien du résident et de son histoire personnelle, des informations pouvant être complétées en contactant directement l'infirmier référent pour des questions précises.

### Détecter les problèmes de médication et proposer des solutions

La pharmacienne a analysé les critères d'efficacité, sécurité et économicité des médicaments en détectant des éventuels problèmes liés à la médication grâce aux outils tels que « STOPP/START », liste de Beers et logiciel de détection d'interactions, ainsi que la prise en compte des recommandations cliniques. Lors de la discussion des propositions de modification avec la médecin traitante et l'infirmier référent, la pharmacienne priorise les problèmes détectés selon l'importance de leur impact pour le résident. Ainsi, la problématique cardiovasculaire a été considérée en priorité pour optimiser la balance bénéfice-risque des traitements antihypertenseur et anticoagulant en considérant la qualité de vie et les besoins du résident, à risque de chute et consécutivement de saignement. L'arrêt ou la diminution de doses des traitements dont l'indication ne semblait plus être actuelle, à savoir le

pramipexole et la sertraline, puis, l'adéquation du traitement antalgique ont également été revus. Finalement, des alternatives plus économiques sans péjorer l'efficacité ou la sécurité ont été recherchées mais sans succès ici.

#### Optimiser le traitement en concertation

Si dans certains cas, une proposition peut être validée telle qu'elle, les modifications proposées dans cette situation nécessitaient une compréhension plus poussée de la situation personnelle et clinique du résident avec des éléments amenés par son infirmier référent et sa médecin traitante. L'arrêt du pramipexole et la diminution des doses de torasémide et sertraline ont donc été validés après confirmation de l'absence d'indication ou de besoin d'un tel dosage. L'implication du cardiologue a complexifié la mise en œuvre des changements car celui-ci n'a pas transmis sa confirmation à l'équipe médico-infirmière de l'EMS, après des interactions directes avec la représentante thérapeutique. Une intégration plus précoce du spécialiste dans la discussion aurait été profitable. À noter encore que la discussion de ce cas complexe a dépassé les vingt minutes forfaitaires rémunérées par le programme.

Il est important que les modifications ne soient réalisées qu'après avoir été communiquées et acceptées par le ou la résidente ou son ou sa représentante thérapeutique. Tout changement de médication, aussi indiqué qu'il soit, peut être source d'angoisse pour la personne. Afin d'obtenir l'adhésion du résident concerné, sa médecin l'a informé des changements en présence de son infirmier référent, tout en lui indiquant de communiquer à l'équipe soignante tout symptôme inhabituel. En cas de difficultés de compréhension, une discussion en réseau avec la famille pourrait être utile.

#### Suivre les modifications de traitement

L'impact des modifications de traitements a été suivi par l'infirmier référent qui a mesuré la tension artérielle plus régulièrement, évalué la douleur selon l'échelle EVA et surveillé la survenue de symptômes dépressifs, anxieux ou agressifs, liés au syndrome des jambes sans repos, ou encore de douleur ou d'œdème des membres inférieurs. Aucune observation n'a mené directement à une réévaluation des modifications de traitements, cependant, suite au décès de l'épouse du résident, l'arrêt progressif du traitement antidépresseur a été suspendu, en gardant une demi-dose le soir. Comme prévu dans le processus, un point de situation générale a été fait quatre mois plus tard. Les modifications effectuées avec notamment une diminution du nombre ou du dosage des médicaments n'ont pas péjoré les paramètres cliniques et symptomatiques du résident durant la période de suivi. Au contraire, il a rapporté une meilleure gestion de ses douleurs.

### **Point de vue de l'équipe interprofessionnelle sur la démarche**

L'expertise pharmacologique et galénique de la pharmacienne s'est confrontée à l'expertise clinique de la médecin et à la réalité du vécu du résident rapporté par l'infirmier. En plus du développement des relations personnelles et de l'établissement d'une confiance mutuelle propices à une interprofessionnalité de qualité, cette mise en commun des connaissances amène une décision individualisée et partagée au plus proche des besoins du ou de la résidente. C'est également un aspect formateur pour toutes et tous, parfois transposable à des situations cliniques d'autres résidents et résidentes.

La compréhension et la signature du document expliquant le processus de transmission des données par le ou la résidente ou son ou sa représentante thérapeutique peut représenter une barrière à sa sélection. Si cette étape d'information et consentement était réalisée à l'entrée à l'EMS, la problématique clinique resterait le seul critère de choix. La gestion du temps et de la coordination des agendas des intervenants et intervenantes représentent aussi un défi. Afin que l'analyse de médication et la discussion interprofessionnelle consécutive ne soient pas trop éloignées dans le temps, il convient de fixer cette dernière au moment de la sélection du cas.

### **Conclusion**

Conduire des analyses de médication en interprofessionnalité est utile à plus d'un titre. Travailler en synergie permet d'améliorer la qualité et l'impact de celles-ci et d'en accélérer le rythme. L'échange centré sur un ou une résidente est motivant et contribue à optimiser l'efficacité, la sécurité et l'économicité de sa médication, et parfois aussi son bien-être. Et même sans aboutir à une modification tangible, la réflexion thérapeutique apporte une plus-value qui, comme l'ensemble de la démarche, améliore les compétences de l'ensemble de l'équipe sur les médicaments, applicables au-delà des analyses de médicaments. Le bilan positif de l'expérience permet aujourd'hui la dissémination du processus d'analyse de médication au sein des EMS vaudois, mais également d'autres cantons, dans le cadre d'un projet soutenu par la Commission fédérale pour la qualité pour une durée de trois ans.<sup>10</sup>

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**Remerciements :** Les auteurs remercient Mme Léa Charnaux pour la coordination de la rédaction de cet article.

### **Implications pratiques**

- Les perspectives infirmières, médicales et de pharmacie clinique permettent d'optimiser les régimes médicamenteux complexes, fréquents dans les EMS.
- Le milieu de soin en EMS est particulièrement approprié aux changements de traitements dont l'impact peut être suivi par l'équipe soignante.
- La situation propre à chaque résident ou résidente concernée guide l'application d'une démarche pourtant structurée.
- La réalisation d'une analyse de médication individuelle peut améliorer le bon usage des médicaments au sein de l'ensemble d'un EMS.

## Bibliographie

1. Cateau D, Bugnon O, Niquille A. Evolution of potentially inappropriate medication use in nursing homes: Retrospective analysis of drug consumption data. *Res Soc Adm Pharm*. 2021 Apr;17(4):701-6.
2. Opportunities and limits of deprescribing for older people in nursing homes (OLD-NH) [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur : <https://data.snf.ch/grants/grant/167509>
3. \*Cateau D, Ballabeni P, Niquille A. Effects of an interprofessional deprescribing intervention in Swiss nursing homes: the Individual Deprescribing Intervention (IDeI) randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2021 Dec;21(1):655.
4. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. *Arch Intern Med*. 1991 Sept;151(9):1825-32.
5. Frandsen S, Drastrup AM, Dalin DA, Vermehren C. Exploring the value of a multidisciplinary-led medication review for elderly individuals at a long-term care facility performed by four different health-care professions in an equal and closely integrated collaboration. *J Fam Med Prim Care*. 2022 Aug;11(8):4519-27.
6. Kua CH, Mak VSL, Huey Lee SW. Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 1 2019 Mar;20(3):362-372.e11.
7. Robinson M, Mokrzecki S, Mallett AJ. Attitudes and barriers towards deprescribing in older patients experiencing polypharmacy: a narrative review. *Npj Aging*. 2024 Jan;10(1):6.
8. \*\*Radcliffe E, Servin R, Cox N, et al. What makes a multidisciplinary medication review and deprescribing intervention for older people work well in primary care? A realist review and synthesis. *BMC Geriatr*. 2023 Sept;23(1):591.
9. Mena S, Dubois J, Moullin J, Cateau D, Schneider M, Niquille A. Evaluating the implementation of a deprescribing intervention in Swiss nursing homes: an observational study using qualitative and quantitative methods (en soumission).
10. Sustainable implementation of Interprofessional deprescribing services for nursing home residents in multiple cantons - The Simple-ID project | Unisanté [Internet]. 2024 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur : [www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/sustainable-implementation-interprofessional](http://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/sustainable-implementation-interprofessional)
11. Frassier T. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [Internet]. Vancouver: College of Health Disciplines. Université de la Colombie-Britannique; 2010 févr.

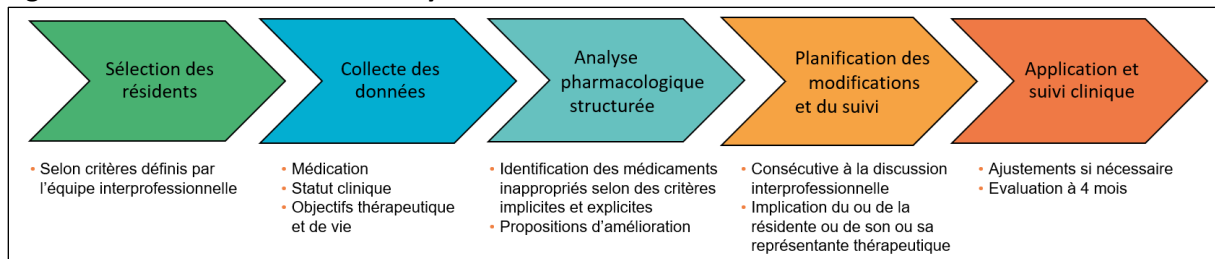


Disponible sur : [www.unige.ch/innovations-pedagogiques/application/files/6716/7690/1904/Thomas\\_Fassier\\_Referentiel\\_national\\_de\\_compétences\\_en\\_matière\\_d'interprofessionnalisme\\_Version\\_longue.pdf](http://www.unige.ch/innovations-pedagogiques/application/files/6716/7690/1904/Thomas_Fassier_Referentiel_national_de_compétences_en_matière_d'interprofessionnalisme_Version_longue.pdf)

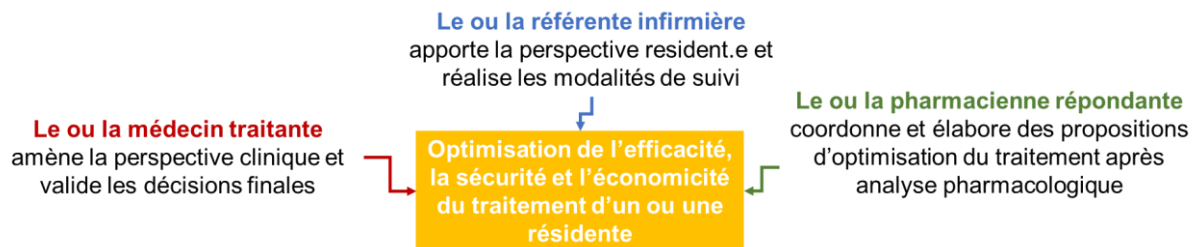
\* à lire

\*\* à lire absolument

**Figure 1 Processus standard d'analyses de médication utilisé**



**Figure 2 Rôles professionnels pour analyser la médication**



**A**

**Tableau 1 Application des six compétences interprofessionnelles<sup>11</sup>**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Travail d'équipe</b> : la collaboration établie depuis plusieurs années facilite l'intégration de cette nouvelle approche interprofessionnelle restant par ailleurs volontaire</li><li>• <b>Clarification des rôles</b> : le cahier des charges détaillé par profession et la définition en amont des sous-processus facilitent la réalisation des analyses de médication</li><li>• <b>Leadership collaboratif</b> : du fait de son rôle de coordination reconnu par tous et toutes, le ou pharmacienne permet d'intégrer l'expertise de l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle dans la démarche, tout en amenant à une prise de décision consensuelle</li><li>• <b>Résolution de conflits interprofessionnels</b> : l'établissement du plan de modification de traitement se fait de manière consensuelle et la responsabilité de son application est partagée, ce qui non seulement prévient les conflits mais aide à les résoudre</li><li>• <b>Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté</b> : la perspective du ou de la résidente est essentiellement portée par son infirmier ou infirmière référente, notamment si les objectifs de vie et, en cas de difficulté cognitive, le plan de soins anticipé, sont bien définis, en amont de l'analyse et lors de la discussion interprofessionnelle. Les modifications de traitement sont expliquées au ou à la résidente et/ou ses proches pouvant clairement s'y opposer</li><li>• <b>Communication interprofessionnelle</b> : soutenue par les liens personnels préétablis, la communication est aussi exercée dans le cadre d'ateliers interprofessionnels offerts en amont de l'initiation des premières analyses de médication</li></ul> |
|---|

**Tableau 2 Vignette du cas clinique**

DMLA : dégénérescence maculaire liée à l'âge ; NSTEMI : infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST.

**Résident, 92 ans, 81 kg**

**Diagnostics**

- Cardiopathie ischémique stentée, NSTEMI de type 2 sur probables troubles du rythme paroxystiques
- Hypertension traitée, avec tendance aux hypotensions
- Hypercholestérolémie
- Troubles anxiodépressifs
- Troubles de la marche et de l'équilibre
- Malvoyance sur DMLA, antécédant d'ulcère cornéen
- Prostatisme

**Traitement**

Aspirine 100 mg	1-0-0-0
Apixaban 2,5 mg	1-0-0-0
Métoprolol 25 mg	½-0-0-0
Torasémide 10 mg	1-0-0-0
Ézétimibe/atorvastatine 10/40 mg	0-0-1-0
Pramipexole 0,25 mg	0-0-1-0
Dutastéride/tamsulosine 0,5/0,4 mg	0-0-1-0
Paracétamol 1 g	1-1-1-0
Tramadol gouttes 100 mg/ml	5-0-5-0
Sertraline 50 mg	0-0-1-0
Relaxane	1-1-1-0

**Tableau 3 Résultat de l'analyse de médication interprofessionnelle et décours des modifications de traitement**

EVA : échelle visuelle analogique ; IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; NSTEMI : infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST ; OMI : œdème des membres inférieurs ; SJSR : syndrome des jambes sans repos.

Traitements avant analyse	Problème identifié	Proposition de la pharmacienne	Décision de l'équipe interprofessionnelle	Situation après 4 mois
Métoprolol 25 mg (½-0-0-0)	Efficacité, sécurité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt du métoprolol car risque d'hypotension et de chutes</li> <li>• Introduction d'un IECA (ou d'un sartan si contre-indication) car post NSTEMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêt du métoprolol après validation du cardiologue</li> <li>• Introduction du lisinopril</li> <li>• Suivi de la tension artérielle (TA) avec cible entre 140/80 et 120/70 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lisinopril 5 mg (1-0-0-0)</li> <li>• TA dans la cible</li> </ul>
Torasémide 10 mg (1-0-0-0)	Sécurité	En l'absence d'OMI, diminution à 5 mg car risque d'hypotension et de chutes	Diminution de la dose implémentée et suivi des OMI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torasémide 5 mg (1-0-0-0)</li> <li>• Pas d'OMI observé</li> </ul>
Pramipexole 0,25 mg (0-0-0-1)	Sécurité	Arrêt car pas de SJSR documenté dans les antécédents	Arrêt du pramipexole et suivi des signes d'un éventuel SJSR	Pas de SJSR observé
Sertraline 50 mg (0-0-1-0)	Efficacité, sécurité	Arrêt progressif de la sertraline car plus d'indications	Diminution de dose par palier puis arrêt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sertraline 50 mg (0-0-½-0)</li> <li>• Suspension de la diminution car baisse de thymie suite au décès de l'épouse du résident</li> </ul>
Tramadol gouttes 100 mg/ml (5-0-5-0)	Sécurité, économie	Remplacement par la morphine car meilleur rapport bénéfice/risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplacement du tramadol par de la morphine en gouttes</li> <li>• Suivi des douleurs selon EVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramadol stoppé</li> <li>• Morphine 2 gouttes 3 x/jour + 4 gouttes 3 x/jour en réserve</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apixaban 2,5 mg (1-0-0-0)</li> <li>• Aspirine 100 mg (1-0-0-0)</li> </ul>	Sécurité	Bithérapie non recommandée, arrêt d'un des deux traitements ; si maintien de l'apixaban, dosage à revoir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de l'apixaban 2,5 mg à 1-0-1-0</li> <li>• Arrêt de l'aspirine</li> <li>• Communication du changement au cardiologue</li> </ul>	Apixaban 2,5 mg (1-0-1-0)