ATELIER D

Analyses de médication en EMS
Trois regards, une décision partagée

Le rôle moteur des infirmier·ères dans les analyses de médication menées en trio interprofessionnel

PHARMACIENNE

Joyce Gurtler · Pharmacienne co-responsable
Pharmacie de la Tour d'Ivoire - Montreux

INFIRMIER-CHEF

Arnaud Cobral · Infirmier-Chef
EMS Nova Vita - Montreux

Atelier interactif • Cas pratiques et réponses • Prévention des effets indésirables

Le bon médicament… pour la bonne personne

ANALYSE DE MÉDICATION EN TRIO INTERPROFESSIONNEL

*Le regard du terrain au lit du patient

*L’analyse pharmaceutique

*La décision médicale

Analyse de médication en EMS - SimpleID

En amont:

- **Contrat – cadre avec cahier des charges pour les participants au programme d'assistance pharmaceutique dans les EMS Vaudois à signer : Direction EMS – Médecin – Infirmier.e – Pharmacien.ne**
- **Définir les rôles de chacun**
- **Définir les sous-processus**
- **Planifier**

Processus d'analyse de médication proposé

1. Sélection des résident.e.s + info et consentement
2. Récolte des données nécessaires à l'analyse de médication (AM)
3. Réalisation des AMs
4. Définition du plan de modifications de traitement
5. Discussion des modifications avec les résident.e.s ou proches
6. Mise en œuvre et suivi

Analyses de médication de 10% des résident.e.s

Formation des pharmaciens
- 3 jours
- Exercices pratiques
- Ateliers interprofessionnels

Sélection des résidents
- Par l'équipe interprofessionnelle

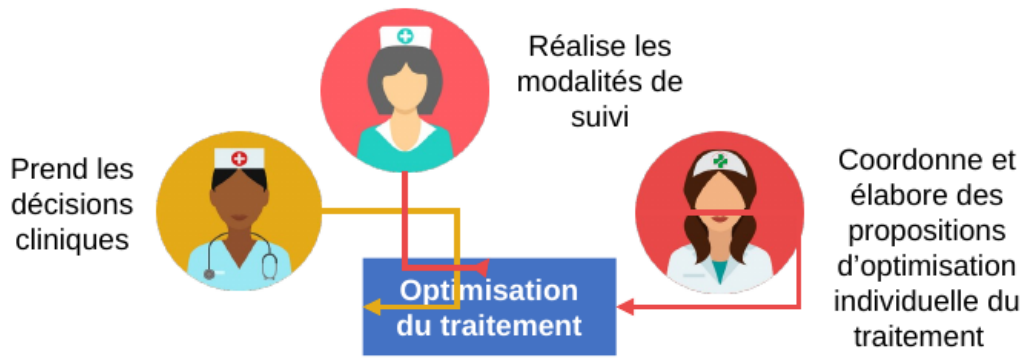
Collecte des données
- Médication
- Statut clinique
- Objectifs thérapeutique et de vie

Analyse
- Identification des médicaments potentiellement inappropriés
- Propositions d'amélioration

Plan de modification y c. suivi
- Établi pendant la réunion interprofessionnelle
- Implication des résidents/proches

Application et suivi clinique
- Ajustements si besoin
- 4 mois de suivi

Facilitation + Plateforme de communication, documentation & benchmarking + rémunération



Rémunération

- **Pharmacien.ne :** 2h par analyse de médication (y c. 20 min de discussion avec prescripteur)

+ 3h pour coordination et récolte des données

- **Infirmière :** 1 h par analyse de médication (y c. récolte des données, implémentation et suivi des changements)
- **Médecin :** 20 min.

unisanté

Simple ID

Une AM réussie, c’est un trio qui agit

But: Prévenir les effets indésirables, optimiser les traitements et préserver la qualité de vie.

INFIRMIER·ÈRE

- Initie,
- Observe,
- Coordonne,
- Connaît les préférences du résident, ses objectifs de vie

PHARMACIEN·NE

- Évalue le rapport bénéfice-risque,
- Analyse
- Priorise
- Propose

MÉDECIN

- Evalue les propositions
- Décide
- Valide les décisions thérapeutiques

Objectif commun :
→ une décision applicable
→ mise en œuvre programmée
→ suivi clinique pendant 4 mois

PROCESSUS SIMPLE-ID

De l’initiative au suivi clinique

Six étapes concrètes, avec des contributions croisées à chaque étape.

01 Sélection

Qui bénéficierait d’une AM ?

02 Données

Médication, clinique, objectifs de vie

03 Analyse

Risques, indications, Priorités, interactions, médications inappropriées,...

04 Réunion trio

Propositions et décisions

05 Application

Un changement à la fois

06 Suivi

Indicateurs et Réévaluation (4 mois)

Trois expertises qui se renforcent

CE QUE LE SOIN INFIRMIER APPORTE

Observations:

- Chutes, vigilance, douleur, transit, hydratation
- Prises réelles, refus, réserves et difficultés pratiques
- Priorités et objectifs de vie du résident
- Initiative du projet, coordination, transmissions, suivi

CE QUE LA PHARMACIE APPORTE

- Analyse globale chronique + réserves
- Indications, interactions, STOPP/START, Beers
- Charge anticholinergique, doses, fonction rénale
- Propositions priorisées et suivi mesurable

CE QUE LE MEDECIN APPORTE

- **Connaissance du patient et de la situation clinique**
- **Validation ou non des propositions**
- **Décision finale**

VIGNETTE

CAS 1 · CHUTES & SOMNOLENCE

Mme R., 89 ans : deux chutes récentes, fatigue matinale ; hypnotique le soir et anxiolytique en réserve. HTA traitée

Quel premier signal exploreriez-vous ?

1 REGARD INFIRMIER

Horaires des chutes VS. prises médication ou RES ;
vigilance, TA orthostatique, mobilité et sommeil.

2 ANALYSE PHARMACEUTIQUE

Identifier cumul sédatif
Evaluer la déprescription progressive.
Evaluer les divers traitements pouvant avoir une incidence sur les chutes

3 DÉCISION & SUIVI

Décider d'un ajustement progressif ; d'une deprescription, ou d'un changement de molécule
Suivre les chutes, vigilance et sommeil.

Une proposition à la fois = un indicateur de suivi

Un changement à la fois permet d'en apprécier l'effet.

Un cas réel : situation vécue dans notre EMS

PARKINSON

Madopar® 125 mg : 7 h / 11 h / 15 h

Rispéridone : 0,25 mg matin et soir et en RES (max 3x/j)

MÉDICATION DE RÉSERVE

Métoclopramide en réserve : indication non actuelle ; antagonisme dopaminergique à considérer.

POLYMÉDICATION · PERTINENCE

Daflon® 500 mg : 2 cp matin + 2 cp soir

HTA · ŒDÈMES

Torasémide 10 mg le matin : bénéfice sur les œdèmes versus tolérance et surveillance/ chutes

Mme P., 92 ans : Parkinson . Hypertension traitée et hypotension orthostatique. Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes multiples récemment observées.

Du signal à la décision

01 Signal infirmier

Quel changement a fait suspecter un problème ?

02 Apport pharmaceutique

Quel risque ou quelle optimisation a été identifié ?

03 Décision trio

Qu'a-t-on proposé, accepté et planifié ?

04 Résultat

Quel indicateur a permis d'évaluer l'impact ?

Le rôle infirmier : observation des symptômes, prises réelles de medicaments , comportement, réserves utilisées.
Le rôle pharmaceutique : repérer, évaluer le rapport bénéfice-risque , prioriser les propositions d'optimisation

Rispéridone : de l’alerte à la décision

PROPOSITION PHARMACIEN.NE

Rispéridone et lévodopa : antagonisme dopaminergique potentiel.

Proposition : réévaluer l’indication et réduire prudemment si possible.

DÉCISION DU TRIO

Suppression de la prise du matin ; 0,25 mg le soir maintenu.

Réserve encadrée : 0,25 mg, au maximum 2 fois/jour.

SUIVI DOCUMENTÉ

Surveillance de l’agitation, des hallucinations et de l’usage des réserves.

À 4 mois : adaptation maintenue, sans épisode ni réserve rapportés.

Quatre propositions, des décisions adaptées

Une bonne analyse ne signifie pas « tout arrêter »

01	RISPÉRIDONE	Dose matinale arrêtée	0,25 mg le soir ; réserve encadrée selon décision du trio.
02	MÉTOCLOPRAMIDE (RES)	Réserve supprimée	Réserve obsolète ; vigilance particulière avec la maladie de Parkinson.
03	DAFLON®	Arrêt validé	Proposition de déprescription : pertinence du bénéfice non validée
04	TORASÉMIDE	Réduction non appliquée	Œdèmes persistants : maintenir et poursuivre la surveillance Proposition non validée

À quatre mois : des changements évaluables

Le suivi infirmier permet de confirmer, d'adjuster, de réintroduire....ou de ne pas modifier.

APPLIQUÉ ET MAINTENU

Rispéridone : dose matinale supprimée, sans agitation ni hallucinations ou recours à la réserve rapportés.

Métoclopramide : suppression de la réserve maintenue.

➔ Mme n'a plus eu de chutes !

NON APPLIQUÉ

Torasémide : baisse envisagée, mais œdèmes persistants.

→ Surveillance des œdèmes et du poids, réévaluation médicale programmée

➔ Ceci n'est pas un échec.

À DOCUMENTER

Daflon : arrêté.

➔ Peu de bénéfice

.

3 leviers

Soins : observent et transmettent et font le suivi
Pharmacie : interprète et réévalue
Médecin : valide ou ajuste

Observation des impacts

Comment démarrer concrètement dans votre EMS ?

REPÉRER

Les soignant·es identifient un besoin concret au quotidien.

DÉCLENCHEUR

Proposer un résident et préciser le signal ou l'objectif de vie.

ÉCLAIRER

La pharmacie formule une proposition argumentée et faisable.

DÉCISION

Préparer ensemble une proposition, puis valider la décision médicale.

DÉCIDER & SUIVRE

Le trio décide ; les équipes appliquent et évaluent les effets.

INDICATEURS

Choisir un indicateur, un responsable et une échéance ; bilan à 4 mois.

Pour commencer : 1 résident, 1 priorité, 1 action, 1 indicateur.

Qui peut être moteur ?
Chacun de nous!

Les observations cliniques peuvent faire réfléchir à de petits changements…
Ces petits changements peuvent amener de grandes améliorations au quotidien!

TAKE HOME MESSAGE:

Une AM utile :
davantage de confort et de sens pour le résident qui est positionné au centre de son traitement, optimiser les risques thérapeutiques