

Abstract - Groupe n°5

Quelles sont les mesures utilisées pour prévenir les erreurs médicales liées à la polymédication chez les pensionnaires en EMS ?

Cariello Carmen, Crausaz Lorane, Demierre Adeline, Gränicher Aldina, Margot Anicka

Introduction

Cette recherche a pour but d'identifier les outils disponibles pour les professionnels de la santé afin de prévenir les erreurs médicales liées à la polymédication dans les établissements médico-sociaux (EMS). Selon l'explication donnée par le vice-directeur du CHUV le Professeur Wasserfallen, l'erreur médicale est liée à une mauvaise interprétation de l'information dont on dispose ou non, lorsque l'on doit prendre une décision médicale ; la faute, quant à elle, est définie comme une violation des procédures établies. Parmi les définitions de la polymédication proposées, nous avons retenu la prise quotidienne d'au moins cinq médicaments, incluant les vitamines et les oligo-éléments. Ce sujet représente un défi de santé publique actuel : en effet, l'étude d'*Helsana* 2017 démontre qu'en Suisse, la population de plus de 65 ans consomme en moyenne 5.6 médicaments par jour et les patients en EMS 9.3 médicaments [1]. De plus, l'enquête menée par la fondation *Sécurité des patients* a mis en évidence le fait suivant : en un mois, 4.9% des EMS interrogés ont vécu l'hospitalisation d'un de leurs résidents éventuellement consécutive aux effets secondaires de ses médicaments [2]. Suite à la découverte de ces chiffres, nous nous sommes penchées sur les outils mis en place pour prévenir les risques liés à la polymédication en EMS.

Méthode

Après une revue de littérature nous permettant de préparer des questions ciblées, nous avons interrogé plusieurs acteurs impliqués dans le circuit des médicaments, de leur prescription à leur délivrance. Ainsi, nous avons rencontré lors d'entretiens semi-structurés Madame Vogel, collaboratrice scientifique de la fondation *Sécurité des patients* ; le Docteur Gillabert, président du groupe des médecins des établissements pour personnes âgées de Genève (MEPAG'S) ; le Professeur Buclin, médecin chef du service de pharmacologie du CHUV ; le Professeur Bugnon, pharmacien chef responsable de la PMU ; Sœur Natanaela, infirmière cheffe de l'EMS St-Pierre de Sion ; Madame Margot et Madame Ruff, respectivement pharmaciennes adjointe et responsable de la pharmacie répondante de l'EMS St-Pierre ; le Professeur Wasserfallen, vice-directeur médical du CHUV.

Résultats

Au cours de nos entretiens, nous avons pu mettre en évidence plusieurs étapes critiques : la prescription, la préparation et la délivrance du médicament.

Tout d'abord, la prescription dépend de plusieurs facteurs déterminants tels que la relation préalable du médecin avec le patient et la durée du suivi, l'accès à la liste des médicaments déjà mis en place et les connaissances pharmacologiques spécifiques à la personne âgée. Le but est de limiter le risque d'interactions et de prescriptions de médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Ces dernières concernent l'emploi de médicaments engendrant plus d'effets néfastes que de bénéfices, la prise de médicaments connus pour être responsables d'interactions incontestables, mais aussi la sous-prescription de médicaments profitables pour le patient. Aujourd'hui, les médecins prescripteurs et les EMS peuvent utiliser des logiciels informatiques pour pallier les éventuels risques d'interactions [3]. Ces logiciels permettent notamment de rassembler les dossiers de soins des différents pensionnaires et de signaler les dosages aberrants. Le médecin répondant¹ de l'EMS peut ainsi prescrire des médicaments à distance. De plus, il existe des listes de MPI chez la personne âgée, établies par une commission d'experts, pouvant aider à la prescription au cas par cas par le gériatre [4]. Un autre outil utile à la prescription est le développement de cercles de qualité, devenus obligatoires depuis 2016 dans les EMS vaudois. Ceux-ci consistent en une rencontre entre le médecin répondant, le pharmacien responsable de l'EMS et l'infirmier

¹ Le médecin répondant de l'EMS est un praticien engagé par le médecin cantonal pour superviser l'ensemble des soins et autres prestations délivrées par l'EMS aux résidents. Il a un droit de regard sur les prescriptions.

chef de l'EMS, ayant pour but la revue systématique de tous les traitements en cours. Les cercles de qualité sont présidés par le pharmacien responsable, qui présente le rapport d'analyse de l'année écoulée. La convergence de ces trois points de vue médicaux amène à un consensus, bénéfique à la prévention et prédicteur d'une collaboration interdisciplinaire fructueuse.

Concernant l'étape de la préparation, le pharmacien responsable a pour rôle de fournir et contrôler les commandes. Pour cela, il dispose lui aussi d'un programme informatique, qui indique les principales interactions médicamenteuses et les dates de délivrance, évitant ainsi la consommation excessive de la substance par le patient. Le pharmacien fait également une première estimation des risques d'interactions lors de la réception de la commande. Cependant, en cas d'effets secondaires imprévus ou lors de traitements compliqués, le pharmacologue, en sa qualité d'expert, sera contacté.

La délivrance, quant à elle, représente une étape décisive car irréversible ; les erreurs commises à ce moment étant plus visibles, elles sont plus facilement rapportées. L'EMS dispose donc de moyens préventifs tels que la documentation et l'analyse systématique des erreurs, ce qui permet de mettre en évidence les potentielles failles du système et ainsi pouvoir y remédier [5]. De plus, des mesures simples existent : le stockage de la commande dans des casiers individuels verrouillés, la mise sous clef des semainiers, un étiquetage distinct des médicaments d'apparence similaire, les patients avec des noms de famille à consonance proche placés dans des chambres différentes, le contrôle simultané des injections par deux soignants, l'accès restreint aux hautes doses de médicaments et finalement, l'assurance de la prise médicamenteuse par le bon résident.

Pour finir, la communication entre les intervenants est un autre point déterminant dans la chaîne médicamenteuse. Par exemple, lors de l'arrivée d'un nouveau résident en EMS, une table ronde est organisée avec le pensionnaire, sa famille et tous les collaborateurs de la maison, le but étant de mettre en place un plan d'accompagnement centré sur le patient. De plus, bi-annuellement, les infirmiers sont encouragés à contacter les médecins traitants pour reconSIDérer les ordonnances. Néanmoins, les praticiens ayant peu de patients en EMS connaissent moins les engrenages du système et il s'en suit un partenariat moins efficace. En outre, une loi a été votée en 2017 pour l'introduction d'un dossier électronique obligatoire dans les établissements de soins, qui permettra une centralisation des données médicales [6].

Discussion

Les chiffres d'Helsana montrent que les patients en EMS ont des quantités importantes de médicaments, qui s'expliquent notamment par la polymorbidité des résidents, la comptabilisation des médicaments en libre-service et le fait qu'un nouveau patient sur deux vient directement de l'hôpital. Les professionnels interrogés rapportent qu'un effort a été entrepris pour pallier la polymédication. S'ajoute à cela l'initiative prise par différents EMS de l'emploi de médecines complémentaires telles que l'aromathérapie et les jardins thérapeutiques, et l'adaptation des objectifs thérapeutiques à l'état de santé du patient².

Pour le futur, différentes solutions sont envisageables : des propositions de formations continues pour sensibiliser les soignants aux symptômes indésirables dus aux médicaments, la sensibilisation du personnel soignant à la liste des MPI, des prescriptions à durée prédéterminée, l'amélioration et l'homogénéisation des logiciels informatiques, le perfectionnement de la collaboration entre les différents établissements de soins pour prétendre à un meilleur suivi et, finalement, la facilitation de la déprescription³.

Références

- [1] Helsana. Rapport d'enquête sur les médicaments : Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017. Rapport final. Nov 2017.
- [2] Fondation Sécurité des patients. Rapport de données : progress ! La sécurité de la médication en EMS. Rapport intermédiaire. Jan 2018.
- [3] Garcia-Caballero TM and al. Polimedication: applicability of a computer tool to reduce polypharmacy in nursing homes. 2018 May. PubMed PMID: 29747709.
- [4] P.-O. Lang et al. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START, RevMed. 2015-Nov; 11 :2115-23. Suisse.
- [5] Wagner LM and al. Nurses' disclosure of error scenarios in nursing homes. 2013 Jan-Feb. PubMed PMID: 22818283
- [6] Loi fédérale sur le dossier électronique du patient, RS 816.1 (avril 2017).

Mots clés : polymédication, EMS, MPI, personnes âgées, gériatrie, erreurs médicales

Date : 03.07.2018

² Selon l'espérance de vie et les polymorbidités du patient, les objectifs thérapeutiques peuvent passer de la préservation des fonctions vitales aux soins de confort, induisant ainsi une baisse des médicaments. Après le pic du nombre de médicaments prescrits à 70 ans, une diminution progressive est constatée jusqu'en fin de vie.

³ Par déprescription, nous entendons le fait de baisser les doses d'un médicament ou d'arrêter un traitement.

La prévention des erreurs médicales liées à la polymédication en EMS

Quelles sont les mesures utilisées pour prévenir les erreurs médicales liées à la polymédication chez les pensionnaires en EMS ?

Cariello Carmen, carmen.cariello@unil.ch, Crausaz Lorane, lorane.crausaz@unil.ch, Demierre Adeline, adeline.demierre@unil.ch, Gränicher Aldina, aldina.granicher@unil.ch, Margot Anicka, anicka.margot@unil.ch

QUELQUES CHIFFRES

Ce sujet représente un défi de santé publique actuel en Suisse:

- 18% de la population a ≥ 65ans
- ~140'000 personnes en EMS
- En 2017 : 9.3 médicaments/jour par résident d'EMS contre 5.6 médicaments/jour par personne ≥65ans
- 4.9% d'hospitalisations/mois suite aux effets secondaires des médicaments
- 70% d'événements évitables arrivent aux personnes ≥ 65ans, avec ≥ 5 médicaments
- 1/2 événement indésirable est évitable
- 51.8% des soignants estiment qu'ils ont recours en général à trop de médicaments

QUELQUES DÉFINITIONS

- Personne âgée : personne de ≥ 65ans
- Erreur médicale : mauvaise interprétation de l'information disponible ou non lors d'une décision médicale
- Polymédication : ≥ 5 médicaments/jour
- Médecin répondant de l'EMS : praticien engagé par le médecin cantonal pour superviser l'ensemble des soins et autres prestations délivrées par l'EMS
- MPI : médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée
- Déprescrire : baisser les doses ou arrêter un médicament
- Cercle de qualité : réunion entre pharmaciens et médecins pour faire un rapport d'analyse des médicaments ordonnés pour chaque patient, dans le but d'améliorer la prescription

METHODOLOGIE

- Revue de littérature
- 7 Entretiens semi-structurés avec :
 - La fondation Sécurité des patients
 - Un gériatre
 - Un pharmacologue
 - Un pharmacien spécialisé en polymédication
 - Deux pharmaciennes répondantes d'un EMS
 - Le vice-directeur médical du CHUV
 - L'infirmière cheffe d'un EMS

OUTILS DU MÉDECIN TRAITANT.

- Logiciels informatiques qui contrôlent les interactions entre les médicaments
- Liste des MPI
- Connaissances pharmacologiques adaptées à la personne âgée
- Suivi régulier
- Dosage sérique

OUTILS DE LA PHARMACIE RESPONSABLE

- Logiciels informatiques avec contrôles sur les interactions et dates de délivrances
- Rapport annuel de l'utilisation des médicaments
- Rôle de pharmacien-conseil pour l'EMS
- Contrôle sur les semainiers

DISCUSSION

Le nombre de médicaments s'explique notamment par :

- La polymorbidité en EMS
- La comptabilisation des médicaments en libre-service
- Un nouveau résident sur deux vient directement de l'hôpital

Malgré tous ces outils de prévention, le circuit médicamenteux a encore quelques failles :

- Logiciels différents entre les intervenants
- Absence de dossier patient unique
- Manque de communication entre les corps de métier
- Manque de prévoyance du système de santé face à l'augmentation du nombre de seniors

OUTILS DU MÉDECIN RÉPONDANT

- Sa position fait de lui un médiateur entre les différents intervenants qui interagissent dans la maison de retraite.
- Il contrôle les ordonnances des médecins traitants, il les informe de l'existence de la liste des MPI et du fonctionnement de l'EMS.
- Il joue le rôle de remplaçant lors de l'absence du médecin traitant d'un résident.
- Il limite le nombre d'intervenants externes nécessaires aux bons soins du patient



PRÉVENTION JURIDIQUE

- Consentement libre et éclairé du patient
- Directives anticipées

OUTILS DU PHARMACOLOGUE

- Questions prospectives de la part des médecins prescripteurs
- Grande base de données épidémiologiques
- Qualité d'expert et logiciels informatiques très performants

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Madame Vogel, le Docteur Gillabert, le Professeur Buclin, le Professeur Bugnon, Sœur Natanaela, Madame Margot, Madame Ruff et le Professeur Wasserfallen.
De plus, nous remercions notre tutrice la Doctoresse Bickle Graz pour son aide et ses conseils avisés.

RÉFÉRENCES

1. Helsana. Rapport d'enquête sur les médicaments : Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017. Rapport final. nov 2017.
2. Fondation Sécurité des patients. Rapport de données : progress ! La sécurité de la médication en EMS. Rapport intermédiaire. Janvier 2018.
3. Garcia-Caballero TM and al. Polimedication: applicability of a computer tool to reduce polypharmacy in nursing homes. 2018 May. PubMed PMID: 29747709.
4. Wagner LM and al. Nurses' disclosure of error scenarios in nursing homes. 2013 Jan-Feb. PubMed PMID: 22818283.