

Fiche d'information relative aux indicateurs de qualité pour les soins stationnaires de longue durée – Polymédication

Comment l'indicateur de qualité polymédication est-il défini ?

L'indicateur de qualité national « polymédication » fait référence à un-e résident-e prenant neuf substances actives ou plus (selon Its-asc).

L'indicateur de qualité est défini comme suit :

- Le pourcentage de résident-es ayant pris neuf substances actives ou plus au cours des derniers sept jours.

Critère d'exclusion : il n'y a pas de critères d'exclusion.

Ajustement des risques : les caractéristiques suivantes des résident-es sont utilisées pour l'ajustement des risques :

- degré de soins requis
- déficiences cognitives (mesurées au moyen de la Cognitive Performance Scale CPS) et
- âge

Pourquoi la polymédication est-elle mesurée en tant qu'indicateur de qualité ?

Grâce aux progrès de la médecine, de nombreuses personnes peuvent atteindre un âge élevé malgré plusieurs maladies chroniques. Le traitement de ces multiples maladies chroniques (multimorbidité) entraîne en règle générale la prise de plusieurs médicaments. Cela concerne tout particulièrement les résident-es d'EMS.

A côté des effets positifs souhaités, la prise d'un médicament peut aussi avoir des effets secondaires. La prise de plusieurs médicaments augmente sensiblement la probabilité de voir apparaître des effets secondaires indésirables. De plus, les médicaments peuvent s'influencer réciproquement dans leurs effets.

Ce risque d'interactions augmente également sensiblement avec le nombre de médicaments prescrits. Des listes de médicaments peu claires entraînent le risque que des médicaments inadéquats soient prescrits pour la situation de la résidente ou du résident. La polymédication est liée à des chutes, à la malnutrition et à une mortalité accrue (cf. encadré).

La mesure de la polymédication et le contrôle systématique, idéalement standardisé, des médicaments, en tenant compte des besoins courants des résident-es par l'équipe de traitement aide à optimiser le traitement médicamenteux.

Ce processus – notamment s'il est appliqué régulièrement et systématiquement – réduit le risque de prescription de médicaments potentiellement inadéquats, avec toutes les conséquences négatives décrites ci-dessus, sans pour autant qu'il y ait sous-médication. La saisie de la polymédication peut ainsi contribuer à identifier les réactions médicamenteuses indésirables et à éliminer les substances actives inutiles ou dommageables, et contribue ainsi à une meilleure qualité de vie des résident-es.

À quelle fréquence les résident-es des EMS sont-ils ou elles polymédiqués ?

En Suisse, entre 21% et 40% des résident-es en EMS prennent neuf médicaments ou plus. La consommation moyenne de médicaments en EMS en 2016 était de 9,3 médicaments par résident ou résidente, 11% prenant plus de 15 médicaments.

Quelles sont les conséquences possibles de la polymédication ?

- Réactions indésirables aux médicaments
- Interactions entre médicaments
- Adhésion médicamenteuse réduite
- Taux d'effets secondaires accru chez les personnes âgées pour certains groupes de médicaments (cf. PIM ou liste PRISCUS)
- Augmentation des hospitalisations et des admissions aux urgences
- Risque accru de chutes, de malnutrition, d'incontinence, de délire, une capacité fonctionnelle réduite
- Diminution de la qualité de vie
- Mortalité accrue
- Augmentation du risque d'erreurs de médication (par ex. lors de la préparation des médicaments)
- Augmentation du coût des médicaments

Quels sont les facteurs liés à la polymédication ?

- Nombre de maladies concomitantes : multimorbidité
- Résident-e récemment sorti-e de l'hôpital
- Traitement simultané par plusieurs médecins spécialistes
- Automédication peu claire

Il s'avère que les résident-es plus jeunes présentant moins de déficiences cognitives, montrant moins de dépendance aux activités de la vie quotidienne et une durée de séjour en EMS plus courte sont plus fréquemment l'objet d'une polymédication.

De quoi faut-il tenir compte lors de la mesure des indicateurs de qualité ?

En principe, la collecte de données est réglementée dans les manuels des instruments de collecte de données. Ci-dessous quelques remarques sur la mesure des indicateurs :

- Pour cet indicateur, seules les substances actives sont comptées, pas le nombre de médicaments
- Les substances actives sont comptées dès qu'elles ont un effet systémique pertinent (par ex. voie orale, sublinguale, rectale, transdermique, inhalation, injections)
- Les médicaments de réserve, les préparations en dépôt et les vaccins sont comptés s'ils sont administrés pendant la période de mesure de 7 jours
- Les règles suivantes s'appliquent selon le ltc-asc (long term care – nombre de substances actives) comme base pour le comptage des substances actives, par ex. selon les banques de données IN-DEX :
 - Pour aucun médicament, plus de deux substances actives ne sont comptées. Les valeurs correctes par médicament sont donc :
 - 1 = une substance active principale
 - 2 = deux substances actives ou plus
 - Les combinaisons de substances actives sont comptées comme 2 seulement si ce sont des médicaments ayant une approche pharmacologique différente, qui peuvent également être administrés individuellement. Les combinaisons de substances actives qui augmentent l'effet souhaité sont comptées comme 1.
 - Les préparations vitaminées (y compris plusieurs vitamines administrées séparément) et les produits phytothérapeutiques standardisées (c.-à-d. qu'une quantité de substance active est indiquée) comptent à chaque fois comme 1 substance active
 - Les laxatifs sont comptés comme 1, y compris s'il s'agit de plusieurs substances actives avec des actions différentes (p.ex. Paragol et sirop de figues et gouttes de Laxoberon = 1)
 - Les perfusions et les médicaments rarement utilisés tels que les cytostatiques ou les hormones sont comptés comme 1
- Les produits suivants ne sont pas comptés (0 substance active) :
 - solutions comme NaCl, Aqua bidest, solution de Ringer
 - désinfectants
 - produits de soins de la peau (par ex. crèmes hydratantes)
 - des produits phytothérapeutiques non standardisés (par ex. thé, enveloppements, essences pour les soins aromatiques)
 - tous les médicaments non-administrations par voie orale ou parentérale (p.ex. crèmes, onguents, agents de rinçage, collyres, gouttes pour les oreilles)
 - les substances actives sans effet pharmacologique net (p.ex. toniques)

- les moyens de traitement des plaies
- les substances homéopathiques (individuellement ou en combinaison).

Des exemples concrets de la façon dont les substances actives de certains médicaments sont comptées peuvent être trouvés dans les manuels des instruments utilisés.

Mesures possibles pour réduire la polymédication

Il est nécessaire d'adapter les traitements aux besoins et préférences des résident-es. L'accent est mis sur la fonctionnalité et la qualité de vie des résident-es et non sur l'extension de la vie. Il est très difficile de suivre toutes les recommandations pour le traitement de plusieurs maladies concomitantes, car cela entraînerait une polymédication, avec tous les désavantages évoqués ci-dessus. Il s'agit donc, sur la base d'une clarification minutieuse, de déterminer quels sont les problèmes de santé prioritaires pour les résident-es et quels sont ceux qui péjorent le plus leur qualité de vie. La détermination des traitements appropriés nécessite donc, après une évaluation gériatrique multidimensionnelle, l'interrogation des préférences des résident-es, la définition des objectifs de traitement les plus importants et l'estimation de l'espérance de vie. Un plan de traitement est ensuite établi et discuté avec les résident-es.

Facteurs d'influence

Résident-es

- Nombre de maladies concomitantes : multimorbidité
- Une sortie récente de l'hôpital
- Traitement simultané par plusieurs spécialistes
- Automédication
- Résident-es plus jeunes, troubles cognitifs plus faibles, moins de dépendance aux activités de la vie quotidienne, durée de séjour plus courte



Mesures

- Processus structuré pour la planification de la thérapie basée sur une évaluation gériatrique
- Clarification des préférences et des objectifs de traitement avec les résident-es ou, dans le cas des résident-es sans capacité de discernement, avec leur représentant légal (voir Code civil suisse, art. 373 et suivants), estimation de la durée de vie attendue
- Discuter et mettre en place des directives anticipées (Advance Care Planning) avec les résident-es ou leur représentant légal
- Prendre en compte les souhaits réalistes des résident-es concernant la fonctionnalité et la qualité de vie dans la planification de la thérapie
- Utilisation d'instruments établis pour le contrôle des listes de médicaments (par ex. PRISCUS, liste FORTA)
- Examen des médicaments/examen régulier des listes de médicaments au sein de l'équipe interprofessionnelle (par ex. avec l'outil MAI [Medication Appropriateness Index] qui permet d'évaluer à l'aide de dix questions si l'utilisation d'un médicament

est appropriée), prise en compte de l'auto-médication

- Discuter du plan de traitement avec les résident-es et leurs proches

Groupes professionnels concernés



- Formation continue sur des sujets spécifiques liés à la pharmacothérapie en gériatrie, y compris sur la révision systématique des médicaments
- Discussion de la situation des résident-es au sein de l'équipe interprofessionnelle (par ex. infirmiers, médecin, pharmacien)
- Renforcer la collaboration interprofessionnelle

Établissement



- Définir les processus de révision et d'adaptation des prescriptions suite à un transfert de l'hôpital
- Définir des processus d'harmonisation des ordonnances par différents médecins impliqués
- Collaboration régulière avec les pharmaciennes
- Documentation électronique des médicaments (par ex. avec des avertissements sur les interactions, avec dépôt de ITC-ASC pour le comptage du nombre de substances actives)

Ressources supplémentaires

Pour plus d'informations sur la mesure des indicateurs de qualité, veuillez-vous référer aux sites suivants :

- www.curaviva.ch > informations spécialisées > fourniture des médicaments
- Ltc-asc : [HCI Solutions SA | données de produits et eHealth - HCI Solutions > support & academy > téléchargement & support > Manuels d'utilisation > Conception LTC_ASC > Microsoft Word - LTC-ASC Concept 2019-05_fr.docx \(hcisolutions.ch\)](http://HCI Solutions SA | données de produits et eHealth - HCI Solutions > support & academy > téléchargement & support > Manuels d'utilisation > Conception LTC_ASC > Microsoft Word - LTC-ASC Concept 2019-05_fr.docx (hcisolutions.ch)
- www.patientensicherheit.ch > programmes nationaux > programmes nationaux de mises en application > La sécurité de la médication en EMS. Le rapport, accessible sur le site web, décrit toutes les listes mentionnées dans le texte ainsi que le MAI.
- Manuels d'utilisation BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex

Recommandation sur la polymorbidité et la polymédication :

- www.has-sante.fr : Plénière HAS. 2012. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé-Prévention de l'iatrogénie-Plateforme professionnelle-Indicateurs d'alerte et de maîtrise.
- www.has-sante.fr > Cadre référentiel ETP Paerpa > Polypathologie-Polymédication

Bibliographie

- Allred, D. P., Kennedy, M. C., Hughes, C., Chen, T. F., Miller, P. (2016). Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Cd009095. doi: 10.1002/14651858.CD009095.pub3
- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hasso, Y., Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum*, 17(13), 306–312.
- Eckardt, R., Steinhagen-Thiessen, E., Kämpfe, S., Buchmann, N. (2014). Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47(4), 293–301. doi:10.1007/s00391-013-0562-0
- Jokanovic, N., Tan, E. C. K., Dooley, M. J., Kirkpatrick, C. M., Bell, J. S. (2015). Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 535.e531–535.e512. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.003
- Maher, R. L., Hanlon, J., Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57–65. doi:10.1517/14740338.2013.827660
- Neuner-Jehle, S. (2013). Weniger ist mehr – wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis*, 102(1), 21–27. doi:10.1024/1661-8157/a001161
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213–218. doi:10.1093/ageing/afu145
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkglenks, M., Meier, C. R. (2017). *Helsana- Arzneimittelreport für die Schweiz 2017*. Heruntergeladen von: <https://www.helsana.ch/docs/arzneimittelreport-2017.pdf>
- Tamura, B. K., Bell, C. L., Inaba, M., Masaki, K. H. (2012). Factors associated with polypharmacy in nursing home residents. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 199– 216. doi:10.1016/j.cger.2012.01.004

Éditeur

CURAVIVA, Association de branche d'ARTISET,
Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien, Berne

Auteurs et autrices

D^r Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Prof. D^r Franziska Zúñiga : Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

D^r med. Gabriela Bieri-Brüning, D^r med. Thomas Häslì: Kommission für Langzeitgeriatrie der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

D^r med. Isabelle Amrhein: Pflegezentrum Lindenfeld, Suhr

D^r med. Markus Anliker: Q-Sys

Elisabeth Schori, Laurent Zemp: BESACare

Renseignements/Informations

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2^e éd., janvier 2024