
Fiche technique 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 résident prenant neuf substances actives ou plus (selon lts-asc).

L'indicateur de qualité est défini comme suit:

- Le pourcentage de résidents 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 résidents 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, aujourd'hui, 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 résidents 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 résidents 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 résidents.

À quelle fréquence les résidents des EMS sont-ils polymédiqués ?

En Suisse, entre 21% et 40% des résidents en EMS prennent neuf médicaments ou plus. La consommation moyenne de médicaments en EMS en 2016 était de 9,3 médicaments par habitant, 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 récemment sorti de l'hôpital
- Traitement simultané par plusieurs médecins spécialistes
- Automédication peu claire

Il s'avère que les résidents 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 INDEX:
 - 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 standardisés (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 administrés 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 certains médicaments sont comptés 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 résidents. L'accent est mis sur la fonctionnalité et la qualité de vie du résident 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 le patient et quels sont ceux qui péjorent le plus sa qualité de vie. La détermination des traitements appropriés nécessite donc, après une évaluation gériatrique multidimensionnelle, l'interrogation des préférences des résidents, 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 le résident.

Facteurs

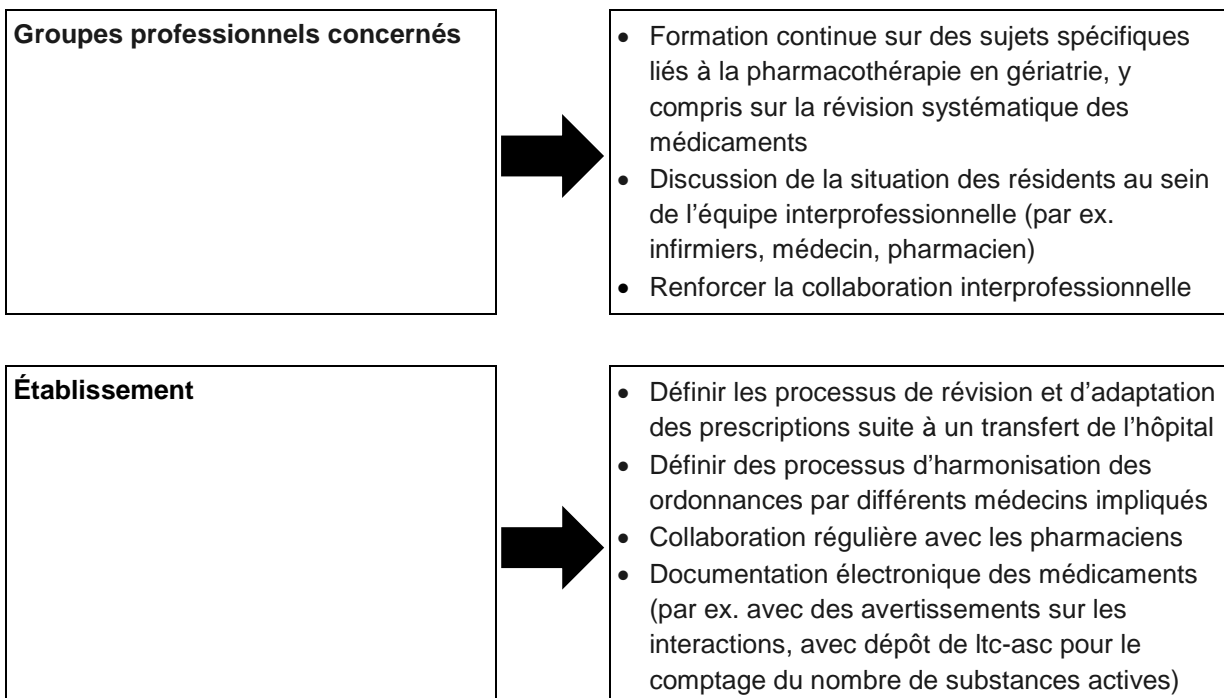
Résidents

- Nombre de maladies concomitantes: multimorbidité
- Une sortie récente de l'hôpital
- Traitement simultané par plusieurs spécialistes
- Automédication
- Résidents 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 résidents ou, dans le cas d'un résident 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 résidents ou leur représentant légal
- Prendre en compte les souhaits réalistes des résidents 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, STOPP/START, 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'automédication
- Discuter du plan de traitement avec les résidents et leurs proches



Ressources supplémentaires

- Ateliers du groupe de travail national. 2015. Index-detail product/LTC_ASC «LongTermCare-ActiveSubstanceCount» HCI Solutions: http://www.hcisolutions.ch/hciAssets/bin/fr/benutzerhandbuecher/benutzerhandbuch_ltc-asc_careindex_fr.pdf
- Manuels d'utilisation BESA, Q-Sys, Plaisir/Plex
- Mazzocato, C., David, S., Benaroyo, L., & Monod, S. (2013). [Polymédication et personne âgée: ni trop, ni trop peu!](#) *Rev Med Suisse*, 9(386), 1026, 1028–1031
- Recommandation sur la polymorbidité et la polymédication:
Voici des sources pour obtenir plus d'informations sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et la prévention de l'iatrogénie:
 - Site internet de la Haute autorité de santé: Plénière HAS. 2012. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé-Prévention de l'iatrogénie-Plateforme professionnelle-Indicateurs d'alerte et de maîtrise.
 - Site internet de la Haute autorité de santé. 2014. Cadre référentiel ETP Paerpa-Polypathologie-Polymédication. HAS

Bibliographie

- Alldred, 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., Schwenkglens, M., & Meier, C. R. (2017). *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz 2017*. Heruntergeladen von <https://www.helsana.ch/docs/arszneimittelreport-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

Editeur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53 – Case postale 1003 – 3000 Berne 14

Contact: Daniel Domeisen, Économie de la santé publique, d.domeisen@curaviva.ch

Auteurs

Raphaëlle-Ashley Guerbaai, Dr Franziska Zúñiga : Institut des sciences infirmières,
Département de santé publique, Faculté de médecine, Université de Bâle

Dr Gabriela Bieri-Brüning, Dr Thomas Häsli : Commission pour la gériatrie de longue durée
(SPSG)

Dr Isabelle Amrhein : Pflegezentrum Lindenfeld, Suhr

Dr Markus Anliker : Q-Sys

Elisabeth Schori, Laurent Zemp : BESACare

© CURAVIVA Suisse, version 3, mai 2019