



Zurich, le 31 janvier 2019

Synthèse des interviews de médecins

Annexe au rapport final sur le projet de base progress ! La sécurité de la médication
en EMS (décembre 2016 - décembre 2018)



Auteurs : D^r Lea Brühwiler; Andrea Niederhauser, MPH; Charlotte Vogel; D^r Liat Fishman,
Sécurité des patients Suisse



Annexe au rapport final

Sommaire

1	Objectifs et questions	2
2	Méthodologie	3
2.1	Exécution des interviews	3
2.2	Évaluation	4
3	Résultats.....	5
3.1	Problématique et nécessité d’agir (sans ordre de priorité).....	5
3.2	Solutions possibles (sans ordre de priorité)	6
4	Restrictions	8

Remarque : Dans ce texte, nous utilisons parfois la forme masculine, parfois la forme féminine. Ces deux formes désignent bien entendu toujours les deux sexes.

1 Objectifs et questions

Les médecins de famille et médecins d’EMS assument une large part de responsabilité dans la médication des résidents d’EMS. Ils doivent par conséquent être impliqués dans la définition et la mise en œuvre de mesures d’amélioration.

Les interviews avaient pour objectif d’approfondir les conclusions de l’enquête en ligne auprès des directions de soins en y ajoutant le point de vue des médecins, et d’étudier plus en détail la problématique de la polymédication et des médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Il s’agissait par ailleurs de rechercher de manière exploratoire sur quels domaines et quelles mesures le projet d’approfondissement progressif doit être axé.

Concrètement, il s’agissait de trouver une réponse aux questions suivantes :

Problématique et nécessité d’agir

- Dans quelle mesure est-il urgent d’agir pour optimiser la polymédication et les MPI chez les résidents en EMS ?
- Pourquoi y a-t-il prescription de polymédication et de MPI chez les résidents d’EMS ?
- Quel est l’état des connaissances et le niveau de sensibilisation des médecins quant à cette problématique ?



Annexe au rapport final

Solutions possibles

- Dans quels champs d'action et par quelles mesures concrètes peut-on optimiser la polymédication inadaptée et les MPI ?
- Quelles sont les priorités ?

2 Méthodologie

2.1 Exécution des interviews

Le groupe cible était formé de médecins qui suivent des résidents en EMS en Suisse. Pour le recrutement, le choix s'est porté de façon pragmatique sur des médecins figurant dans l'entourage de l'équipe de projet, l'objectif étant d'inclure diverses régions et divers modèles de prise en charge. 12 médecins ont été ainsi recrutés, dont 7 en Suisse alémanique, 4 en Suisse romande et 1 au Tessin (germanophone).

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interviewés. NSD=Nicht-Selbstdispensations-Kanton (canton avec propharmacie interdite), SD=Selbstdispensationskanton (canton avec propharmacie autorisée), MS=Mischsystem (canton à système mixte)

Canton	Environnement du cabinet	Type de médecin	Formation complémentaire	Suivi de plusieurs EMS	Nombre de lits (EMS principal)	Nombre de résidents suivis
AG (NSD)	urbain	Médecin de famille, assumant également une fonction en hôpital (curriculum de généraliste)	non	oui, 2	60	4
AG (NSD)	urbain	Médecin d'EMS, spécialiste	MSc Gériatrie	non	200	200 (responsabilité principale)
BE (MS)	urbain	Médecin de famille, médecin d'EMS	non	oui, 3	30	30
BL (SD)	rural	Médecin de famille, médecin répondant	non	oui, 3	45	45
GE (NSD)	urbain	Médecin d'EMS, médecin de famille	non	non	235	100
JU (NSD)	mixte	Médecin de famille	Médecine palliative	oui, 2	80, 100	130
NE (NSD)	rural	Médecin d'EMS	non	oui, 2	130	110
SG (SD)	rural	Médecin de famille	oui, 8 mois d'assistantat	oui (chiffre inconnu)	175	17



Annexe au rapport final

SG (SD)	mixte	Médecin de famille, médecin répondant d'EMS(sans prise en charge de patients), assurant également une fonction en hôpital (curriculum de généraliste)	non	oui, 4	60	60-70
TI (NSD)	rural	Médecin d'EMS, médecin de famille	non	oui, 3	100	100
VD (NSD)	urbain	Médecin de famille	non	non	135	22
ZH (SD)	urbain	Médecin d'EMS, spécialiste	Neurologie, psychiatrie et psychothérapie (psychiatrie et psychothérapie gériatriques)	oui, 8 appartements médicalisés	100	100 (responsabilité principale)

Un guide semi-structuré a été utilisé pour les interviews. Ce guide a été élaboré sur la base des objectifs et rédigé par l'équipe de projet, mais n'a pas fait l'objet d'un test préalable, faute de ressources.

Les interviews, d'une durée de 30 à 75 minutes, ont été menées par l'une de deux collaboratrices scientifiques, par téléphone ou en direct, entre février et mars 2018. Les entretiens en allemand ont été enregistrés et retranscrits, ceux en français ont fait l'objet de notes fidèles au contenu mais non littérales.

2.2 Évaluation

L'évaluation a été effectuée à l'aide d'Atlas.ti (version 8, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin). D'une part, un codage thématique inductif de toutes les transcriptions ou notes a été effectué. Deux collaboratrices scientifiques ont élaboré ensemble une arborescence des codes, ce qui a aidé à catégoriser et définir les différentes thématiques. Elles ont ensuite procédé au codage de quatre interviews au moyen de cette arborescence, jusqu'à arriver à un consensus. Des explications ont été demandées à la personne qui a réalisé l'entretien lorsque les notes étaient peu claires. Les huit autres interviews ont été codées par une seule personne à l'aide de l'arborescence des codes.

D'autre part, les réponses aux différentes questions ont été agrégées et résumées à partir de tous les entretiens en vue d'obtenir une réponse synthétique pour chaque question. L'agrégation des réponses a été effectuée par une collaboratrice puis vérifiée de façon aléatoire par une deuxième collaboratrice.

Ce résumé présente de façon succincte la nécessité d'agir et les solutions possibles.



3 Résultats

3.1 Problématique et nécessité d'agir (sans ordre de priorité)

a. Selon les médecins, il est urgent et indispensable d'agir pour lutter contre la polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Il est très important à leurs yeux de réduire le nombre de médicaments, même si celui-ci, et en particulier en matière de MPI, a déjà été réduit ces dernières années. Les médecins ont fait remarquer que le recours aux MPI était parfois nécessaire et justifié, par exemple pour les résidents difficiles ou dans d'autres situations complexes. Dans ces cas, il faut être conscient des risques que présentent les MPI et suivre attentivement le patient (p. ex. intervalle QT).

b. D'après les médecins interrogés, les situations complexes concernant des résidents polymorbides ont contribué à ce que la polymédication et les MPI n'aient pas été mieux gérés par le passé. Les possibilités de diagnostic sont de plus en plus nombreuses et les professionnels traitent souvent « le vieillissement » avec la volonté de tout traiter. Par ailleurs, les médecins sont souvent exposés à des contraintes de temps, ce qui les empêche d'observer leurs patients de manière adéquate.

Les personnes interrogées expliquent aussi, que lors d'un séjour à l'hôpital, les résidents se voient prescrire une médication plus importante (avec de nombreux principes actifs, ce qui est conforme aux guidelines). Les spécialistes suivent aussi leurs directives spécifiques dans leurs recommandations. L'évidence exerce une pression sur les médecins, même si les directives qui en découlent n'ont pas été prévues pour des patients très âgés et polymorbides et ne sont souvent pas coordonnées entre elles.

L'une des difficultés consiste à donner un ordre de priorité aux médicaments, alors que le recours à chaque substance active est généralement justifié. Il est difficile de comparer l'importance des substances actives. Il a été mentionné que les médecins sont considérés responsables de l'arrêt d'un médicament et que cela les inquiète. De plus, certains craignent de négliger un aspect de la maladie en prescrivant un traitement trop modeste et agissent donc plutôt selon la devise « même si cela ne sert à rien, cela ne fait pas de mal non plus ».

c. L'interaction entre diverses disciplines complique encore la gestion de la polymédication et des MPI, par exemple à l'entrée en EMS, venant du domicile ou de l'hôpital. Les différentes disciplines travaillent selon des approches thérapeutiques, des priorités et des directives spécifiques diverses. Pour des médecins généralistes, mettre des priorités sur des recommandations peut s'avérer compliqué.

d. D'après les médecins interrogés, le souhait d'une prescription peut aussi favoriser la polymédication et les MPI. Les résidents ou les soignants demandent une nouvelle ordonnance ou un renouvellement d'ordonnance.

Les résidents souhaitent des médicaments (p. ex. contre la douleur) ou sont réticents à l'idée d'interrompre la prise d'un médicament qui leur a été prescrit à vie. D'après les médecins, certains



Annexe au rapport final

d'entre eux sont très attachés à leurs médicaments (notamment à l'effet placebo des benzodiazépines). L'initiative de la prescription vient parfois du personnel soignant, par exemple pour un médicament de réserve en cas de crise aiguë ou parce que c'est le moyen le plus simple de résoudre un problème (p. ex. un comportement socialement perturbateur). La « tentation » existe pour les médecins de prescrire dans ces cas un médicament qui n'est pas forcément idéal. Demander un médicament à l'assistant du cabinet médical est aussi plus simple que d'organiser une visite médicale à court terme. Les médecins précisent que la prescription d'un médicament se fait trop souvent « par le bas ».

- e. Le manque de connaissances et de sensibilisation sont des obstacles à une bonne pratique en matière de prescription, mais il manque aussi des outils adaptés pour le processus de médication. C'est surtout le cas des MPI.

Les médecins interrogés considèrent la sensibilisation comme bonne ou très bonne, en particulier chez les plus jeunes médecins. Le niveau des connaissances, en revanche, a été jugé de très mauvais à très bon. Un état de fait étayé par le fait que certains médecins ne connaissaient pas les termes de « MPI » ou de « médicaments potentiellement inappropriés » ou n'utilisaient pas ces termes. Des outils tels que les listes Beers ou PRISCUS sont, d'après l'enquête, méconnus et peu répandus.

- f. Par rapport au système de médecin d'EMS, le suivi des résidents par plusieurs médecins peut avoir un effet négatif sur la collaboration avec le personnel soignant et sur l'encadrement des résidents. À titre d'exemple, les médecins interrogés expliquent que les soignants ont dans ce cas plusieurs interlocuteurs, qu'ils n'arrivent pas à les atteindre facilement ou que les médecins de famille sont géographiquement trop éloignés. Les visites médicales dans l'EMS peuvent être synonymes pour le personnel soignant d'interruptions de travail et de difficultés à planifier la journée. De plus, un concept de traitement commun (« unité de doctrine ») peut parfois faire défaut.

3.2 Solutions possibles (sans ordre de priorité)

- a. Selon les médecins, une revue régulière de la médication serait l'une des principales solutions. Une telle vérification relève de la responsabilité des médecins et peut encore être étendue. Elle pourrait p. ex. avoir lieu après l'admission, une fois que le résident a trouvé sa place et que l'équipe qui l'encadre le connaît. La vérification peut aussi se faire sur l'initiative du personnel soignant qui peut rappeler aux médecins de contrôler à intervalles réguliers ou remettre en question les médicaments prescrits. La revue de la médication doit se faire de manière structurée, p. ex. toujours durant la visite en présence des soignants et peut comprendre l'implication institutionnalisée de pharmaciens, p. ex. dans le cadre de visites cliniques pharmaceutiques régulières.

Elle peut être facilitée par des outils spécifiques, surtout lorsqu'il s'agit de donner un ordre de priorité aux médicaments. Les réseaux de médecins ou les cercles de qualité interprofessionnels pourraient être utilisés plus fréquemment pour transmettre des informations sur les catégories de médicaments.



Annexe au rapport final

- b. La prise en charge médicale de base doit être améliorée dans les EMS, selon les médecins interrogés. Chaque résident doit disposer d'un interlocuteur médical. Le suivi ne doit pas seulement être axé sur la résolution de problèmes (en cas de symptômes aigus), mais aussi sur des visites régulières. Il faut à cet effet davantage de médecins formés en gériatrie.
- c. Les outils disponibles pour les processus de médication doivent être davantage connus et utilisés. Ces outils peuvent être informatisés et doivent contenir des informations sur les MPI et la réduction du nombre de médicaments. Comme évoqué précédemment, il s'agit de diffuser des instruments de priorisation des médicaments, ainsi que des listes de MPI. De même, un schéma serait utile pour documenter à l'intention de l'équipe soignante les principales informations concernant les médicaments, p. ex. une documentation commune par rapport à ce qu'il faut surveiller pour un médicament spécifique ou quand une thérapie doit être réévaluée. Des banques de données sur les interactions sont aussi indiquées, même si elles ne peuvent remplacer les connaissances personnelles. Il paraît important que les outils tiennent compte des besoins du public cible et que les praticiens et experts soient aussi impliqués dans leur élaboration.
- d. La collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle doit être encouragée, en particulier avec les soignants, mais aussi les spécialistes, les collègues et les pharmaciens. Une collaboration respectueuse et une communication d'égal à égal sont importantes dans ce contexte pour assurer le succès d'une thérapie. Étant donné que le personnel soignant lui aussi est souvent au courant de l'existence de possibilités alternatives de traitement et qu'il connaît très bien les résidents, les médecins devraient se montrer ouverts à un échange interprofessionnel. Il semblerait que les médecins souhaitent avoir des interlocuteurs compétents ; concrètement, les soignants doivent savoir observer et rapporter, et les pharmaciens doivent eux aussi être compétents. Les médecins doivent eux être facilement joignables par leurs interlocuteurs. Des mécanismes et instruments de feed-back bien rodés sont perçus comme prometteurs en vue d'une discussion commune.
- e. La transmission des connaissances et la sensibilisation des médecins et du personnel soignant sont présentés par les partenaires interrogés comme des solutions importantes. Il s'agit surtout de connaître les risques que comportent les médicaments, les alternatives existantes et de savoir observer les résidents. Le personnel soignant doit avoir les compétences d'évaluer la sécurité de la médication, de surveiller et repérer d'éventuels effets secondaires ou nouveaux symptômes.
Il est important d'après les médecins interrogés de prescrire le moins de médicaments possible et de connaître et d'envisager des alternatives thérapeutiques. Il faut tenir compte du fait qu'une bonne thérapie et une bonne qualité de vie peuvent aussi être atteintes avec moins de médicaments et que le suivi de directives comporte également des risques. Les médecins ont aussi un certain retard à combler dans l'utilisation d'outils spécifiques comme le Medication Appropriateness Index.
Le savoir peut être construit ensemble au sein d'une équipe ou en passant par des réseaux (médicaux).



Annexe au rapport final

Les visites effectuées en commun contribuent aussi à sensibiliser et favoriser l'échange de connaissances par la discussion. Le benchmarking est aussi considéré comme un instrument de sensibilisation intéressant et parfois déjà utilisé. Cette comparaison entre médecins ou entre institutions pourrait influencer le comportement en matière de prescription. Mais l'efficacité dépend de la personnalité du médecin. On pourrait utiliser pour ce benchmarking des indicateurs issus de l'évaluation du besoin en soins (p. ex. RAI) ou les chiffres de consommation des médicaments.

4 Restrictions

L'enquête avait pour objectif de récolter au cours de discussions exploratoires le point de vue du corps médical sur la polymédication et les MPI et de déceler les principaux points problématiques et les solutions possibles. Outre les connaissances existantes, cela devrait créer une base décisionnelle plus large pour les futures activités du programme. Lors de l'interprétation des résultats, les restrictions suivantes doivent être prises en compte :

Le choix des personnes interviewées s'est fait de manière pragmatique. Ces partenaires sont pour la plupart des médecins expérimentés qui ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble du corps médical. On peut imaginer que les médecins plus jeunes ont été davantage formés à la médecine gériatrique ou que les médecins faisant partie de l'environnement du projet se sont déjà penchés plus en détail sur les questions qu'aborde l'interview. Les résultats présentés reflètent l'opinion d'individus et on ne peut par ailleurs exclure que d'autres champs d'action ou aspects importants auraient pu être soulevés au cours d'autres entretiens.

Le mode semi-structuré des interviews implique le risque que les questions spontanées des personnes menant l'entretien soient influencées par les réponses du partenaire interviewé ou d'autres partenaires avant lui. Certains thèmes peuvent par conséquent être surpondérés dans les résultats. Il faut tenir compte lors de l'évaluation du fait que les notes prises durant l'entretien n'étaient pas uniformisées. Il est donc possible que les interviews retranscrits mot pour mot en langue allemande aient contribué davantage que les notes prises en français. De plus, les impressions personnelles de la personne ayant réalisé l'interview peuvent avoir occasionné des conclusions subjectives. Afin de minimiser ce risque, une personne supplémentaire n'ayant pas mené d'interviews a participé à l'évaluation.

Les résultats sont exploratoires et ne sauraient être considérés comme exhaustifs, représentatifs ou généralisables, pour les raisons mentionnées précédemment.