Dr Alex Peltier

Consommation médicamenteuse en MR : évolution et pistes d'améliorations

Cela fait combien de temps que l'on en parle,

Cela fait combien de formations , de sensibilisations, de campagne d'informations?

Cela fait combien de débats médiatiques ?

Cela fait combien de tensions entre les prescripteurs, les gestionnaires de MRS-MRPA, les résidents, leurs familles, les fédérations du secteur, les OA et leurs services d'études, le KCE , …

Et tout cela donne quoi maintenant ?

Du neuf ?

- Mai 2007 : Constat **« Des grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos » (Données MC 2005)**

- Mai 2011 : Nouvelle extraction **(Données MC 2009)**
  - Présentée en 2012 Aframeco /SSMG
  - Réponse aux deux questions principales posées par les maisons de repos :
    - Y a-t-il une différence dans la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques entre maisons de repos et soins à domicile ?
    - L'hospitalisation a-t-elle un impact sur la prescription d'antidépresseurs et d'antipsychotiques ?

Du neuf ?

Mai 2011 (suite) Conclusions

- Consommation importante d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maisons de repos
- Beaucoup de médicaments issus de la « liste de Beers »
  (médicaments moins appropriés pour les personnes âgées)
- Les grandes différences de consommation entre maisons de repos persistent
- Le niveau de consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques est moins important à domicile (à profil de dépendance comparable)
- Après une hospitalisation, la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maisons de repos n'est pas modifiée

Du neuf ?

2018 : nouvelle extraction **(Données MC 2016)**

- Antidépresseurs :
  - 39% des membres MC en ont consommé durant au moins 30 jours
  - 50% des antidépresseurs sont repris sur la liste EU (7) PIM list (<-> Start /Stopp)
  - Passage en MR : consommation augmente de 18 %, usage durable et permanent
  - A profil similaire,
    - Les résidents : 46 % d'antidépresseurs
    - Les PA à domicile : 32 %

Du neuf ?

- Antipsychotiques :
  - 19% des membres MC en ont consommé durant au moins 30 jours
  - 66 % des antipsychotiques sont repris sur la liste EU (7) PIM list (<-> Start /Stopp)
  - Passage en MR : consommation augmente de 40 %, usage durable et permanent
  - A profil similaire,
    - Les résidents : 24 % d'antidépresseurs
    - Les PA à domicile : 7 %

2018: données 2016

% des membres MC en maison de repos ayant consommés des antidépresseurs et antipsychotiques (30 DDD) - 2016					
Type de MR	antidépresseurs	antidépresseurs inappropriés	antipsychotiques	antipsychotiques inappropriés	
	%	%	%	%	N
MRS	42,02%	23,65%	23,06%	15,31%	43767
MRPA	36,35%	20,77%	15,39%	10,71%	38268
total	39,38%	22,31%	19,48%	13,16%	82035

2018: données 2016

Paramètres de la distribution du % de consommateurs d'antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos par forfait (2016)										
Forfaits	**Antidépresseurs**					**Antipsychotiques**				
	Moyenne	**P10**	**P25**	**P75**	**P90**	**Moyenne**	**P10**	**P25**	**P75**	**P90**
O	31,37	11,76	21,43	40,91	45,83	10,06	0,00	4,44	13,64	22,73
A	35,98	23,81	28,57	44,00	50,00	12,22	0,00	4,76	16,13	22,22
B-C	39,90	26,98	32,18	46,30	52,94	16,70	6,25	10,71	21,28	27,59
D-Cdem	38,79	24,14	30,43	45,95	54,84	27,27	14,10	20,00	34,62	40,74

2018: données 2016

% de consommateurs d'antidépresseurs et antipsychotiques (au moins 30 DDD) en MR et à domicile (échantillon apparié) au cours de l'année (2016)									
Durée séjour MR/ nombre de jours soins à domicile	Antidépresseurs (%)		Antidépresseurs inappropriés (%)		Antipsychotiques (%)		Antipsychotiques inappropriés (%)		Nobservations
	Domicile	Maison de repos MRS+MRPA	domicile	Maison de repos MRS+MRPA	Domicile	Maison de repos MRS+MRPA	Domicile	Maison de repos MRS+MRPA	
Jusqu'à 3 mois	27,32%	33,76%	15,74%	19,20%	6,22%	12,47%	4,56%	8,28%	8.295
3-6 mois	27,95%	42,80%	15,83%	25,10%	5,81%	20,48%	4,07%	12,24%	15.102
6-9 mois	33,47%	46,29%	19,69%	28,58%	7,84%	25,13%	5,68%	15,87%	8.661
9-12 mois	34,14%	46,97%	18,92%	27,75%	8,38%	25,38%	5,96%	16,97%	58.808
Total	31,71%	45,61%	17,86%	26,96%	7,41%	24,02%	5,28%	15,90%	90.866

2018 : données 2016

% de consommateurs d'antidépresseurs et antipsychotiques (au moins 30 DDD) pendant les 6 mois qui précèdent l'entrée en maison de repos et les premiers 6 mois en maison de repos (2016)					
	antidépresseurs	Antidépresseurs inappropriés	antipsychotiques	Antipsychotiques inappropriés	Total membres
6 mois avant entrée en MR	32,28%	17,46%	11,39%	7,63%	
6 mois après entrée en MR	37,99%	21,35%	15,69%	10,44%	
Taux de croissance	17,7%	22,3%	37,8%	36,8%	7338

Evolution 2005-2009-2016 ?

- Peu d'évolution dans les tendances .
- Impacts des référents démence ?
- Impacts de la Cat D ?
- Impacts 2015 de la délivrance à l'unité ?
- Impacts de la 6ième réforme de l'état ?

Extractions ANMC =constatations!

- Limites et biais* : …bien sûr , il y en a toujours, et ils sont à considérer et à analyser avec l'ensemble des acteurs concernés
  - * benzodiazépines ?, utilisation de médicaments dans d'autres indications non (encore) enregistrées , …
- Ce qui n'empêche
  - Prescription inappropriée ?

    => soit « mauvais choix, mauvaise indication, inefficacité » du médicament

    => soit « omission de prescription » d'un médicament pourtant bien indiqué
  - Importance de l'environnement, de l'encadrement sur la consommation médicamenteuse ?
  - Impact de l'entourage sur le patient ?

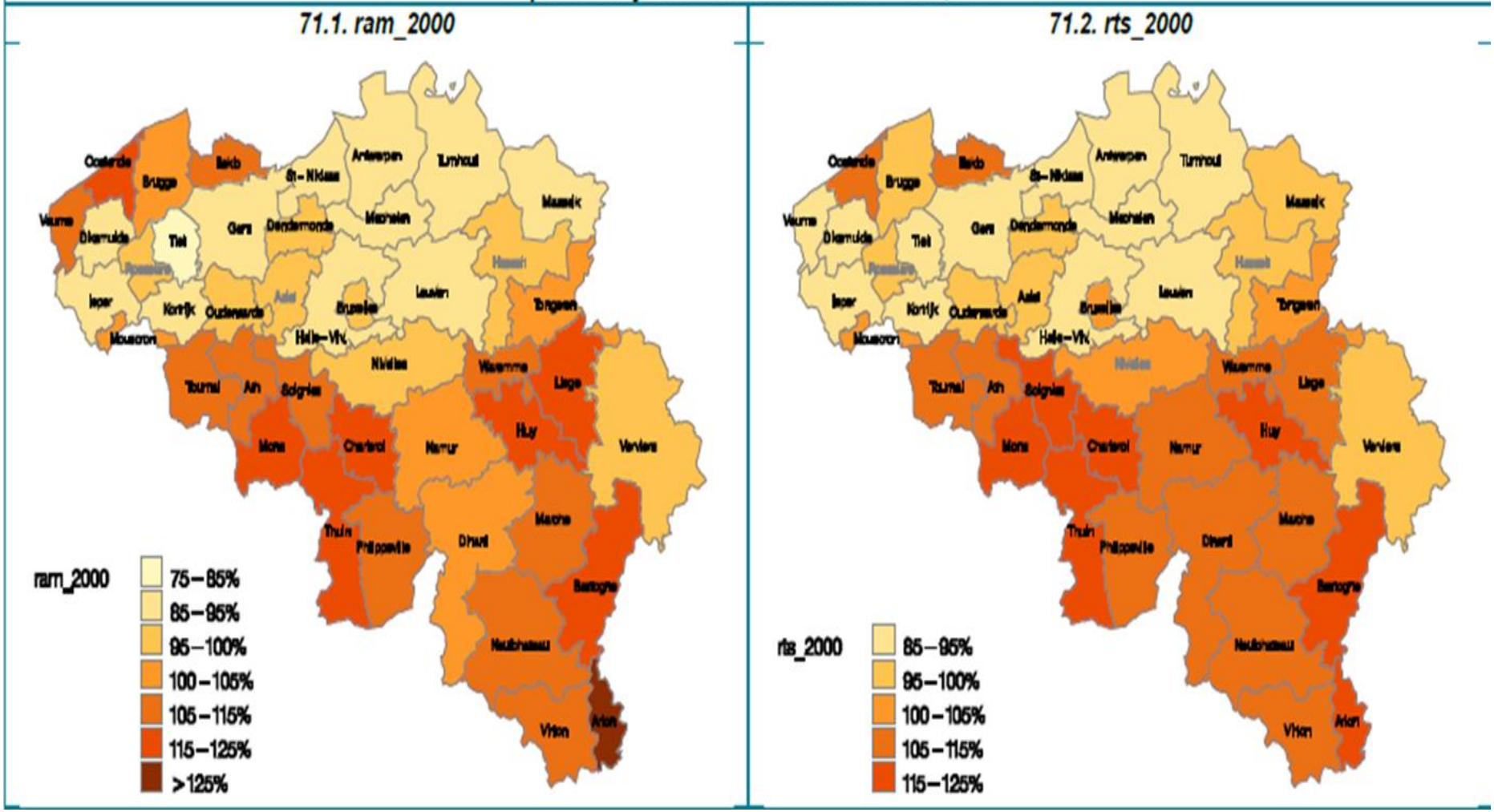
Des constatations ailleurs …

- Quelques constats encore , moins spécifiques au secteur des MR , issus de données INAMI , KCE , IMA, ISP,…

Imagerie médicale

Figure 71 : Indice brut et indice obtenu par standardisation directe : Honoraires d'imagerie médicale par arrondissement

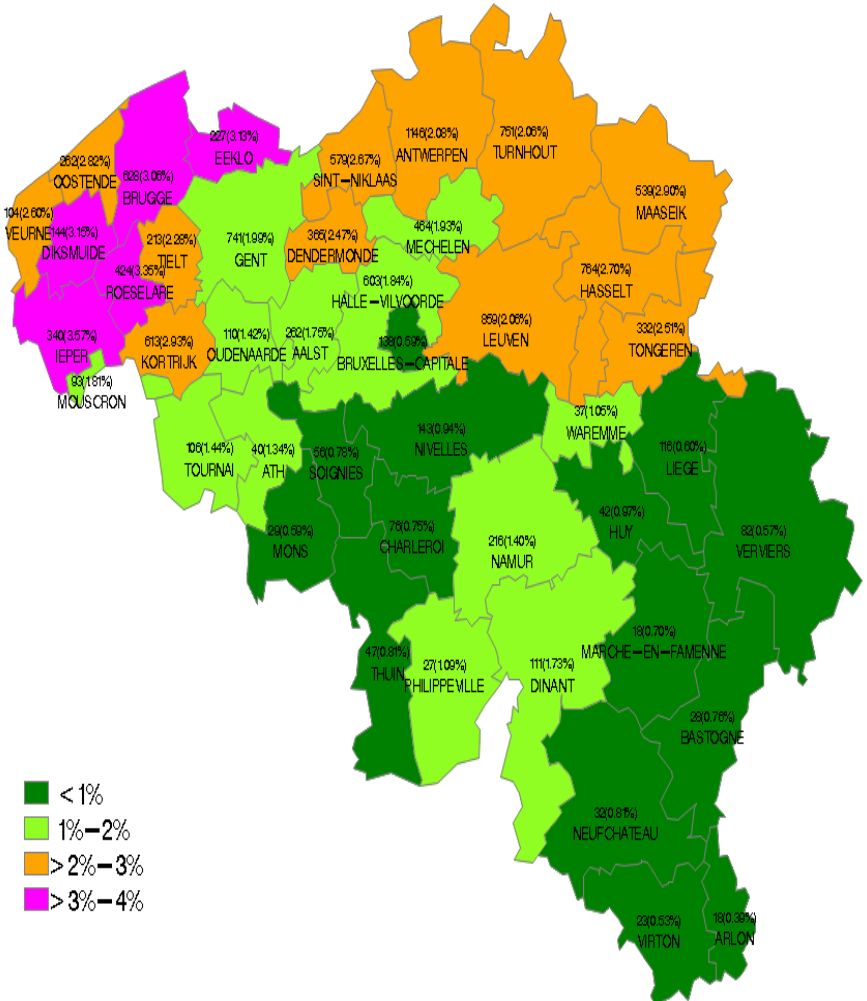
Dépense moyenne observée en 2009 = 102,85 €



Usage soins de santé- exemple

Rilatine

Pourcentage de patients entre 6-18 ans avec remboursement pour méthylphénidate (rilatine), par arrondissement (ANMC, 2016)

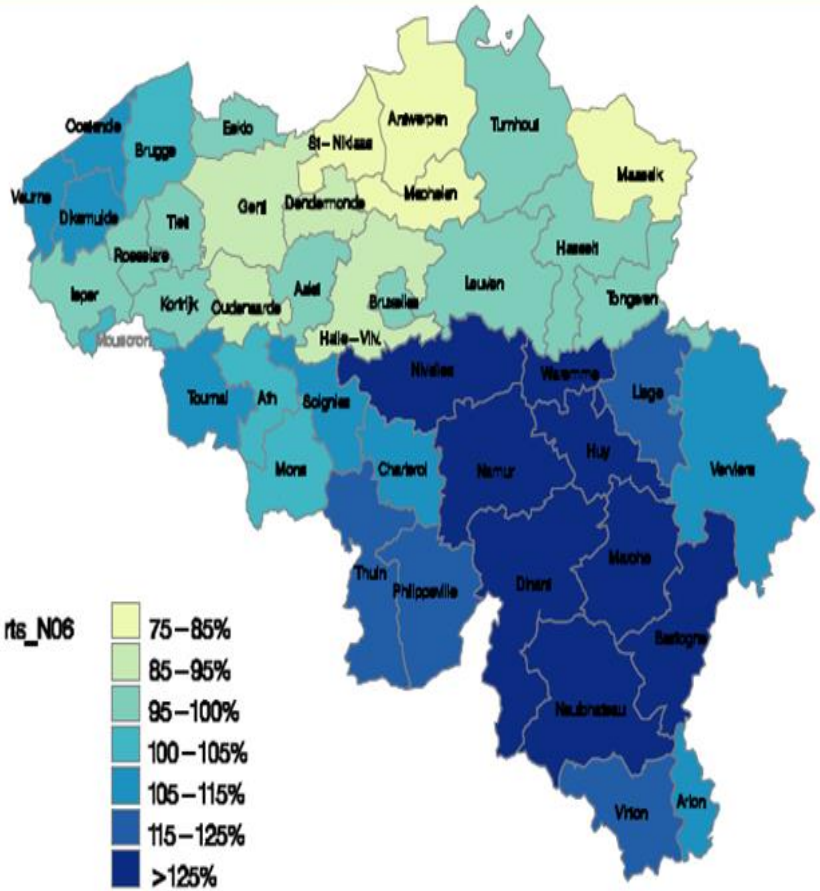


Psychoanaleptiques (anti-depresseurs, psychostimulants…)

Figure 93 : N06 – Psychoanaleptiques

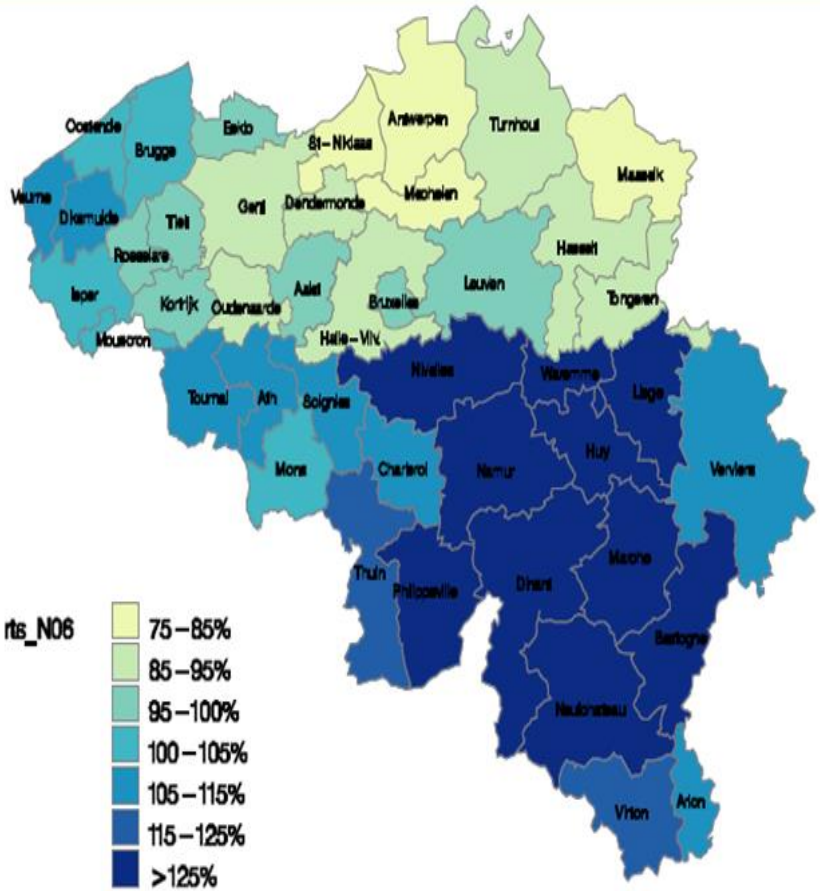
93.1. Indice standardisé des dépenses

Dépense moyenne en 2009 = 17,55 €

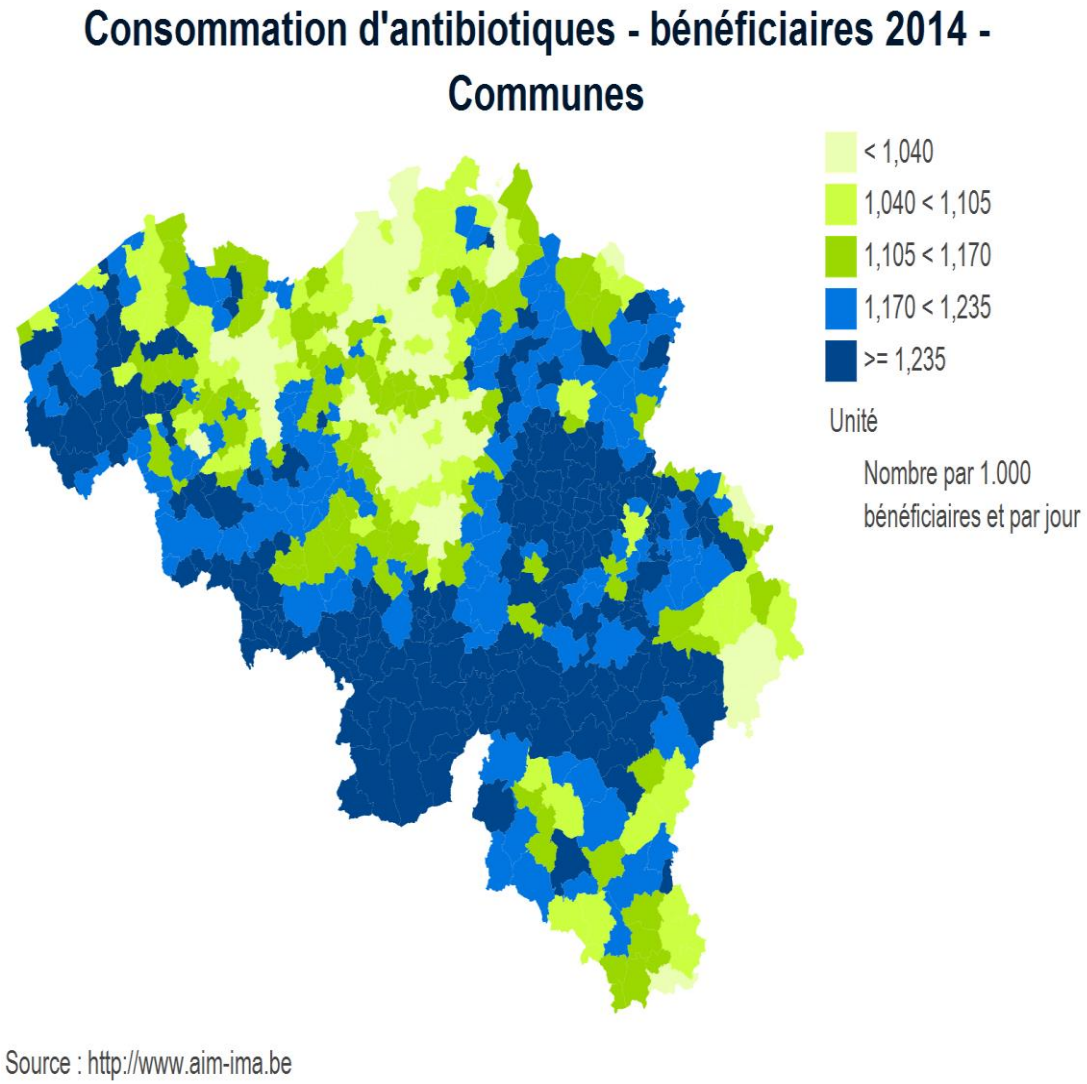


93.2. Indice standardisé du nombre de DDD

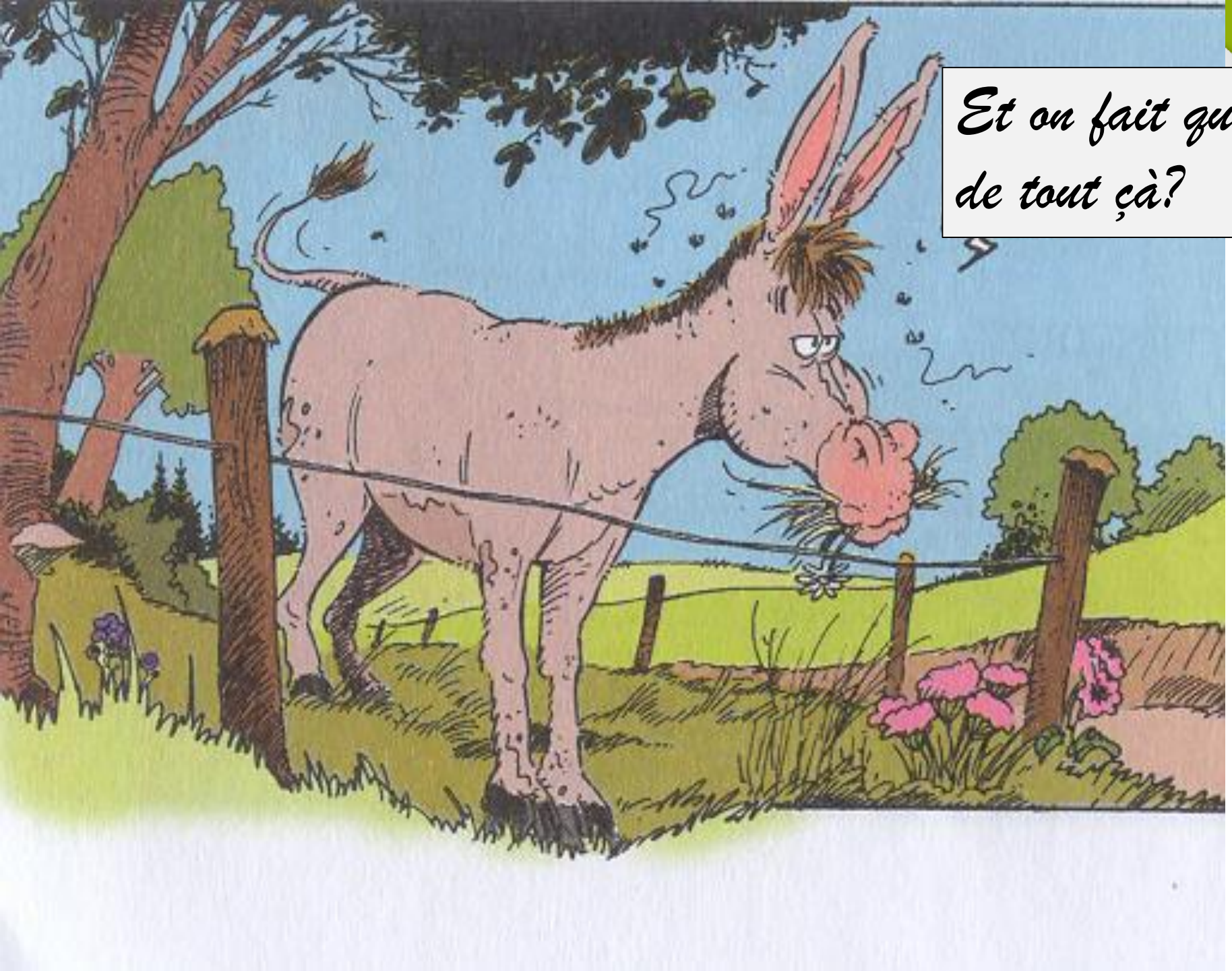
Nombre de DDD moyen en 2009 =26,72



Traitements par antibiotiques (IMA-Atlas, 2014)



Source : http://www.aim-ima.be


Et on fait quoi de tout çà?

Pistes de réflexion

PERSONNES
AGÉES

Vers une meilleure politique médicamenteuse ?

- Constats !
- Pourquoi ?
  - Préserver l'autonomie , améliorer la qualité de vie du patient , respecter ses choix
  - Limiter la polymédication, les interactions et les effets secondaires
  - Améliorer l'observance thérapeutique
  - Coût et gaspillage sur la consommation , mais aussi sur les complications de cette consommation (Hospitalisations , chute, …)
  - Lien Médication / Maltraitance (voir exposé 2015 / 2017) Approche de 2 docteurs: droit /médecine.
- Agir ?

Vers une meilleure politique médicamenteuse ?

- Agir :
  - La prescription
  - Le patient/ son entourage
  - La délivrance /préparation
  - L'institution

Agir: la prescription

- Sur quoi ?
  - Overprescribing :
    - Absence d'indication; durée exagérée; surdosage;
  - Misprescribing
    - Prescription dont les risques dépassent les bénéfices attendus
  - Underprescribing
    - Pas de prescription pour une pathologie qui en requière

Agir: la prescription

- Qui est concerné ?
  - Le PATIENT éclairé :
    - Libre-choix de son projet de vie !
    - L'information éventuelle des aidants proches , conjoint , ..
  - Le médecin spécialiste :
    - Tenir compte de la situation médicale GLOBALE du patient => contact avec le généraliste!!!
  - Le médecin généraliste:
    - Diagnostic et indication
    - Réévaluation de ce qui est "proposé" par le spécialiste
  - Le pharmacien :
    - Le conseil pharmacologique : effets 2aires et pharmacocinétiques
    - L'impact financier

Agir: la prescription

- L'infirmier et l'équipe soignante et aidante
  - Le retour , les "non-dits" des patients sur les effets des mdc , sur l'observance
  - L'observation clinique et le relais vers le médecin généraliste
- L'Assurance Maladie et ses acteurs
  - Limiter ou retirer certains remboursements si pas ou peu d' évidence clinique
- L'industrie pharmaceutique
  - Augmenter les études avec l'impact des mdcs chez les PA
  - Introduire les demandes d'indication démontrée au remboursement

Agir: la prescription

- Quelques pistes d'aide/soutien à la prescription :
  - Les référentiels
    - Sociétés scientifiques (SSMG)
    - RBP : EBM Practice Net (CEBAM) intégré au Dossier Médical Electronique (EMD)
    - Stopp et Start : Screening Tool of Older Person's Prescriptions et Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment
    - Liste de Beers
    - Utilisation du Formularium
    - Logiciel

Agir: COME-ON

- 2013 COME-ON : art 56 INAMI

But : mise sur pied d'un projet –pilote

- Améliorer la qualité
- Evaluer l'effet d'une intervention interdisciplinaire sur la qualité d'utilisation des médicaments pour les résidents
- Faire des recommandations aux décideurs

3 questions principales de recherche

- Quel est l'impact de discussions de cas interdisciplinaires ?
- Comment optimiser l'usage d'un formulaire thérapeutique ?
- Comment optimiser le circuit du médicament ?
- Quid des alternatives non-médicamenteuses ?

Agir: COME-ON

- COME –ON :Note 2018 /064 Comité de l'Assurance du 26 02 2018: conclusions et recommandations

  - 63 MR (dt 30 contrôles)
  - 1804 résidents /MR dt 66 % MRS et 50 % BIM
  - 701 professionnels de santé :
    - 55 MCC
    - 378 MG

Agir: COME-ON

Activités:

- Concertation locale : 2 X 2 hrs, thème : antidépresseurs, hypolipémiants
  - 97 % des MR
  - 87 % consensus complet/partiel sur la classe médicamenteuse examinée

- Discussions de cas interdisciplinaires : 3 DCI par résident sur une année, 20 minutes
  - 1675 DCI
  - Problèmes fréquents :
    - BZD , IPP, cardiovasculaire
    - Surprescription
  - 3 , c'est trop

Agir: COME-ON

Impact Qualité prescription et usage médicaments

- Prescription inappropriée (Start/Stopp, Beers 2015)
  - 20,4 % dans le groupe intervention
- Polymédication :
  - Nombre de mdc chroniques diminue de 1 pour patients qui prennent 10 mdc chroniques.
- Classes mdc :
  - IPP, antiplaquettaires,statines, AINS, anti-démence :diminue
  - Vit D : augmente
  - Psychotropes : statu –quo
- Coûts : diminution significative

Agir: COME-ON

Recommandations: 35 !

- Education et formation
  - Un cours MDC PA dans le curriculum médecin, pharmacien , infirmier (50-60 dt 4 inter)
  - Une formation continue MDC PA pour l'ensemble des acteurs de santé actifs en MR (18, en partie E-learning, 90% en 2022)
  - Formation interprofessionnelle pour améliorer l'interdisciplinarité : analyse de cas, on apprend de tous , train the trainers , soutien par Farmaka (…!)
  - Modules apprentissages E-Learning
  - Supports éducatifs à l'usage rationnel des MDC
  - Accréditation /certification de ces formations : portfolio

Agir: COME-ON

Recommandations: 35 !

- Concertation Locale CL
  - Réunion de concertation locale sur utilisation rationelle d'une classe médicamenteuse spécifique (accent psychotropes) et sur les approches non-pharmacologiques : min 1 x par an par MR.
  - Matériel / compétences pour animer ces CL , développé au niveau national (Farmaka…!)
  - Résultats de la CL doivent être intégrés dans le formulaire thérapeutique de la MR
  - CL doivent être reliées au CMP

Agir: COME-ON

Recommandations: 35 !

- Soutien IT pour les acteurs de la santé
  - Dossier électronique partagé accessible à tous les acteurs de santé en MR
  - Aides à la décision intégrés dans les outils informatiques : détection , recommandation …

Agir: COME-ON

Recommandations: 35 !

- Recommandations pour les acteurs de la santé
  - Les acteurs doivent être informés des réglements internes en matière d'utilisation rationelle de mdc (CL, DCI ,…) et doivent donner leur accord formel .
  - Rôle renforcé du pharmacien, fonction de "pharmacien consultant"
  - Rôle renforcé du MCC pour la politique au sein de l'institution , l'organisation des CL , DCI et implémentation du formulaire thérapeutique .
  - Rémunération pour les DCI

Agir: COME-ON

Recommandations: 35 !

- Recommandations pour études
  - Faisabilité dans d'autres secteurs : palliatifs psychiatrie
  - Alternatives non-pharmacologiques

Agir: COME-ON

Recommandations: 35 !

Stratégie d'implémentation :

- Fin Avril 2018 : accord sur une road-map entre fédéral/fédérés pour établir un plan d'action fin 2018.
- Chaque MR doit écrire sa politique afin de mettre en oeuvre les recommandations
- Création d'une Cellule de Soutien : mise en oeuvre des recommandations , matériel didactique , …
- Favoriser les alternatives non-pharmacologiques
- Intégrer les résultats comme indicateurs de qualité (Flandres)

Agir: la prescription

- Les Feed-back de l'INAMI aux médecins: individuels ou dans les Glems (INAMI : Pascal Meeus)
  - Permet un "benchmarking"
  - Pas un contrôle !!!!!
  - Mais une base de réflexion à mener entre médecins , avec soutien d'experts, de pharmaciens …

3. Indicatoren gelinkt aan de geestelijke gezondheids toestand.

	5.44 % patiënten van 75 jaar en ouder met voorschrift gelinkt aan dementie	5.45 % patiënten van 15 tot 74 jaar met voorschrift voor antipsychotica	5.46% patiënten van 75 jaar en ouder met voorschrift voor antipsychotica	5.49 % patiënten van 75 jaar en ouder met een voorschrift voor antidepressiva	5.51 Deel anticholinergica in het voorschrift van antidepressiva bij 65-plussers
ALLP50	4,2%	4,2%	9,8%	24,3%	3,0%
Antwerpen117	4,0%	3,3%	8,1%	19,6%	3,0%
AntwerpenP5	2,2%	2,2%	5,0%	15,0%	1,1%
AntwerpenP25	3,0%	2,7%	6,7%	17,9%	1,9%
AntwerpenP50	3,9%	3,2%	8,4%	19,7%	2,9%
AntwerpenP75	4,7%	3,7%	9,4%	21,3%	3,8%
AntwerpenP95	7,1%	4,5%	11,4%	24,8%	6,1%
Antwerpen1437	4,7%	3,3%	7,4%	16,6%	2,9%
Brabant Wallon20	5,1%	3,7%	9,4%	31,0%	2,5%
Brussel/Bruxelles71	3,5%	4,6%	8,7%	27,4%	1,8%
Hainaut84	4,5%	4,8%	10,4%	28,1%	2,5%
Liège67	4,1%	6,0%	13,4%	28,8%	2,8%
Limburg48	4,6%	5,2%	12,5%	22,6%	4,4%
Luxembourg14	4,0%	5,0%	10,4%	30,7%	1,9%
Namur34	4,9%	4,5%	11,2%	33,1%	3,3%
Oost-Vlaanderen89	4,6%	3,9%	9,3%	21,9%	3,9%
Vlaams-Brabant67	4,0%	4,0%	10,1%	22,7%	3,7%
West-Vlaanderen83	4,7%	4,3%	9,6%	23,2%	5,9%

Agir: le patient /son entourage

Agir : la délivrance /préparation

- Pharmacien:
  - Globalité du plan thérapeutique
    - Pas de rôle dans l'indication
    - Dépister interactions néfastes, les impacts pharmacocinétiques
    - Communication interactive avec le médecin
  - Assurer la qualité
    - Sécurité de conservation
    - Spécificité de prise
    - Rapport économique
  - Délivrance optimisée
    - PMI ,sécurité et traçabilité

Agir : la délivrance /préparation

- Rôle des infirmiers:
  - Soutien à l'observance
  - Supervision de la prise
  - Retour vers le médecin des problèmes rencontrés par le patient (E 2aires)

Agir : l'institution

- Respect du libre-choix du patient, de son projet de vie
- Médecin coordinateur : acteur de la médecine communautaire orientée sur la personne âgée
- Personnel soignant :Formation / information à visée générale
  - De l'importance des médicaments
  - Du bon usage de ceux-ci
- Personnel autour d'un même patient/entourage :
  - Importance de l'indication des médicaments
  - Relais des consommations constatées (vente libre)
  - Soutien à l'observance => même message !!!

Agir :l'institution

- Les approches non-médicamenteuses
  - Démence : "savoir-être avec", architectures..
  - Dépression :lien social , animations , …
  - Sommeil : réintroduire du rythme, hygiène de vie, activité physique

- Animation :
  - Technologies…
    - En soutien au Lien social
    - Jeux/ Coaching cognitif

- Le groupe
- L’animal de compagnie

Approches non-médicamenteuses:démence KCE 2011

- Beaucoup d'investissements ces dernières années sur la « how to be with » …un patient dément .
- De plus en plus d'études, …pas encore d'évidence scientifique suffisante …ce qui ne veut pas dire que l'approche ne vaut rien…
  - Échantillon trop petit , mauvaise méthodologie, …

Agir: l'institution

- *Aménagement adapté*

Tableau II. Conseils d'aménagement des unités spécialisées (d'après IPA, 2003).

1. Nombre de patients limités, dans un espace adapté : espace vaste, circulaire ou structure de type abbaye avec une cour centrale.
2. Conseils spatio-architecturaux :
– création de zones de regroupement et de déambulation libre ;
– serrures adaptées pour limiter le risque de fugue ;
– éclairage intense, peu de variation lumineuse dans la journée* ;
– musique douce, éviter les bruits intempestifs* ;
– prévoir des espaces adaptés pour l'animation, les rencontres avec la famille ;
– préserver l'intimité du malade.
3. Éviter les papiers à motifs répétitifs.*
4. Pas de sur-stimulation inutile : portes de différentes couleurs pour aider au repérage, mais porte de service fondue dans la couleur du mur.
5. Les zones de lumière et d'obscurité peuvent aider aussi à canaliser les déplacements du malade.*
6. Accès à l'extérieur à un environnement naturel clos.
7. Ameublement sans empiètement pour limiter le risque de chute.*
8. Prévoir des salles à manger adaptées au niveau d'évolution des patients.
9. Les modifications à apporter à l'environnement doivent tenir compte du stade d'évolution de la maladie.*

* *règles applicables aussi au domicile*

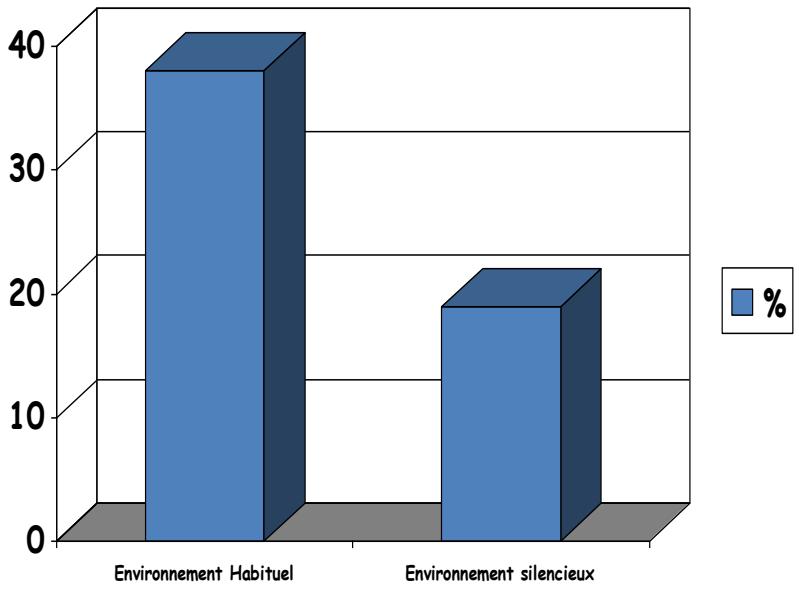
Lutter contre la sursimulation qui génère l'agitation

- Meyer et al 1992
- 27 patients MA en maison de retraite

- Rationnel : les comportements de catastrophe et agressifs peuvent survenir si patients sur stimulés

- Comparaison entre 2 conditions :
  - Environnement habituel
  - Environnement silencieux
    - Pas de TV, ni radio
    - Personnel parle à faible volume
    - Entrée de l'établissement hors de la vue des résidents (on ne voit pas le personnel, les visiteurs)

Nb de comportements catastrophiques et violents selon la condition



Source : Meyer et A l 1992

Kinesithérapeute
HALL
Accueil
Activités sèches
Activités humides
Espace Snoezelen
Chariots
Ménage
Dégagement
CANTOU I
jardin
CANTOU III
CANTOU II
Bureau
jardin
jardin

Conclusions

- Politique médicamenteuse

  =

  Trouver le juste équilibre entre la demande du patient et la réponse pluridisciplinaire à y donner

  afin de se limiter à une consommation adéquate des médicaments et quand c'est possible, de limiter celle-ci en recourant à d'autres soutiens "thérapeutiques" au sens large .

Conclusions

- Information / communication
- Multidisciplinaire
- Investissements en infrastructures accueillantes, adaptées
- Investissements en ressources humaines

Décisions maintenant pour une politique à long terme !

Merci pour votre attention