Coresponsabilisation thérapeutique en MR AFRAMECO –SSMG 2019

- Alex Peltier

  Médecin-Directeur

  Directeur Politique de Santé

  Alliance Nationale Mutualités Chrétiennes

Le temps qui passe …

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 ?

Constat « Des grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos » (Données MC 2005)

mai 2007

mai 2011

Nouvelle extraction (Données MC 2009)

- Présentée en 2012 Aframeco / SSMG
- Réponse aux deux questions principales posées par les maisons de repos :

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 %

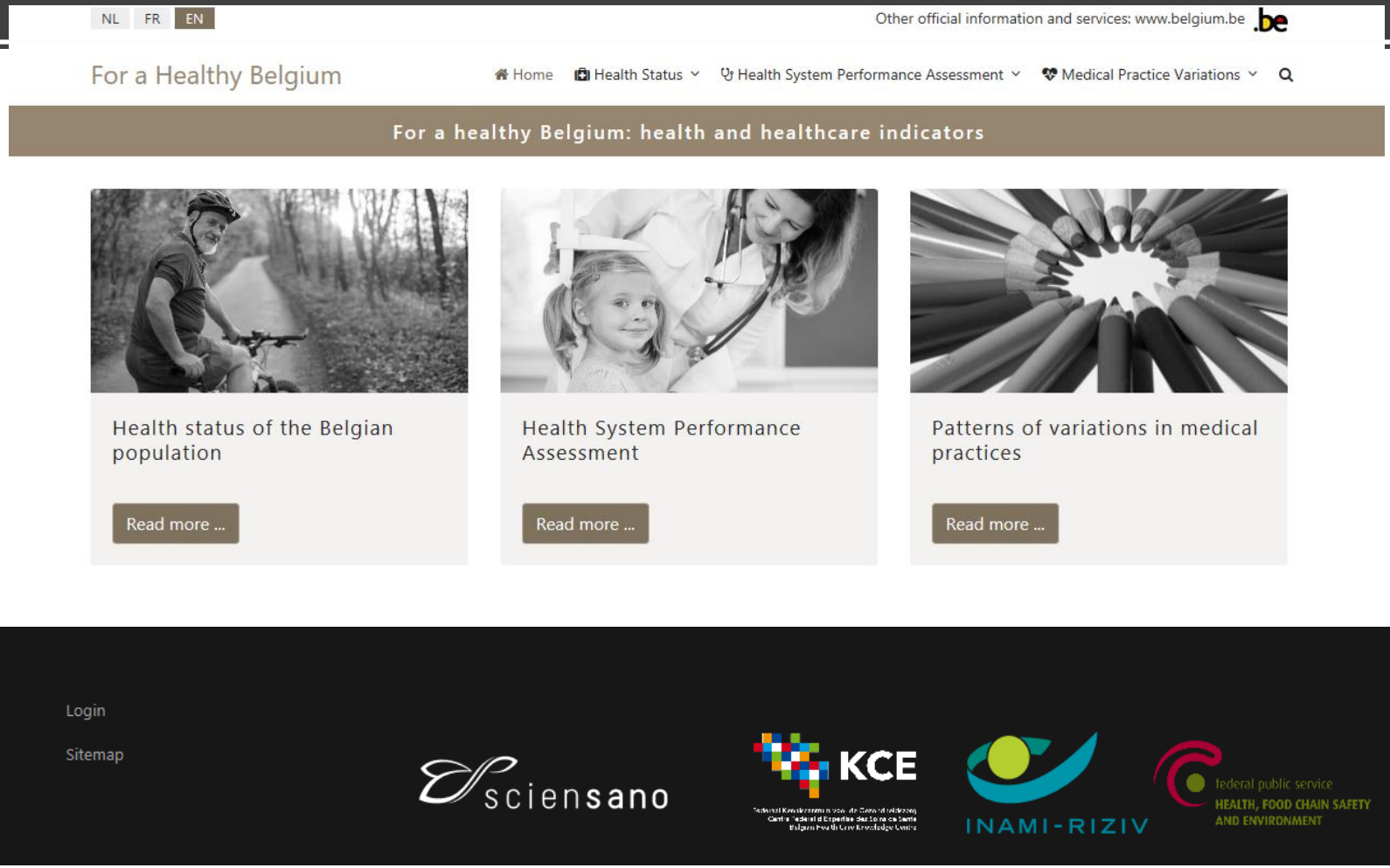
2018 : données 2016

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 (%)		N observations
	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

2019 : une nouvelle source d'Information



2019 : une nouvelle source d'Information

https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees

Soins aux personnes âgées

Mis à jour : 24 avril 2019

Dans ce rapport, nous analysons les soins aux personnes âgées selon 4 dimensions :

- l'**accessibilité des soins de longue durée**, à travers l'évolution de la proportion des personnes âgées recevant des soins professionnels de longue durée, en soins résidentiels (ELD-1) et à domicile (ELD-2), ainsi que le nombre d'aidants informels (ELD-3), le nombre de lits de soins de longue durée (ELD-4) et l'utilisation optimale de ces lits (ELD-5).
- l'**accessibilité des soins aigus,** à travers le nombre de gériatres (ELD-6).
- la **sécurité des soins**, à travers l'évolution du nombre de chutes (ELD-7), d'ulcères de pression (escarres) (ELD-8), d'infections à staphylocoques résistants dans les soins résidentiels (ELD-9) et de prescriptions de médicaments inappropriés (en l'occurrence des médicaments à effet anticholinergique) (ELD-10).
- l'**adéquation des soins**, à travers les prescriptions d'antipsychotiques chez les personnes en soins résidentiels et à domicile (ELD-11 et ELD-12).

2019 : une nouvelle source d'Information

Sécurité dans les soins résidentiels

ELD-7	Incidents de chute au cours du dernier mois passé en MRPA/MRS(% de résidents)		-	2017	12	-	-	VAZG	-
ELD-8	Prévalence des escarres (de grade II-IV) en MRPA/MRS (% de résidents)		-	2017	2.0	-	-	VAZG	-
ELD-9	Prévalence du portage du MRSA en MRS (% de résidents)	+	9.0	2015	-	-	-	Scien-sano	-

Adéquation des soins

ELD-10 NEW 2019	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la pop. âgée de +65 ans)	ST	21.8	2016	19.6	25.9	23.7	EPS	-
ELD-11 NEW 2019	Prescription d'antipsychotiques dans les MRPA/MRS (% de résidents âgés de +75 ans)		31.6	2016	-	-	-	EPS	-
ELD-12 NEW 2019	Prescription d'antipsychotiques en dehors des MRPA/MRS (% de la pop. âgée de +75 ans)	↘	5.2	2016	-	-	-	EPS	-

2019 : une nouvelle source d'Information

- Prescription de neuroleptiques en MRPA/MRS (ELD-11) et en ambulatoire (ELD-12)
- Certaines personnes âgées atteintes de démence manifestent des troubles du comportement, comme par exemple de l'agressivité, qui rendent leur prise en charge difficile et incite parfois à l'utilisation de médicaments neuroleptiques (antipsychotiques) dans le but de les calmer. Or ces médicaments devraient être évités autant que possible chez ces personnes, parce qu'ils augmentent le risque d'AVC et de mort subite. Les recommandations préconisent de n'utiliser les neuroleptiques qu'en tout dernier recours, si le comportement de la personne présente un danger pour elle-même ou pour les autres. S'ils sont utilisés, la durée du traitement doit être aussi courte que possible et la dose aussi faible que possible.
  Cet indicateur mesure la proportion de personnes âgées qui reçoivent des neuroleptiques.

Figure 12- Pourcentage de la population 65+ sous antipsychotiques (>0 DDD) par région et province (2016)

Source: EPS

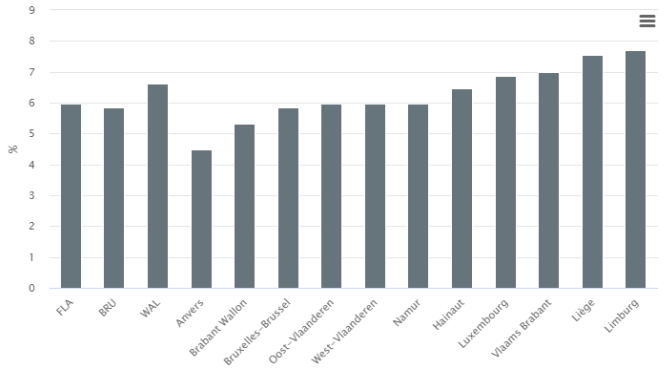


Figure 11 - Pourcentage de la population 75+ sous antipsychotiques, en MRPA/MRS versus à la maison (2016)

Source: EPS

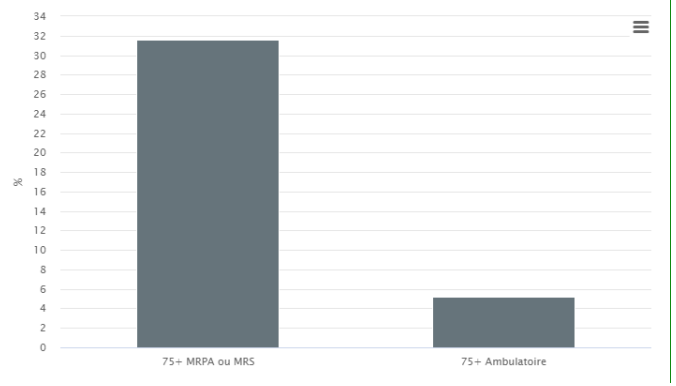
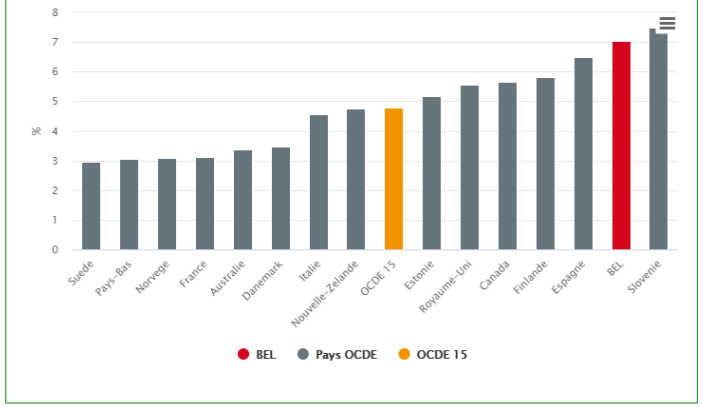


Figure 13- Pourcentage de la population 65+ sous antipsychotiques (>0 DDD): données OCDE (2015 ou l'année la plus proche disponible)

Source: OCDE



2019 : une nouvelle source d'Information

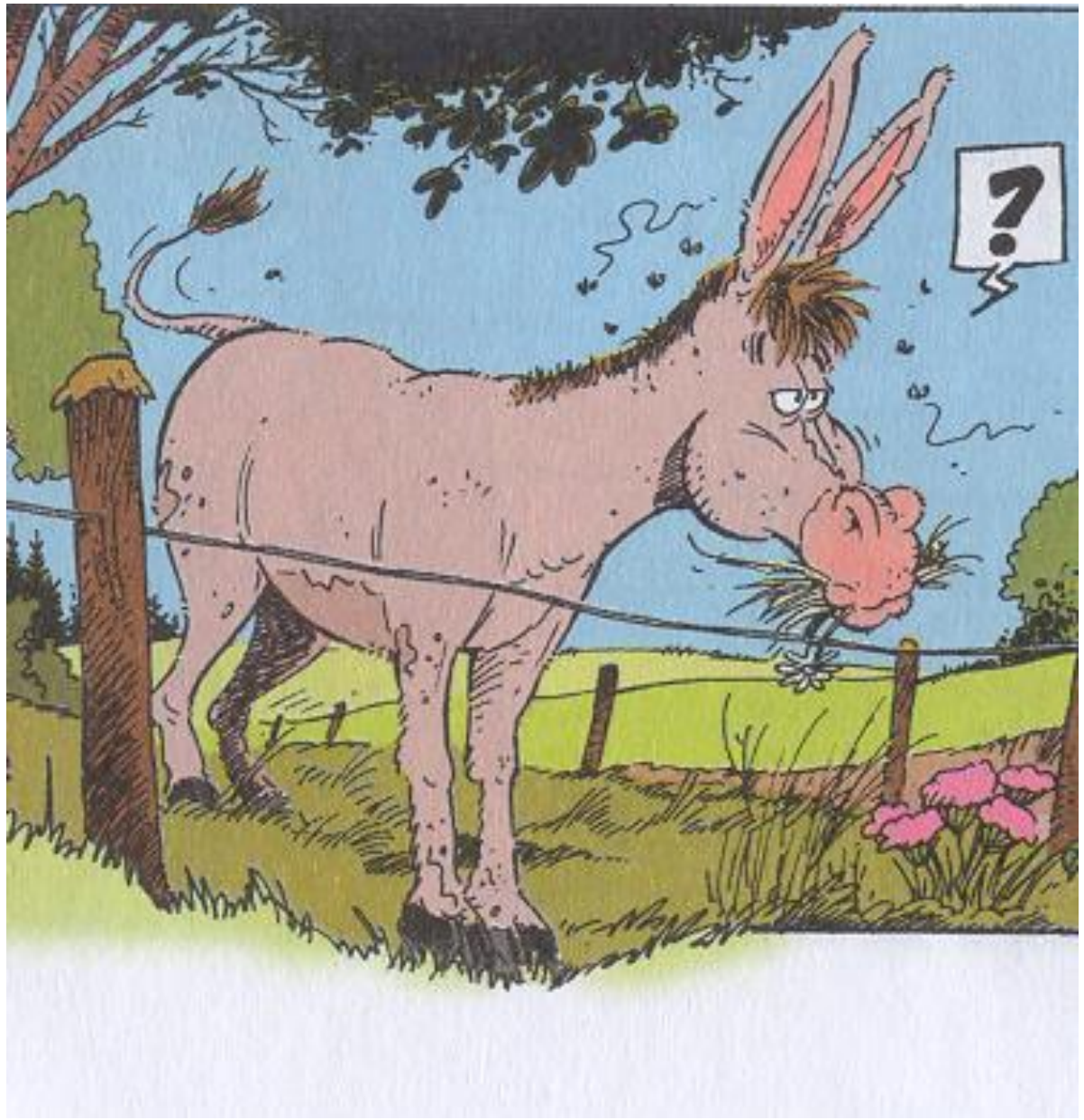
Evolution 2005-2009-2016 ?

- 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 6ème réforme de l'état ?

Extractions ANMC / Autres sources = 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 ?
  - Importance de l'environnement, de l'encadrement sur la consommation médicamenteuse ?
  - Impact du patient et de son entourage ?

Et on fait quoi de tout ça ?



Pistes de réflexion
Corresponsabilisation thérapeutique

PERSONNES
AGÉES

Vers une meilleure politique médicamenteuse ?

Constats !

Pourquoi ?

Agir ?

- 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.

Vers une meilleure politique médicamenteuse ?

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

Agir :
la prescription

- **Sur quoi ?**
  - **Overprescribing**
    - Absence d'indication; durée exagérée; surdosage;
  - **Mis prescribing**
    - Prescription dont les risques dépassent les bénéfices attendus
  - **Under prescribing**
    - 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 secondaires et pharmacocinétiques
    - L'impact financier

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 (dont 30 contrôles)

  1804 résidents / MR dont 66 % MRS et 50 % BIM

  701 professionnels de santé :

  - 55 MCC
  - 378 MG

Agir : COME-ON

Activités :

- **Concertation locale : 2 X 2 heures, 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 médicaments chroniques diminue de 1 pour patients qui prennent 10 médicaments chroniques
- **Classes médicaments :**
  - IPP, antiplaquettaires, statines, AINS, anti-démence : diminue
  - Vit D : augmente
  - Psychotropes : statuquo
- **Coûts : diminution significative**

Agir : COME-ON

Recommandations : 35 !

- **Education et formation**
  - Un cours MDC PA dans le curriculum médecin, pharmacien, infirmier (50-60 dont 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 rationnelle d'une classe médicamenteuse spécifique (accent psychotrope) 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 intégrées dans les outils informatiques : détection, recommandation …

Agir : COME-ON

Recommandations : 35 !

- **Recommandations pour les acteurs de la santé**

  - Les acteurs doivent être informés des règlements internes en matière d'utilisation rationnelle de médicaments (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 roadmap entre fédéral/fédérés pour établir un plan d'action fin 2018.
  - Chaque MR doit écrire sa politique afin de mettre en œuvre les recommandations
  - Création d'une Cellule de Soutien : mise en œuvre 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 et du CNPQ 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 gezondheid toestand.

0	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

Patient éclairé (et son entourage)

Respect du libre-choix

- Information individuelle
- discipline du patient / intransigeance du médecin (et de ses confrères …)

Campagne d'information et sensibilisation

- (ex : antibiotique; vaccin grippe)

BAPCOC
ACCUEIL
QUE SONT LES ANTIBIOTIQUES
USAGE ADÉQUAT
PAS UNE PANACÉE
RISQUES
PARLEZ-EN
TESTEZ VOS CONNAISSANCES
LIENS
POUR LES ENFANTS
POUR LES PROFESSIONNELS
ATTENTION :
À N'UTILISER QU'EN CAS DE NÉCESSITÉ.
LES ANTIBIOTIQUES SONT INEFFICACES CONTRE LA GRIPPE, LA BRONCHITE OU LE RHUME.
PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.
FAITES CONNAÎTRE CE SITE À VOS AMI(E)S
POUR TOUT SAVOIR SUR LA CAMPAGNE

Agir : la délivrance / préparation

Pharmacien :

⑩Globalité du schéma de médication

- Pas de rôle dans l'indication
- Dépister interactions néfastes, les impacts pharmacocinétiques
- Communication interactive avec le médecin

⑩Assurer la qualité

- Sécurité de conservation
- Spécificité de prise
- Rapport économique

⑩Délivrance 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 (éléments secondaires)

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

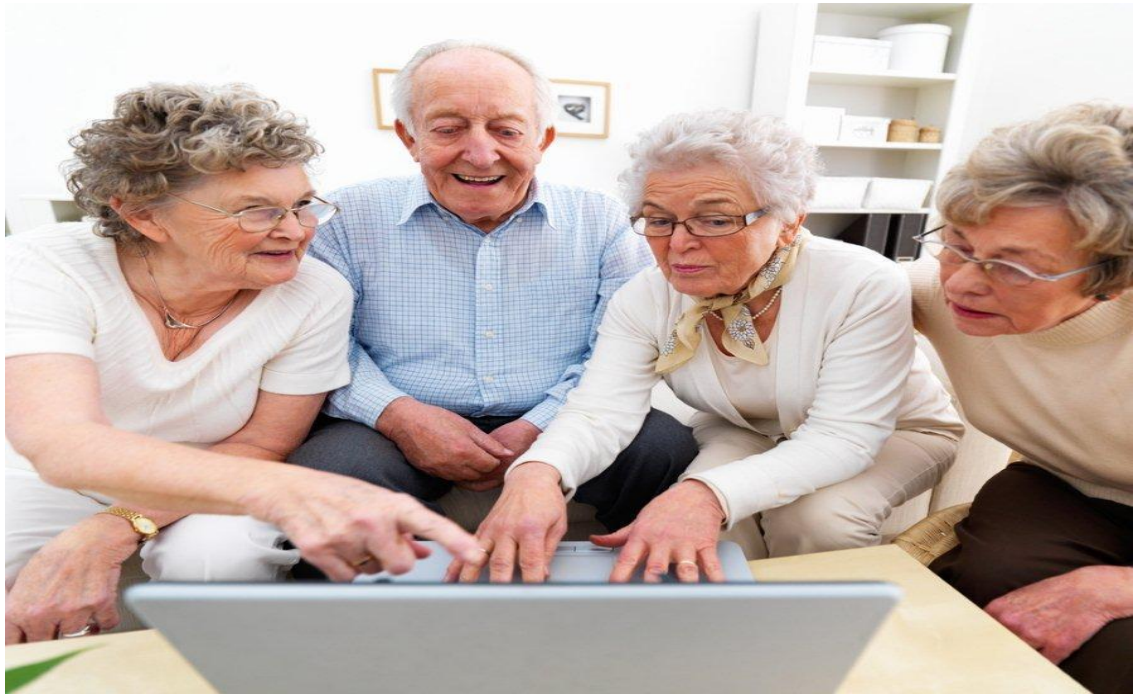
Personnel autour d'un même patient/entourage :

- Importance de l'indication des médicaments
- Relais des consommations constatées (vente libre)
- Soutien à l'observance ⟶ même message !!!

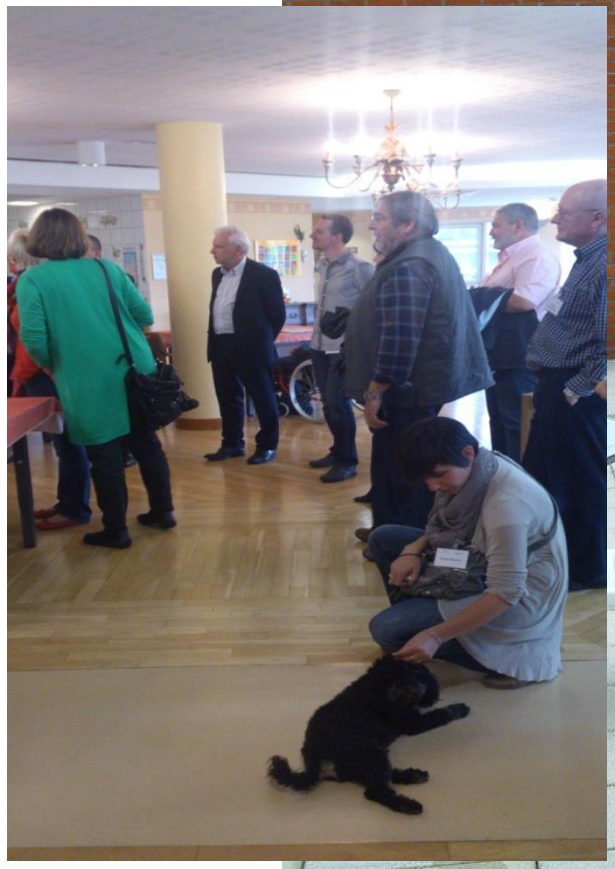
Agir : l'institution

- **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*

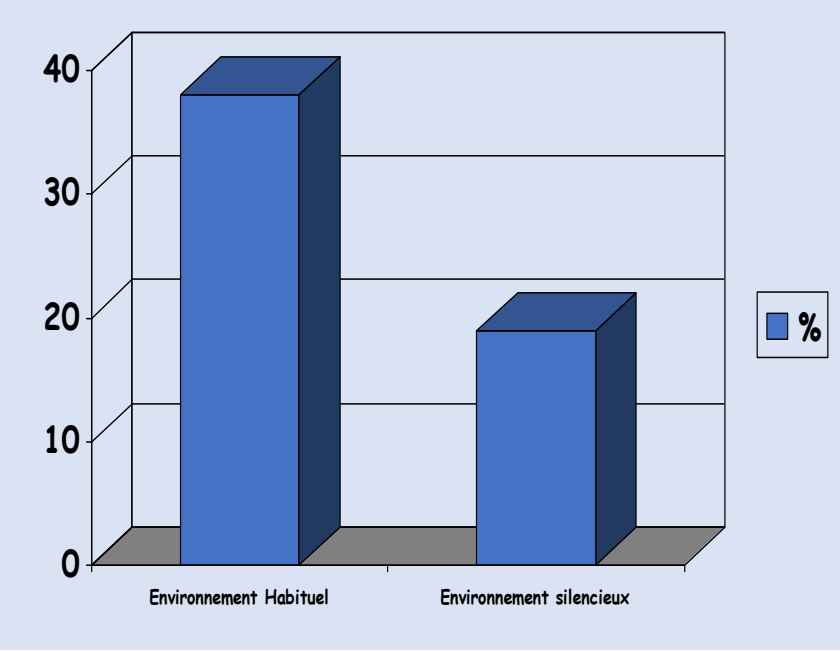
Lutter contre la sursimulation qui génère l'agitation

- 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



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

Conclusions

Politique médicamenteuse =

- Une prescription adéquate des médicaments et quand c'est possible, recourir 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 !

Coresponsabilisation : aussi les moyens financiers par l'autorité.

Merci pour votre attention