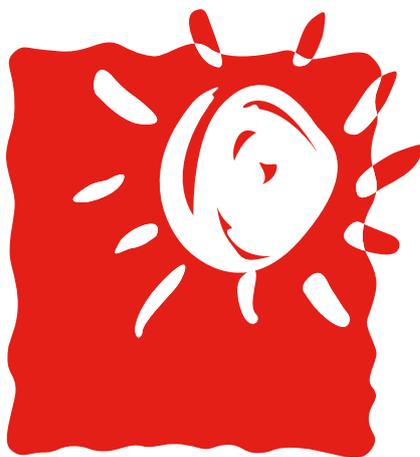


Actes de la conférence « La (dé)prescription des médicaments chez les seniors »



ESPACE
SENIORS



Conférence du 23 octobre 2017 - Bruxelles

Espace Seniors asbl - 23/10/2017 - Bruxelles

En partenariat avec le Service Promotion de la Santé de Solidaris

Intervenants :

Michel JADOT, président de Solidaris et d'Espace Seniors

Dr. Leslie MATHONET, médecin de famille et médecin coordinatrice de la maison de repos «Anne Sylvie Mouzon» - CPAS de St-Josse

Dominique BIGNERON, directeur de la maison de repos et de soins «Domaine des Rièzes et Sarts» à Couvin

Noémi BLANCHET, Infirmière coordinatrice de la maison de repos «Domaine des Rièzes et Sarts»

Dr. Gérard MARIN, médecin de famille et médecin coordinateur en maison de repos pendant 15 ans

Sophie BECQUET, directrice de la maison de repos «Les Jours Paisibles» à Baudour

Dr. Pierre BALDEWYNS, responsable du Service Promotion de la Santé de Solidaris, modérateur de la conférence

Sommaire

Edito	Page 3
Introduction	Page 4
<i>Intervention de Michel JADOT</i>	
«Médicaments, stop ou encore ?»	Page 6
<i>Intervention du Dr. Leslie MATHONET</i>	
«Le juste usage des médicaments en MRS, entre bon sens et libre de choix»	Page 14
<i>Interventions de Dominique BIGNERON et Noémi BLANCHET</i>	
«Moins prescrire ou mieux prescrire»	Page 21
<i>Intervention du Dr. Gérard MARIN</i>	
«La (dé)prescription chez les seniors : de la théorie à la pratique»	Page 27
<i>Intervention de Sophie BECQUET</i>	
Discussion avec les intervenants	Page 32
Conclusions	Page 40
<i>Intervention du Dr. Pierre BALDEWYNS</i>	
Pour aller plus loin...	Page 41

Prendre un médicament n'est pas anodin. Pour chaque produit et plus encore en cas de polymédication, la comparaison du risque d'un traitement avec ses éventuels bénéfices (balance bénéfice-risque) s'avère essentielle. Il est important de (se) mettre en question : «Est-ce que l'on a vraiment besoin d'ajouter encore un médicament» ? «Est-ce que l'on a besoin de continuer ceux que l'on prend déjà ou est-ce que l'on pourrait en arrêter certains ?».

Notre association participe au projet d'entreprise en Promotion de la Santé pour une utilisation adéquate du médicament (PEPS-M). Intitulé «Dosez-moi ça !», ce projet est piloté par le Service Promotion de la Santé de Solidaris. Son but est d'améliorer la qualité dans la prescription, la délivrance et la consommation du médicament auprès de différents publics.

La polymédication est une pratique habituelle chez la personne âgée. En effet, les seniors se voient souvent prescrire plusieurs médicaments pour soigner diverses pathologies. Il en résulte ainsi une prise conjuguée qui ne va pas toujours sans complications. Il est donc nécessaire d'insister sur l'importance de l'utilisation rationnelle des médicaments. Il importe également d'aborder la question relative à la manière dont les seniors se représentent le moment où l'on prescrit leurs médicaments ainsi que leurs conduites d'adaptation ou de résistance.

C'est pourquoi Espace Seniors a organisé en 2017 une campagne d'information et de sensibilisation sur la (dé)prescription chez les seniors.

Ce document relate les échanges et les interventions qui ont eu lieu lors de la conférence du 23 octobre 2017 à Bruxelles et intitulée : «**La (dé)prescription des médicaments chez les seniors**». Elle a été reconnue comme journée de formation permanente pour les directeurs et le personnel de maisons de repos. Une accréditation INAMI a été acceptée pour les médecins (3,5 points d'Ethique et Economie). Cette rencontre a permis, entre autres, l'échange d'expériences entre professionnels confrontés à cette réalité.

Bonne lecture !

Que signifie la polymédication ?

Au niveau quantitatif, la polymédication se définit comme la prise quotidienne de plus de cinq médicaments différents par jour. La définition qualitative repose sur l'usage de médicaments non cliniquement indiqués ou d'associations de médicaments inappropriées.

Introduction

Michel JADOT, président de Solidaris et d'Espace Seniors

Chères amies, chers amis,

C'est un plaisir pour moi de vous accueillir ce matin, à cette conférence organisée par Espace Seniors, une association du réseau associatif de Solidaris avec le soutien de notre direction de Promotion de la santé.

Vous le savez, l'objectif de cette matinée est d'informer, de sensibiliser les personnes âgées, leurs proches et les professionnels de la santé sur la problématique de l'utilisation rationnelle des médicaments.

Vous le savez aussi, cette problématique ne concerne pas que les personnes âgées, mais bien toutes les catégories de la population. C'est pourquoi, il y a peu de temps, Solidaris a consacré un Thermomètre sur la problématique de l'usage des médicaments. Et là, je tiens à vous dire que nous avons été un peu surpris en examinant cette problématique. Pourquoi ? Parce que nous avons examiné les responsabilités de tous ceux qui sont concernés par ce thème.

Il y a d'abord l'industrie pharmaceutique avec le lobbying et le marketing commercial, mais ça, je ne vais pas m'y attarder, vous connaissez leurs intérêts, ou plutôt leur manque d'intérêt parfois pour la santé publique.

Les pouvoirs publics ont un rôle de régulation, de contrôle qui est fondamental ou plutôt, qui devrait être fondamental.

Les médecins, généralement les généralistes, les responsables de maisons de repos, les patients, qui sont des patients consommateurs. Là, nous avons pu constater de nombreuses failles qui existaient en matière de connaissance, d'information, de formation, mais aussi de régulation et de contrôle. L'objectif de cette matinée n'est pas de revenir sur les conclusions de ce Thermomètre, que vous pouvez consulter sur le site de Solidaris¹.

Indépendamment de ce cadre général, l'objectif est de se pencher plus particulièrement sur la problématique des personnes âgées, et sur ce plan, je dois vous avouer que je suis fortement décontenancé. En effet, si je parcours la littérature consacrée à cette question, aussi bien en France qu'en Belgique, les positions ne paraissent pas claires. J'ai l'impression que certaines positions sont contradictoires. Certaines publications nous alertent sur les dangers de la surconsommation, laquelle peut avoir des conséquences graves dans un certain nombre de domaines : les chutes, les hémorragies, les hospitalisations, les effets secondaires non désirés. Les incompatibilités entre les médicaments ne profitent pas à la santé de la population. Et si les médicaments sauvent des vies, et heureusement, ils provoquent aussi un nombre impressionnant de décès. Selon un article récent du Soir, une étude de l'UCL² montre qu'un tiers des hospitalisations des personnes âgées est dû à un mauvais médicament, c'est un peu effrayant.

¹ Thermomètre Solidaris 5 - Les médicaments (septembre 2014). Disponible sur : <http://www.solidaris.be/Namur/Pages/Thermometre-Solidaris-5-Les-medicaments-septembre-2014.aspx>

² Recherche UCL : 30% des hospitalisations chez les personnes âgées liées à une médication inappropriée. Disponible sur : https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/ac-arec/documents/30-09-2016_cp_A_Spinewine_medicament_inappropriée_pers_agees.pdf

D'autre part, une autre étude récente de l'Université de Gand³⁴, en collaboration avec Louvain-la-Neuve, indique que 40% des octogénaires, résidant en maison de repos, recevraient trop peu de médicaments ou des médicaments non appropriés. Selon l'auteur de cette étude, il y aurait donc sous-utilisation de médicaments chez les seniors. Dans 4 cas sur 10, il s'agit de combinaisons entre trop de médicaments et un traitement non optimal. Et pour chaque médicament non ingéré, le risque de décès augmente de 39%... Vous avouerez que pour le profane que je suis, ces propos sont interpellants.

Quel crédit peut-on leur accorder ? Je dirais qu'un nombre impressionnant de décès chez les personnes âgées est dû aux médicaments, de l'autre, à la sous-médication... Je me demande comment on peut encore considérer qu'il y ait une augmentation du nombre de personnes âgées en Belgique. Sous-médication d'une part et surmédication d'autre part, le problème du vieillissement de la population me semble quelque peu résolu. J'abandonne ce ton volontairement badin pour revenir aux choses sérieuses, mais ceci témoigne en tout cas de l'intérêt de se pencher sur la question qui nous réunit aujourd'hui.

Pour l'examen de cette problématique, nous avons la chance de pouvoir compter sur des praticiens expérimentés, à la fois des médecins qui sont en plus coordinateurs au niveau des maisons de repos, Madame Mathonet et Monsieur Marin, Monsieur Bigneron et Madame Becquet, directeurs de maison de repos et d'une infirmière coordinatrice Madame Blanchet. Tout cela sous la haute surveillance du Docteur Baldewyns.

Je vous souhaite une excellente matinée.



3 Les seniors sont-ils laissés pour compte? 40% d'entre eux ne reçoivent pas le bon ou pas du tout de traitement médical. RTL Info. Disponible sur : <http://www.rtl.be/info/magazine/sante/les-seniors-sont-ils-laiesses-pour-compte-40-d-entre-eux-ne-recoivent-pas-le-bon-ou-pas-du-tout-de-traitement-medical-844342.aspx>

4 Maarten Wauters et al. Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community dwelling oldest old. Br J Clin Pharmacol. 2016 Nov; 82(5): 1382–1392. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5061799/>

«Médicaments, stop ou encore ?»

Dr. Leslie MATHONET, médecin de famille et médecin coordinatrice de la maison de repos « Anne Sylvie Mouzon » - CPAS de St-Josse

Si je me trouve ici, c'est parce qu'il y a un an, mon directeur de maison de repos, M. Bouteiller, m'a demandé de présenter à la LUSS (Ligue des Usagers de Services de Santé) une petite intervention sur le thème de la polymédication dans notre maison de repos. Madame Barreto était présente. Elle m'a dit «C'est intéressant, est-ce que tu pourrais venir la présenter lors de notre conférence ?». Et c'est ainsi que je me retrouve devant vous.

Comme on va parler de la polymédication, on va d'abord préciser ce qu'est la polymédication. Selon l'OMS, ça signifie la prise de cinq médicaments ou plus de manière chronique durant l'année écoulée. Cela signifie que l'INAMI dépense 420 millions d'euros par an pour le remboursement de ces médicaments chroniques.

Précisons le contexte.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la polymédication devient importante. C'est un véritable enjeu de santé publique à cause des interactions médicamenteuses, des effets secondaires, de la dégradation de l'état fonctionnel et cognitif et de l'hospitalisation due aux effets indésirables. C'est le cas, par exemple, de chute chez la personne âgée qui entraîne fracture du col du fémur, hospitalisation et déclin.

Qu'est-ce que l'interaction médicamenteuse ? C'est simplement quand un médicament modifie l'effet d'un autre, présent au même moment dans l'organisme. Quelques exemples :

- L'addition des effets : quand on donne à un résident un somnifère et un anxiolytique, c'est comme s'il prenait deux somnifères. Le trouble cognitif s'aggrave et les chutes augmentent.
- L'inhibition des effets : par exemple entre les IPP¹ (protecteurs de l'estomac) et le calcium.
- Le risque de toxicité : par exemple quand il y a 2 médicaments éliminés par le rein. Surtout en cas d'insuffisance rénale. C'est le cas par exemple des anti-inflammatoires non stéroïdiens avec la metformine.
- Le risque de saignement : avec les médicaments qui ont le même mode de transport comme les anti-inflammatoires et les anticoagulants.

Il y a donc beaucoup d'interactions entre les médicaments et celles-ci n'en sont que quelques exemples.

Il existe une liste qui reprend les effets indésirables des antidépresseurs qui provient de l'étude «Come-On»² : les effets anticholinergiques (comme la bouche sèche), les problèmes de sédation ou d'agitation, les problèmes d'arythmies cardiaques, d'hypotension, la prise de poids, le risque de chute...³

Quant à la (dé)prescription dans la pratique, l'INAMI souhaiterait que l'on prescrive moins les antidépresseurs, les antipsychotiques, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, les IPP (c-à-d les médicaments qui protègent l'estomac), les médicaments contre l'ostéoporose et ceux contre le cholestérol. Il est précisé qu'après 80 ans, il n'est plus nécessaire de donner un hypolipémiant⁴. Je trouve que c'est aussi important de diminuer les somnifères et les anxiolytiques.

1 Ndlr : IPP - inhibiteurs de la pompe à protons

2 Ndlr : Etude « Come-On » (pour Collaborative approach to Optimize Medication use for Older people in Nursing homes)

3 Société Scientifique des Pharmaciens Francophones (SSPF). Accompagner une 1ère délivrance. Tome 2 (2013) : les antidépresseurs, les antiépileptiques, les antiparkinsoniens, les benzodiazépines et médicaments apparentés.

4 Ndlr : Hypolipémiant - médicament dont l'action thérapeutique vise à diminuer les lipides (triglycérides et/ou cholestérol) circulant dans le sang

Et que se passe-t-il ailleurs, dans le monde ? Lors d'une conférence à Copenhague en juin 2016, une pharmacienne de Londres précisait comment réduire la polymédication :

- 1) Etablir un dialogue avec le patient.
- 2) Lister les problèmes.
- 3) Fixer des priorités aux problèmes.
- 4) Définir les objectifs (c-à-d établir le confort du patient, son autonomie, l'allongement de vie). En fonction de décisions prises ensemble, patient et médecin, ce dernier choisit les options idéales qui comportent le moins de risques possibles. Ensuite, on évalue régulièrement les changements avec le patient.

Toujours lors de la même conférence, un professeur de Médecine Générale d'Oslo donnait des règles de prescription chez la personne âgée :

- 1) Le patient n'a pas d'autre prescripteur que son médecin traitant.
Ici en Belgique, ce n'est vraiment pas le cas. Ce sont les spécialistes qui déterminent et qui rajoutent des médicaments sans l'avis du médecin traitant.
- 2) Il ne faut pas utiliser un canon pour tuer une mouche.
C'est-à-dire qu'il faut toujours débiter avec de faibles doses et augmenter lentement.
- 3) N'utiliser que des médicaments qui vont l'aider dans ses problèmes actuels.
- 4) Noter dans le dossier les raisons de chaque prescription.
- 5) Si l'on a un doute sur l'utilité du médicament, ne pas le prescrire.
Prescrire impose donc de communiquer avec le patient et l'équipe soignante.

Une expérience existe en Suisse et peut nous donner des idées : le pharmacien et le patient ont un entretien 2 fois par an. Cet entretien est remboursé par la Sécurité sociale. Les sujets discutés sont les suivants :

- 1) Fixer la posologie et expliquer l'indication du médicament.
- 2) Préciser le moment où le médicament doit être pris.
- 3) Vérifier l'observance : Est-ce que le médicament est pris ou pas ? Est-ce qu'il y a oubli ? Si «oui», pourquoi ?

Lors d'un voyage d'étude de médecins coordinateurs l'année dernière en Bourgogne, le fameux professeur (médecin-écrivain) Perino a dit un peu dans la provocation : «Après 80 ans : pas de médicaments, du vin, des câlins et de la morphine si besoin»⁵⁶

Et au sein de notre maison de repos, comment motiver les médecins traitants ? Au fond, c'est un peu ça mon problème. J'avais organisé à deux reprises des réunions avec les médecins traitants. Une fois avec une pharmacienne. J'ai eu royalement deux médecins présents sur la quinzaine qui travaille chez nous. Ces deux médecins traitants étaient ma collègue avec qui je partage mon bureau depuis 30 ans et mon copain avec qui j'étais de

5 Vie@home. N°37. Juin 2016. Numéro spécial voyage d'étude annuel. La Bourgogne prend de l'âge.

6 Vie@home. N°37. Juin 2016. « Caressez les mamies ! ». P.18-20.

Disponible sur : <http://www.vie-at-home.org/magazine/n37/gp/dossier/assets/basic-html/page-18.html>

garde depuis 35 ans. Autrement dit, ils étaient venus pour me soutenir et non pas pour écouter le sujet de la réunion.

J'ai donc cherché de l'aide et j'ai téléphoné au professeur Bolland, gériatre à l'UCL. C'est lui qui nous avait présentés lors d'une semaine de recyclage, le fameux «STOPP et START»⁷⁸. C'est une liste que l'on est supposé mettre en route à partir d'un certain âge. Un START pourrait être la vitamine D que le patient devrait commencer à prendre régulièrement et le STOPP, l'aspirine que la personne âgée devrait arrêter.

Il m'a mise en contact avec le professeur Spinewine, pharmacienne à l'UCL et qui a collaboré à l'étude «Come-On» en association avec la KUL, l'UCL et l'INAMI. Il s'agit d'une «concertation locale en Maisons de Repos sur les antidépresseurs».

Lorsque j'ai pris contact avec Mme Spinewine, l'étude n'était pas sortie mais elle me l'a présentée dans les grandes lignes. Son objectif est de se concerter sur les antidépresseurs. Des maisons de repos wallonnes y participent volontairement. Régulièrement, deux ou trois fois par an, il y a un contact entre la pharmacienne, le médecin coordinateur et les médecins traitants pour discuter de l'utilité et de la façon de prescrire les antidépresseurs. Le but est donc de faire le point sur l'utilisation des antidépresseurs en maisons de repos et de déterminer la prise en charge en fonction du type de dépression. Il s'agit donc de déterminer la place de la prise en charge non-pharmacologique, des antidépresseurs à utiliser en premier choix, de la posologie, de la modalité d'administration, mais aussi de comment et à quel moment les arrêter.

En 2000 et 2011, la Belgique se trouvait malheureusement dans le top 10 (à la 9^{ème} place exactement) des plus grands prescripteurs d'antidépresseurs. C'est interpellant !

Pour revenir à la dépression, dans quel cas prescrit-on un antidépresseur ? Evidemment pour une dépression mais il y a d'autres indications : en cas d'anxiété, d'insomnie, de douleur neuropathique.

Je me permets de rappeler brièvement les symptômes de la dépression : le plus important est l'humeur dépressive, on n'a plus envie de rien et surtout les quinze derniers jours, on n'a plus envie du tout. On a une perte de plaisir et d'autres symptômes : des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, une perte d'énergie, de la culpabilité et même parfois des idées suicidaires. En fonction du nombre de symptômes, on peut déterminer si une dépression est légère, modérée ou sévère. Cela permet aussi de faire une différence entre une dépression et une plainte dépressive.

Voici la prévalence de la dépression dans la population âgée de plus de 65 ans. En milieu ambulatoire, 25 % à l'hôpital, de 36 à 46 %, en maison de repos, 10 à 22 %. Dans notre maison de repos, nous avons 27 % de prescriptions d'antidépresseurs.

A quel moment les antidépresseurs sont-ils efficaces ? On a trouvé que dans les formes légères et modérées de dépression, il ne faut pas de médicaments, ils sont uniquement efficaces dans les formes sévères.

Conclusion : il y a une utilisation importante d'antidépresseurs dans les maisons de repos, peut-être injustifiée. On remarque qu'il y a une augmentation d'antidépresseurs dès l'entrée en institution alors que ces médicaments ont juste un effet prouvé dans la dépression majeure. Seul un nombre limité de résidents répondent aux critères de dépression majeure.

Que se passe-t-il dans notre maison de repos ? Concernant les antidépresseurs, nous avons 52 résidents sur

126 qui en prennent, c-à-d 41%. 16 résidents sont sous trazodone pour des problèmes de sommeil et 1 résident est sous amitriptyline comme antidouleur. Ce qui fait qu'il ne reste que 27 % de résidents chez nous qui prennent ces molécules pour leur effet antidépresseur. Je me suis aussi demandé combien de personnes recevaient des benzodiazépines : 55 résidents sur 126, autrement dit 43%. Concernant les antipsychotiques, 48 résidents sur 126, c-à-d 38%.

Revenons à l'étude «Come-On» dont le but était de discuter de différents points :

- Premièrement, comment les infirmiers peuvent-ils identifier les signes et symptômes de dépression et à quel moment sont-ils supposés prévenir le médecin traitant ?

- Deuxièmement, sur quelles indications se base le médecin pour déterminer s'il y a une dépression ? Quels outils utilise-t-il ? Le DSM⁹ ? Autre chose ? Dans quelle mesure pouvons-nous prendre en compte la présence, la durée et la gravité des symptômes ? Comment faire la distinction entre plaintes dépressives et dépression ? Il faut en effet avoir des indications valables. Quelles sont celles nécessitant une approche pharmacologique et celles n'en nécessitant pas ?

Quelles sont les approches non pharmacologiques déjà mises en place au sein de notre maison de repos ?

La musique, la luminothérapie puisque nous pratiquons le *Snoezelen* qui fonctionne très bien dans les unités CANTOUS, nous avons un merveilleux jardin où tout est mis à hauteur de telle façon que les résidents en chaise roulante puissent circuler entre les bacs de plantes. Quant à la zoothérapie, notre directeur s'était renseigné et il avait trouvé quelqu'un habitué aux animaux de compagnie et qui pouvait venir avec un chien, présence affectueuse pour nos résidents.

Il y a aussi l'aromathérapie et puis de mon côté, j'avais trouvé quelqu'un pratiquant l'hypnose et un autre l'acupuncture. Je trouvais que c'était intéressant comme réponse non-médicamenteuse. Nous avons écrit une lettre aux médecins traitants pour demander s'ils souhaitaient collaborer avec un acupuncteur au sein de la maison de repos. Aucun médecin traitant n'a répondu à cette proposition.

Par rapport à la prise en charge pharmacologique, quel(s) antidépresseur(s) utiliser en premier choix ? Quelle est la preuve de leur efficacité, les effets indésirables, les interactions et le prix ? Quelle est la posologie et comment ajuster les doses ?

Selon le formulaire FARMAKA¹⁰, il y a deux types de molécules qui doivent être prescrites en premier lieu : la sertraline ou le citalopram, s'il s'agit d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS), ou la nortriptyline en cas d'anticholinergique parce que les effets secondaires sont moindres qu'avec d'autres anticholinergiques.

Toujours par rapport à la prise pharmacologique, quelle est la durée du traitement ? Quand doit-on réévaluer la prescription de l'antidépresseur ? Quand peut-on arrêter un antidépresseur ? Egalement, quand l'administrer ? A quel moment peut-on broyer le comprimé par exemple pour le mettre dans la sonde d'alimentation en cas de problèmes de déglutition ? Comment gère-t-on les interactions et les effets secondaires ?

Bref, toujours est-il que cette étude en commun («Come-On») était une réelle collaboration multidisciplinaire

9 Ndlr : DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Il s'agit d'un ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association)

10 FARMAKA. Recommandations du formulaire MRS « Prise en charge médicamenteuse de la dépression majeure ». Juin 2012. Disponible sur : <https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-depression-majeure-presentation.pdf>

puisqu'il y avait l'intervention de la pharmacienne, du médecin, du personnel de la maison de repos, des familles et des résidents. On voit bien que le résident est au centre des questions.

Et chez nous, un an plus tard, qu'avons-nous fait ? Nous avons créé un comité «médicaments» composé de 6 personnes : le directeur, les deux infirmières cheffes, la référente «démence», le responsable du contrôle interne (il vérifie plus la méthodologie, le risque des médicaments au niveau médical mais aussi financier et matériel) et puis moi en tant que médecin coordinatrice. L'objectif de ce comité est d'arriver à prescrire moins de cinq molécules par résident. Comment y arriver ? Qui conscientiser ? D'abord les résidents et les familles. On le fait régulièrement puisque tous les mois, dans la maison de repos, nous publions une feuille de choux qui s'appelle «Les potins de Joske». Chacun écrit un article et de temps en temps, en tant que médecin coordinatrice, j'écris sur la polymédication ou sur l'utilité, par exemple, de se faire vacciner contre la grippe. Nous avons décidé de nous y attaquer par le biais du personnel soignant. Pourquoi ? Parce qu'au fond, c'est l'infirmier(ère) qui interpelle le médecin lorsqu'il arrive : «Docteur, Monsieur X n'a pas dormi cette nuit. Vous ne pourriez pas lui donner quelque chose ?» «Et Mme Y... elle est embêtante ! Elle est vraiment ennuyeuse, vous ne pourriez pas faire quelque chose pour qu'elle soit moins agitée et qu'elle déambule moins ?» Donc, on essaye de motiver le personnel soignant à demander moins de médicaments. Bien entendu, il y a aussi les médecins que l'on doit sensibiliser.

Par quoi commencer ? Nous avons décidé de commencer par un médicament : le calcium. Simplement parce qu'on a remarqué que les résidents ne le prenaient pas. Vu les effets secondaires (constipation et altération du goût des aliments), ce médicament coupe l'appétit des résidents qui en prennent avant le repas. Nous avons décidé d'arrêter. En plus, d'après le «STOPP- START», le calcium en maison de repos doit se retrouver dans l'alimentation mais pas dans les médicaments. Nous allons aussi écrire un courrier dans ce sens aux médecins traitants. On voudrait établir une charte de soins à faire signer par chaque médecin traitant qui travaille chez nous. Dans cette charte, il y aura, en principe, deux choses qui nous tiennent à cœur : le Projet de Soins Personnalisé Anticipé (PSPA) et la (dé)prescription. On veut quand même rappeler au médecin traitant que le patient a le droit de refuser un traitement. On a envie d'établir avec lui une liste de médicaments qui peuvent être écrasés. Tout cela est dans le but de diminuer les médicaments, d'éviter le gaspillage et d'améliorer la facture. Facture à charge du résident puisque depuis peu, le CPAS ne paye plus les médicaments.

Il y a 4 ans, dans notre maison de repos, 2 médecins traitants se partageaient tous les résidents. Notre directeur ne trouvait pas ça normal. Il trouvait important que le patient puisse venir de chez lui avec son médecin traitant. Ce sont ces deux médecins traitants qui suivent la plus grosse partie des résidents qui ont demandé le listing du nombre de molécules utilisées pour chaque patient. Je trouve que c'est un bon progrès. Nous avons alors décidé de faire cette liste de molécules de tous les patients afin que chaque médecin puisse la regarder.

Quant aux propositions pour le personnel soignant, nous organisons à chaque étage une analyse sous la direction de l'infirmière cheffe, pour vérifier les médicaments qui pourraient être remplacés par une solution alternative. Nous établissons un listing de ces solutions alternatives pour pallier l'usage de certains médicaments afin d'avoir un inventaire prêt à l'emploi. Comme disait le Dr. Perino : «pas de médicaments et beaucoup de câlins». Donc, cela me paraît important de rappeler à notre personnel soignant que le fait de s'asseoir sur le lit à côté du résident, de lui prendre éventuellement la main et de passer du temps avec lui est le meilleur des médicaments.

Nous avons également mis en ligne la gestion du stock des médicaments. Je suppose que dans toutes les maisons de repos, il y a ce problème de stock où des médicaments sont commencés et les boîtes ne sont pas terminées. Nous avons géré notre stock en ligne de façon à ce que toute infirmière à chaque étage puisse puiser

dans le stock avant de commander le même médicament à la pharmacie.

Voilà ce que nous essayons de faire. Ce n'est pas facile. On y croit. Et on a bien l'intention de faire le nécessaire. Pour nous, c'est une collaboration multidisciplinaire : la pharmacienne, le personnel soignant, la famille, le médecin coordinateur, le médecin traitant afin que le résident soit au centre de la réflexion.

Je vous remercie de m'avoir écoutée et je vais essayer de répondre aux questions.

Questions - Réponses

Participant : *Vous parliez de supprimer le calcium, pourtant il est important en ce qui concerne l'ostéoporose.*

Dr. Mathonet : On le donne le soir, avant la tartine mais à cause de son goût, la personne ne mange plus. Le calcium, on doit le retrouver dans l'alimentation et non pas avec les médicaments. En maison de repos, on conseille la VIT D et le calcium alimentaire. Et donc, il faut insister sur le lait, le yoghourt, le pudding mais pas sur le calcium per os.

M. Marc Bouteiller, directeur de la maison de repos «Anne Sylvie Mouzon» : Nous avons la chance d'avoir chez nous une diététicienne qui reste vigilante à l'alimentation des résidents.

Participant : *Vous avez parlé du moment où il faut prendre les médicaments. Pourtant, dans certains centres hospitaliers, on vous donne tout en une fois et vous devez avaler tout ensemble. Par contre, le médecin traitant vous dit de prendre des médicaments le matin ou à midi, ou le soir... Qui croire ?*

Dr. Mathonet : A priori, certains médicaments doivent être pris à des moments précis, justement pour éviter, par exemple, des effets qui s'inhibent. C'est une question de facilité d'apporter 6 médicaments le matin avec le petit déjeuner, en disant «débrouillez-vous». Normalement, ça ne doit pas se faire comme cela.

Participant : *Vous dites que vous allez faire une liste de médicaments suite à la demande des 2 médecins de votre maison de repos. Les médecins ne connaissent-ils pas déjà la liste des médicaments à travers la liste de traitements? Cela me pose question.*

Dr. Mathonet : Lorsque vous avez par exemple 50 résidents, vous connaissez bien entendu vos patients mais vous ne connaissez pas tous les médicaments qu'ils prennent. D'autant plus si pendant la dernière semaine par exemple, un spécialiste a ajouté une autre molécule ou si la semaine d'avant, on a peut-être enlevé quelque chose. Le médecin traitant connaît ses résidents mais il y a parfois des changements et donc ceci permet d'éclaircir les choses et quand on veut moins de 5 molécules par patient, ça permet aussi bien au médecin qu'à l'équipe soignante de réaliser sur papier le nombre réel de médicaments que le résident prend. C'est une façon de prendre conscience du problème de la polymédication. On en est conscient, on sait qu'il y a trop de médicaments, mais comment faire bouger les choses ? Commencer par cela. Simplement le prouver : «Mme Y est à 10 molécules, M. Y est à 4...».

Participant : *Mais normalement, un médecin ne va pas prescrire un médicament sans regarder d'abord la liste des traitements qu'il reçoit ?*

Dr Mathonet : Idéalement, le médecin regarde ce que le patient reçoit déjà... Parfois, il est appelé dans une autre chambre par une infirmière alors, il ne regarde pas le dossier et ajoute un médicament. Pour la toux, par exemple. Malheureusement, c'est comme cela que ça se passe. On a tous un problème de temps, que ce soit le personnel soignant ou le médecin traitant. Le médecin qui vient voir 5 patients et suite à la demande du per-

sonnel, se retrouve à en voir 10... Il n'a pas le temps. On essaie aussi de former le personnel soignant. Il faut essayer.

Participant : *En tant que patient, j'ai reçu à un moment donné des prescriptions de 2 spécialistes, un cardiologue et un rhumatologue. Quand je pose aujourd'hui la question à mon médecin traitant pour savoir si je dois continuer mes 10 à 12 médicaments par jour, il me dit «ça a été prescrit par un spécialiste donc je n'y touche pas». Que faire ?*

Dr Mathonet : Comme la pharmacienne dont je vous ai parlé a dit : «On devrait avoir un seul prescripteur : le médecin traitant». Et s'il a des doutes, il peut téléphoner au médecin spécialiste. A force de se battre et de demander les choses, le spécialiste connaît le généraliste et discute avec lui.

Participant : *Vous avez la chance d'avoir deux médecins qui se partagent une grande partie des résidents de votre maison mais ce n'est pas le cas pour la majorité d'entre nous. Nous avons à peu près une trentaine de médecins... J'en ai déjà vu certains qui viennent voir des résidents, qui montent et qui ne vont pas aller voir leur dossier... Je me demande comment discutent-ils avec le résident ?! Je suis sûr que la plupart des personnes qui sont ici vivent la même situation sur le terrain... Sincèrement, je pense que nous sommes tous conscients du problème de la polymédication. Je pense aussi qu'il y a un gros effort de sensibilisation à faire vers les médecins qui doivent d'abord prendre soin de regarder la fiche de médicaments des résidents, qui doivent regarder quelles sont les interactions entre les médicaments qu'ils prescrivent et peut-être aussi penser à en réduire certains. Ça, c'est le 1^{er} volet. Le 2^{ème} volet est qu'il y a des résidents qui prennent des médicaments depuis longtemps et qui n'acceptent pas que des médicaments leur soient retirés.*



«Le juste usage des médicaments en MRS : entre bon sens et libre choix»

*Dominique BIGNERON, directeur de la maison de repos et de soins
«Domaine des Rièzes et Sarts»*

Je dois vous avouer que j'ai pris énormément de plaisir, tant dans la présentation que dans les questions qui ont suivi, parce que ce que j'ai entendu ici, c'est ce que j'essaie de faire comprendre depuis des années...

Je pense que le monde est en marche et qu'il ne s'arrêtera plus...

J'ai eu l'occasion récemment d'intervenir auprès de médecins généralistes et de médecins gériatres et je rassure mes collègues infirmiers qui sont intervenus avec tant de justesse et de passion ici : oui, il y a des médecins qui se posent des questions et qui veulent changer les choses et cela m'a vraiment fait plaisir.

Je suis directeur d'une maison de repos avec un projet particulier où nous avons placé l'autodétermination au centre de nos préoccupations. L'autodétermination pour nous, ça signifie que seuls les adultes âgés savent ce qui est bon pour eux. Et cela vaut également pour les médicaments.

Il y a de fait une législation qui dit que le patient décide du médicament qu'il doit prendre bien sûr et il a le droit de recevoir une information adéquate quant à ce médicament, à ses effets, à ses interactions possibles et savoir ce qu'il se passe s'il ne le prend pas. Mais en tout cas, le patient décidera de cette prise de médicament ou pas. Seuls nos habitants, nos adultes âgés savent ce qui est bon pour eux et nous ne sommes là que pour les accompagner dans leurs choix, et cela vaut également pour leur médication.

Ça, c'est une première chose.

Ensuite, je me dis que notre santé, c'est la nôtre ! Ce n'est pas celle des enfants, ce n'est pas celle du médecin, c'est la mienne ! Et donc je ne laisse à personne le choix de décider ce qui est bon pour moi ou ce qu'il ne l'est pas.

J'ai souri à plusieurs reprises, Docteur Mathonet, parce que lorsque nous avons ouvert cette maison de repos, nous nous sommes dits : «C'est un projet particulier et malheureusement, les premiers avec lesquels nous allons devoir collaborer pour le mener à bien, ce sont les médecins traitants...». Nous avons donc invité une cinquantaine de médecins de notre région, en leur disant que nous allions leur parler de ce que nous allions vivre ensemble et que c'était important qu'ils soient là.

À votre avis, sur la cinquantaine de médecins traitants invités, combien ont répondu à l'invitation ? Zéro...

Donc quand je dis, sur le ton de la provocation : «Ne confiez pas votre santé à votre médecin !», c'est malheureux et pathétique, mais presque vrai...

Nous avons notre pharmacienne avec qui nous collaborons, et notre équipe, c'est tout.

J'ai souri lorsque le médecin a parlé de ce médecin coordinateur qui disait «Plaisir, vin, câlins...». Au Domaine, on ne fait que ça, en fait : le vin, certainement, les baisers, les embrassades, les contacts... C'est notre métier de faire ça, donc je vous invite à le faire. Ça ne coûte rien, ça ne demande pas de personnel en plus, ça demande juste l'envie d'être là et de faire cela.

Un jour, une de nos habitantes prenait son petit-déjeuner. Elle avait 13 médicaments à prendre. Je me suis demandé comment c'était possible qu'un médecin prescrive une monstruosité pareille... Cette dame avait des problèmes d'estomac en plus ; comment voulez-vous qu'elle ait encore envie de manger après avoir ingéré ses 13 médicaments ?

Je me bats avec mes collègues ici présents depuis des années... Ce sont les médecins traitants qu'il faut convaincre. Nous, nous sommes convaincus, nous savons que nous prescrivons mal et trop.

Évidemment, il y a aussi un travail de la part des médecins, mais un travail qui ne paie pas, c'est de prendre le temps de dire à leurs patients : «Voilà, je vais enlever ceci, pour telles raisons, je vais changer votre traitement, pour telles raisons»... Ça prend du temps et ça ne paie pas... Peut-être y a-t-il une valorisation à défendre de ce que coûte une consultation lorsqu'on prend le temps de faire son métier correctement...

J'étais kinésithérapeute avant d'être directeur dans cette maison de repos. Je me souviens d'un médecin qu'on appelait Speedy Gonzalez. J'étais dans le couloir et j'ai fait signe à mes collègues que le médecin arrivait. Nous avons compté exactement une minute entre le temps où il est entré dans la chambre et le moment où il est reparti... Comment voulez-vous que ce médecin ait une intelligence consciente et globale de ce dont son patient a besoin ? C'est impossible, évidemment...

Sans compter les médecins qui arrivent presque exclusivement pendant le temps de midi, au moment du repas ou à des heures complètement impossibles... Ils ne peuvent pas faire ça. Ils ne peuvent le faire que dans des maisons de repos où ils ont des patients captifs, qui les attendent malheureusement et des soignants professionnels qui sont à leurs bottes. Je me révolte contre cela !

Madame parlait d'une équipe fédérée autour de l'idée, l'équipe doit être fédérée, elle l'est chez nous, et cela commence par moi.

Quand je constate que les médicaments ne sont pas donnés, mal donnés ou en inadéquation avec ce que nous dit notre adulte âgé, j'interviens : je prends mon téléphone, j'appelle le médecin pour dire que ça ne va pas, que ce n'est pas correct... Et je lui redis que c'est la santé de notre habitant, pas la sienne... On fait des réunions, on voit les médecins, on leur dit les choses clairement, mais il est vrai que c'est un combat quotidien. Il n'est pas perdu, au contraire, les mentalités sont en train de changer et je pense que cela va changer, non pas grâce aux médecins, mais parce que les vieux que nous serons ne seront plus jamais les vieux que nous accompagnons... Nous avons une conscience citoyenne et critique beaucoup plus aiguisée qu'eux ne l'avaient. Donc nous n'allons plus supporter d'être accompagnés de la sorte. Et c'est cela qui va faire changer les choses. Et ce qui est vrai pour la médication le sera aussi pour l'alcoolisation, la sexualité, pour le respect de décisions, du matin au soir... C'est la même vérité. Les gens de demain ne sont plus les gens que nous accompagnons aujourd'hui, et tant mieux !

Je me souviens avoir vu une émission qui s'appelait «Médicaments, la vieillesse en otage¹» et là, il ne s'agit pas d'un médecin coordinateur un peu original comme celui dont Madame a parlé, mais bien d'un des plus grands gériatres français qui affirme qu'au-delà de 80 ans, les médicaments, c'est trop tard, le train est passé...

Arrêtez de donner des médicaments à des gens au-delà de 80 ans, ça ne sert à rien ! Et dans la majorité des cas, les médicaments qu'on leur administre sont plus dangereux que la pathologie contre laquelle ces médicaments sont censés lutter.

Je me suis senti conforté dans ce reportage, c'est juste du bon sens. Et c'est le titre de mon intervention, c'est une question de bon sens : à quoi ça sert de donner un médicament pour la tension artérielle à une personne qui a 97 ans, qui est grabataire, désorientée... ? Ça ne sert à rien. Ce qu'il lui faut, c'est VIVRE !

Et dans la liste des recommandations, deux choses m'ont un peu fait tiquer : en premier lieu, j'aurais mis la VIE, moi. Où est la vie, en fait ? Dans les méthodes alternatives au traitement de la dépression, je pense tout simplement que continuer à vivre dans vos institutions rendrait les habitants bien moins déprimés !

¹ Marie Bonhomme (réal.), Médicaments, la vieillesse en otage, Paris : France 5, 2015.

La seconde, c'est que toutes les choses présentées - et ce sont de bonnes choses - l'étaient sous forme de thérapies : jardin thérapeutique... Au Domaine, on a juste un potager... Des chiens thérapeutiques... Au Domaine, les gens ont juste leurs animaux de compagnie... Pourquoi avons-nous besoin, en tant que soignants, de tout ramener à de la thérapie ? Laissez juste la vie s'exprimer, et je pense que les gens seront bien moins déprimés.

Je vais passer la parole à ma collègue et infirmière coordinatrice. Je suis content qu'elle soit à mes côtés aujourd'hui parce que parfois, quand je tiens le même discours, on me dit «oui, mais vous n'êtes que le directeur... sur le terrain, ce n'est pas possible».

Donc Noémi vous dira comment elle voit les choses et comment elle les pratique.

Merci

*Noémi BLANCHET, Infirmière coordinatrice de la maison de repos
«Domaine des Rièzes et Sarts»*

Bonjour à toutes et tous,

Effectivement, en pratique, on le sait bien, c'est difficile de «gérer» les médecins. De notre côté, nous avons eu beaucoup de difficultés à l'ouverture du Domaine, il y a 8 ans.

45 lits au départ, nous en sommes maintenant à 79. Nous étions 2-3 infirmières face à une dizaine de médecins traitants, dans une région rurale avec des médecins de famille qui avaient l'habitude de gérer la vie de leurs patients de A à Z. Nous n'avons pas envie de cela. Nous avons envie que ce soient les habitants qui gèrent leur vie...

Cela a donc été un peu difficile au départ, parce qu'il a fallu imposer aux médecins d'écouter les patients, ce que beaucoup n'avaient pas l'habitude de faire... surtout en maison de repos. Je pense qu'au domicile, encore, les médecins écoutent plus.

En maison de repos, de toute façon, il y a les équipes soignantes qui sont là pour écouter les habitants, pour repasser les notions importantes et le médecin va gérer juste avec ça...

On a donc démarré comme cela et on va toujours dans le même sens, avec les nouveaux collègues également : quand un habitant rentre au Domaine, avec le médecin traitant qu'il choisira - si ce n'est pas celui qu'il avait auparavant -, on va essayer de voir quels traitements peuvent être tout de suite supprimés et voir après éventuellement à en réintégrer quelques-uns petit à petit ou à trouver autre chose.

Ça, c'est le boulot du médecin. En tout cas, c'est notre boulot à nous d'aller dire «Euh non, ce n'est juste pas possible, il y a 12-13 médicaments à l'entrée, il faut revoir ça...». Avec l'habitant, toujours.

Effectivement, des habitants ont leurs médicaments depuis 15 ans et ne veulent pas en changer. On va les laisser faire parce que c'est leur choix, c'est leur vie, leur santé et c'est eux qui la gèrent. Nous sommes là pour les accompagner dans leur décision, auprès de leur médecin, mais aussi de leur famille, ce qui n'est pas toujours évident.

Quand on va chez le médecin, vous et moi, on en ressort avec une liste de médicaments. Je vais à la pharmacie, je dis «ça, ce n'est pas la peine de me le donner, je ne le prendrai pas». Nos habitants ont le même droit. Ce n'est pas parce qu'ils sont en institution que le médecin ou l'équipe soignante devient «chef de santé». Non, l'habitant

est au centre donc oui, on se bat pour que le médecin les écoute.

Mais dans les faits, ça se passe plutôt bien. Notre philosophie est de ne pas courir auprès du médecin dès qu'on a un comportement déroutant. On va justement favoriser encore et encore l'accompagnement humain plus que toute autre thérapie : être là, écouter, toucher, regarder, sourire... voilà. Le principal de la thérapie sera déjà fait.

Une particularité du Domaine, c'est que tous les soignants sont en civil. On n'est pas dans un lieu de vie genre annexe d'hôpital, tous en blanc dans nos beaux uniformes. Chez nous, on leur propose un lieu de vie et pas un lieu de soins. Bien sûr, nous sommes une maison de repos et de soins, mais c'est quand même triste de se dire que si on rentre en institution, c'est forcément pour se reposer et être soigné, alors qu'il s'agit de vivre encore plein de choses. Tant qu'on le croit, c'est possible.

On est entre adultes, dans une institution, certes, mais entre adultes et chacun va aider l'autre comme il le peut, avec ses compétences et en fonction des besoins de l'autre. Ça peut être moi qui ai un besoin... et un habitant qui a ses compétences peut réussir à le combler. Là aussi, c'est de la thérapie parce que la personne va encore se sentir adulte, avec du sens, avec une utilité et c'est important d'être utile à la société. L'habitant est là aussi pour nous, pour donner un coup de main, pour être solidaire avec des habitants plus dépendants, avec les équipes. C'est la vie, cela se fait naturellement, nous n'avons rien forcé et c'est de là je pense que la thérapie médicamenteuse pourrait aussi être moindre.

Vous devez rester, vous, soignants, persuadés du bienfait d'être simplement là plutôt que donner un traitement et vous tenir bien droit devant les médecins. On est une équipe autour d'un habitant, le médecin prescrit, oui, mais si en tant qu'infirmière, je ne suis pas d'accord avec la prescription, je propose d'acter mon désaccord en notant que moi, je n'administrerais pas le traitement. Bien sûr, je l'acte, je donne les informations à mes collègues, et si l'habitant me dit non, je n'irai pas donner un médicament à un habitant qui n'en veut pas. Tout le monde au Domaine fonctionne comme cela. Si le médecin traitant veut le donner, il devra lui-même venir jour après jour donner le traitement à un habitant qui n'en veut pas...

On a vraiment cette volonté, et je pense qu'il faudrait que tout aille dans ce sens-là, que ce soit notre habitant qui soit au centre des décisions sur tout ce qui le concerne. À partir de là, on va certainement beaucoup moins médicaliser. Voilà, laissons la parole à nos habitants, le médecin traitant n'est en aucun cas leur chef.

Questions - Réponses

Participant : *Vous avez parlé de différents médecins, mais je n'ai pas entendu le terme médecin coordinateur. J'imagine que vous en avez un aussi, qui fait partie de votre équipe ?*

Je voulais savoir comment se passe le travail avec lui en tant que coordinateur ?

Noémi Blanchet : Effectivement, nous avons un médecin coordinatrice. Sans être présente dans cette recherche, elle a bien compris la démarche et nous appuie pour ses patients. On a fait une grosse réunion avec toute l'équipe pour parler de ce non-intérêt de polymédiquer des habitants qui ont 85-90 ans avec des traitements dont les tests ont tous été effectués sur des patients avec des bons reins de 25 ans ! Après cette réunion, notre médecin coordinatrice a repris les traitements de tous ses habitants et a coupé en masse dedans. On était bien contents !

Quand nous avons à faire à un médecin traitant qui n'entend rien et auquel on s'oppose sans arrêt, on retourne voir notre médecin coordinatrice et on lui explique. Elle l'appelle et fait en sorte que ça passe. Elle n'est pas moteur mais elle nous suit et c'est très important.

Participant : *J'entends que vous refusez de donner des médicaments sans l'accord du résident, ce qui est tout*

à fait légal. Mais est-ce que vous informez directement le médecin ? Comment faites-vous ?

Noémi Blanchet : Je refuse de donner un traitement si un habitant n'en veut absolument pas ! Ce n'est pas moi qui vais décider de ne pas lui donner. Effectivement, je l'acte tout de suite, mais souvent, ça arrive dans un contexte où on avait remarqué depuis plusieurs jours que l'habitant était malade ou qu'il en avait marre des traitements aussi... Ça, c'est régulier.

On appelle le médecin, rarement pressé d'ailleurs, pour lui dire que c'est acté dans le dossier parce que l'habitant n'en veut pas. Si le médecin n'est pas d'accord, je lui dis que je ne vais pas boucher le nez de l'habitant pour lui faire avaler son médicament, et faire passer un verre d'eau derrière et que c'est à lui d'aller discuter avec l'habitant !

On suit la décision de l'habitant. Et on va essayer de les motiver à parler de la quantité de médicaments avec leur médecin.

Participant : *Comment faites-vous avec une personne atteinte de démence ? Elle ne pourra pas dire si elle en veut ou pas...*

Noémi Blanchet : Avec nos habitants désorientés, nous fonctionnons de la même manière.

À partir du moment où la personne ferme la bouche devant une cuillère remplie de médicaments, j'estime que la personne a fait son choix.

Ce n'est pas avec nos habitants désorientés que le problème se pose : ce sont des habitants bien orientés qui disent : «Maintenant, je n'en veux plus, arrêtez de me donner cela !».

Participant : *Quand vous avez les familles qui rouspètent ?*

Dominique Bignerou : Il faut une fois de plus sortir du cadre strict du médicament.

À l'entrée au Domaine, nous avons une charte de valeurs. Elle est présentée à tout intervenant au Domaine, qu'il soit notre futur habitant, sa famille, un médecin, des étudiants, des stagiaires ou des futurs professionnels qui postulent. Personne n'entre au Domaine sans avoir validé le fait que la personne qui va décider de son avenir au Domaine, c'est le futur habitant lui-même, c'est l'adulte âgé. C'est écrit en toutes lettres. Donc quand je rencontre une famille, je ne m'adresse qu'à l'habitant dans un premier temps, qu'il soit capable ou pas de m'entendre. En général, même des gens considérés comme incapables retrouvent des capacités simplement parce que je les interpelle, que je les regarde et que je leur parle, à eux et pas à leur famille...

On a des exemples incroyables : des familles qui nous disent «Elle ne comprend pas, ça ne sert à rien». La maman se retourne et nous dit «Mais si je comprends très bien !», alors que ça faisait deux ans qu'elle ne parlait plus, puisque ça faisait deux ans qu'on ne lui avait plus adressé la parole pour lui demander son avis. On voit ça très régulièrement.

Donc les choses sont posées, le cadre dit «Chez nous c'est comme ça» et à ce moment-là, j'attends une validation par écrit. Et donc les gens m'écrivent : «Voilà, nous avons lu votre projet institutionnel, ces valeurs-là sont les nôtres, et c'est ce que nous voulons vivre ensemble».

Forts de cela, c'est beaucoup plus facile de pouvoir dire à une famille qu'elle a validé l'idée que son parent allait continuer de décider pour lui-même. Régulièrement, nous avons des réunions avec les familles sur l'idée que le parent veut décider.

Par exemple quand les gens refusent de manger... Que se passe-t-il si un vieux de 95 ans ne mange plus ? Il va mourir, c'est sûr... Voilà, on est tout de suite confronté à la finitude et donc ce sont des questions dramatiques

pour les familles. Elles ont un chemin à faire et nous les accompagnons dans ce chemin-là, mais les choses ont été dites avant.

Participant : *Je voulais savoir quelle était la proportion de vos résidents qui refusait les médicaments ? Et si c'était sur base de l'inconfort qu'ils avaient à les prendre ou simplement à cause du nombre, parce que nous avons entendu plusieurs fois qu'on leur donnait une cuillère avec 18 médicaments...*

Noémi Blanchet : Le nombre qui refuse clairement n'est pas énorme. C'est par rapport à un traitement qui a été essayé et qui ne convient pas ou par rapport à un traitement qui a le même nom, mais qui a changé de molécules... On est frontaliers avec la France donc il y a aussi la gestion des traitements français pour nos habitants français...

Ce sont des personnes très bien orientées qui à un moment donné disent «Stop, moi je suis dans ma période bonus, tout ce que je vais vivre en plus, c'est tant mieux. Mais j'ai vécu tout ce que j'avais à vivre, maintenant, j'en ai marre, je ne veux plus m'attacher à ça ».

À 85 ans, ayez du diabète ! Le plaisir de manger, il est là et les effets secondaires du diabète se manifesteront dans quelques années... La vie avant tout, clairement !

Donc la proportion de refus de médicaments, elle est infime, mais quand elle arrive, il faut l'écouter parce que souvent, il y a une vraie réflexion derrière, une philosophie de vie qu'il faut entendre.

Participant : *J'ai une question par rapport à vos tenues. Vous dites que vous ne mettez pas d'uniforme. En travaillant en civil, quand vous rentrez chez vous, dans les cas d'épidémies de gastro par exemple, comment faites-vous ?*

Noémi Blanchet : J'ai dit «civil», pas que je restais habillée toute la journée de la même manière ! On a quand même des vestiaires, une buanderie et on peut tout à fait gérer nos vêtements, mais chacun peut les choisir. On ne doit pas être habillés pareil.

On n'est pas complètement fous ! Dans les cas d'isolement, on a tout ce qu'il faut niveau matériel : gants, masque, blouse, sur-blouse pour nous protéger.

Maintenant, j'ai une question : Le médecin traitant met-il une blouse pour rentrer dans les chambres ?

- ...

- Voilà !

Participant : *Je voulais savoir si un travail avait été fait par rapport au projet de soins personnalisés anticipés avec les médecins et si oui, comment faites-vous avec les personnes désorientées ?*

Noémi Blanchet : Pour ceux qui arrivent avec une désorientation légère, avec qui on peut discuter, poser les choses, ça va. Mais on en a quelques-uns qui sont arrivés au Domaine et avec qui la discussion ne pouvait plus avoir lieu et où la famille n'était pas vraiment proche...

Participant : *Mais quand elle peut avoir lieu, il n'y a pas de projet de soins qui a été fait ?*

Noémi Blanchet : Non... Pour le moment nous avons des documents que nous remplissons de manière assez aléatoire, nous sommes en train de travailler là-dessus en équipe en tout cas, et les médecins sont au courant. Et quand on arrive sur une fin de vie, on convoque une réunion médecin/famille/habitant/équipe et on pose les choses à plat pour savoir ce qui est bon pour lui et pour que tout le monde aille dans le même sens auprès de l'habitant. Les médecins sont quand même au courant quand l'état de l'habitant se dégrade, et de ses volontés quand nous en sommes informés. Mais il y a encore un gros travail à faire à ce niveau-là, pour qu'il y ait plus de régularité...

Participant : *Nous sommes encore dans un système où le médecin est tout-puissant, et où le patient se place comme objet de soins. Dans le droit au refus de médicaments, il peut avoir un discours avec vous en tant que soignant et un discours différent après avoir le poids du médecin et justement la manière de communiquer. Avez-vous déjà eu à faire à ce problème-là et comment le gérez-vous ?*

Noémi Blanchet : Je profite de la prochaine visite du médecin traitant, je vais dans la chambre avec lui en lui disant : «Docteur, on est confronté à ceci, lui nous dit une chose, apparemment, vous lui avez dit autre chose...». On n'est pas là pour juger, pour forcer quoique ce soit, juste pour avoir la même écoute. On se rend compte parfois que le médecin, l'air de rien, tente de manipuler l'habitant...



«Moins prescrire ou mieux prescrire»

Dr. Gérard MARIN, médecin de famille et médecin coordinateur en maison de repos pendant 15 ans

Bonjour,

Je suis Gérard Marin, médecin de famille. Je tiens à ce titre-là plutôt qu'à mon grade universitaire ou mes diplômes. Cela fait environ quarante ans que j'exerce comme médecin de famille et quinze ans comme médecin coordinateur en maison de repos.

Prescrire moins est-ce prescrire mieux ? Et vice et versa, est-ce que prescrire mieux, c'est prescrire moins ? C'est une question que l'on doit se poser tous les jours, à chaque fois que l'on fait une ordonnance ou qu'on administre un traitement. Est-ce justifié ? Je ne voudrais pas entrer dans une politique de culpabilisation, car l'essentiel n'est pas de savoir si nous sommes coupables de trop prescrire - je rappelle que si les médicaments n'avaient pas été inventés, je ne serais peut-être plus là pour vous parler. Les médicaments ont donc une place, et c'est leur utilisation judicieuse qui est importante.

J'aime le tonus de monsieur Bignerone¹ et je pense que son concept d'«habitant» est très important et très original. Je pense que c'est un concept magnifique de dire que nous avons affaire à des habitants qui doivent être respectés en tant que tels. Je crois que c'est le message du jour.

Nous avons à manager nos anciens - d'après les critères de l'Inami, de l'OMS, etc., nous sommes quelques-uns ici à faire partie des anciens, des vieux, des seniors, appelons-les comme on veut. En ce qui me concerne, j'aime l'idée qu'«être vieux, c'est être jeune plus longtemps que les autres»². Être jeune plus longtemps que les autres, c'est ce qui est le plus important.

Pour revenir au sujet du jour, constatons que tout augmente : le nombre de personnes âgées, mais également le nombre de personnes en bonne santé - c'est important de le souligner, car c'est la conséquence du travail, qu'ensemble, nous les soignants faisons. Le nombre de médicaments augmente aussi de façon exponentielle ainsi que le nombre d'événements iatrogènes, c'est-à-dire les ennuis que l'on peut rencontrer lorsqu'on prend des médicaments, par exemple un saignement lorsqu'on prend une aspirine ou un anti-inflammatoire - c'est le sujet du jour.

Tout augmente, sauf le nombre de médecins généralistes. Dans certaines régions, le nombre de médecins est problématique (il en va de même pour le nombre de médecins coordinateurs). Les normes d'encadrement du personnel soignant sont inadaptées. Pourtant, je constate tous les jours la qualité et les bonnes volontés du personnel soignant et ce, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles ils exercent. Ils sont toujours au top. Je tiens à le souligner. On parle beaucoup des moyens financiers pour améliorer la qualité des soins, mais en réalité, on ne met pas les moyens sur la table.

La population aura triplé entre 1950 et 2025. C'est une réalité démographique connue depuis bien longtemps, mais nos décideurs n'en ont pas bien pris la mesure. Le nombre de personnes âgées va, quant à lui, augmenter six fois, et c'est une chose qu'il faut prendre en compte et qui va nous suivre pendant les vingt cinq ans à venir.

L'espérance de vie augmente, quelles qu'en soient les raisons (elle est de 78-80 ans), bien qu'elle n'augmente actuellement plus de la même façon (même si certains prétendent qu'on peut vivre au-delà de 120 ans). Le nombre de centenaires a doublé en quinze ans. Il y a actuellement plus ou moins 120 000 personnes en maison de repos et il existe environ 2 000 institutions résidentielles en Belgique. Il y a déjà sept ans, un rapport du KCE incitait à prendre ces chiffres au sérieux³.

¹ Ndlr : intervenant précédent, directeur de la maison de repos « Domaine des Rièzes et Sarts ».

² Phrase humoristique tirée de la bande dessinée Le Chat.

³ Van den Bosch, Karel, Willemé, Peter, Geerts, Joanna, Breda, Jef, Peeters, Stephanie, Van De Sande, Stefaan, Vrijens, France, Van de Voorde, Carine et Stordeur, Sabine, Soins résidentiels pour personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025, Health Services Research (HSR), Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Bruxelles, 2011.

Pourtant, avez-vous entendu un seul message politique, de quelque bord qu'il soit, affirmant qu'à partir de 2025, on devrait prévoir telle ou telle chose pour les personnes âgées ?

Quelques chiffres : en Région wallonne, chaque résident en maison de repos consomme en moyenne sept à dix médicaments différents par jour, dont 39 % sont consommés par 12 % des patients âgés de plus de 70 ans. Il y a là effectivement un problème.

Ce qui m'interpelle également, c'est le gaspillage, puisque cinq mille tonnes de médicaments périmés sont détruits chaque année en Belgique - imaginez le problème à l'échelle mondiale !

Les gens ont besoin d'aide pour prendre leurs médicaments (par exemple, la démence multiplie le risque d'ennuis par neuf, ce qu'on peut compenser en aidant la personne à prendre ses médicaments). Les Américains ont fait une étude sur les maisons de repos et ont conclu qu'il se produit au moins 2 événements iatrogènes médicamenteux par mois pour 100 résidents, dont 51 % sont évitables, ce qui pose question et nous fait réfléchir.

Notre invitante du jour, Madame Mara Barreto et son équipe, a publié trois beaux rapports lors des dernières années. Il ne s'agit pas d'une étude scientifique qualitative exhaustive, mais elle a analysé très sérieusement la manière dont les seniors vivent la relation avec leur médecin : «*La prescription pendant, avant et après*⁴». «*Personne âgée et polymédication : une union de fait*⁵». C'est une question très interpellante et peut-être que quelques-uns dans l'assistance ont participé à ces études. Et enfin, «*La déprescription en maison de repos, pas de médicaments, du vin, des câlins et de la morphine*⁶». Je veux bien le vin, les câlins, mais la morphine plus tard [rires].

Comment les seniors vivent-ils la relation avec leurs médecins ? Ces derniers sont leur source principale d'information. Or je crois qu'il y a un problème à ce niveau et, comme vous l'avez souligné, il faut toujours balayer devant sa porte.

Le « maillon faible » dans cette problématique, c'est le médecin traitant. Je vais parler pour ma chapelle, et je n'ai pas peur de m'interpeller à ce sujet-là - Dr. Mathonet⁷ l'avait déjà fait, Monsieur Bigneront l'avait souligné, et je crois que c'est un réel problème pour nous, médecins coordinateurs de maison de repos : comment sensibiliser le médecin traitant à l'approche de la prescription judicieuse de médicaments ?

C'est un réel problème et je n'ai que des ébauches de solutions, comme la création de chartes. Je conçois bien qu'interroger notre manière de prescrire soit fatiguant, que parfois on se lasse et que l'on revienne aux vieilles pratiques. Mais il y a des outils qui peuvent vous aider. Un vrai dialogue entre le médecin, le patient, l'habitant, doit être instauré alors qu'on constate une absence de concertation entre le patient et le médecin.

Lorsqu'un médecin donne un médicament, il doit expliquer à son patient pourquoi il lui est prescrit et comment il doit être pris, ainsi que ses effets positifs et négatifs. On est dans une relation de personne à personne et il faut que les patients sachent à quoi s'en tenir.

Le rapport dépendance-expertise qui se noue autour du patient et du médecin doit évoluer vers un mode beaucoup plus symétrique et beaucoup plus convivial. Il faut toujours trouver une solution qui puisse être acceptable pour les uns et les autres. Prendre un médicament, quel qu'il soit, n'est pas anodin.

En ce qui concerne la polymédication des personnes âgées, on sait que les gens aiment bien prendre un

4 Mara Barreto, Comment les seniors vivent-ils la relation avec leur médecin? La prescription : avant, pendant et après..., Étude mise en ligne sur le site internet d'Espace Seniors (<http://www.espace-seniors.be>, consulté le 21 nov. 2017), Bruxelles, 2016.

5 Mara Barreto, Personne âgée et polymédication : une union de fait, Analyse mise en ligne sur le site internet d'Espace Seniors (<http://www.espace-seniors.be>, site consulté le 21 nov. 2017), Bruxelles, 2016.

6 Mara Barreto, (Dé)prescription en maison de repos : pas de médicaments, mais du vin, des câlins et de la morphine?, Analyse mise en ligne sur le site internet d'Espace Seniors (<http://www.espace-seniors.be>, consulté le 21 nov. 2017), Bruxelles, 2016.

7 Ndlr : intervenante précédente, médecin de famille et médecin coordinatrice de la maison de repos « Anne Sylvie Mouzon ».

médicament, et en particulier en Belgique, alors qu'il y a d'autres moyens de soigner.

Mais les campagnes (qui coûtent par ailleurs beaucoup d'argent) seraient peut-être mieux utilisées si on pouvait interpeller directement les acteurs de la santé. Il ne faut pas négliger l'influence des lobbies pharmaceutiques dont la puissance de communication est assez phénoménale - Monsieur Jadot l'a rappelé. Nos ministres de santé publics successifs ont permis régulièrement de faire de la publicité pour des médicaments à la télévision et la radio, ce qui est particulièrement choquant. Il faut interpeller nos députés et sénateurs et tous ceux qui ont éventuellement un rôle à jouer dans cette affaire.

Il faut également un empowerment des seniors, c'est-à-dire leur participation active. Ils doivent prendre leur place dans cette problématique. Et, si dès maintenant, nous faisons une démarche pour évaluer ce que nous prenons comme médicaments en tant que citoyens, jeunes et moins jeunes, afin d'avoir une réflexion et un dialogue constructif avec nos médecins traitants à ce sujet-là ?

«Pas de médicaments, mais du rêve, des câlins» : c'est une utopie que tout le monde poursuit et Monsieur Perino⁸ est évidemment un grand provocateur lorsqu'il fait cette affirmation. En effet, les expériences de terrain montrent la grande difficulté des médecins coordinateurs à mener une réflexion sur ce sujet. Il faut conscientiser les infirmières et le personnel soignant ; c'est un travail de tous les jours.

Le rôle des infirmières est fondamental : lorsque j'ai commencé ma carrière de médecin coordinateur, elles attribuaient au médecin un pouvoir absolu, mais elles ont introduit progressivement le ver dans la pomme en interrogeant la prescription du médecin (lorsque, par exemple, elles nous demandent s'il faut vraiment donner un anti-inflammatoire à une personne de 85 ans ?). Mais pour faire cela, elles doivent argumenter, et c'est un travail de longue haleine. Je suis un adepte du principe de Guillaume d'Orange pour qui «point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer». Et il faudra beaucoup de temps.

Le problème de la déprescription est un travail de tous les jours, qui doit être sans cesse remis sur le métier. La formation est essentielle, ainsi que le travail en équipe et l'interdisciplinarité. Cela s'apprend, ce n'est pas quelque chose qui est subitement décrété et décidé. C'est une culture et une philosophie, qui n'étaient pas valorisées lorsque j'ai commencé ma carrière de médecin généraliste.

La fonction de médecin coordinateur m'a fait découvrir le travail interdisciplinaire, avec les infirmières, les aides-soignantes, le logopède, le kiné, les assistants sociaux, les femmes de charge (qu'on oublie toujours alors qu'elles ont un rôle fondamental auprès des résidents).

Les événements iatrogènes médicamenteux, ce sont les ennuis qui arrivent lorsqu'on prescrit un médicament inapproprié à quelqu'un. On peut toujours avoir le réflexe de vouloir éviter ces prescriptions inappropriées, mais il serait plus intéressant de savoir comment prescrire correctement. Ces événements coûtent cher : l'équipe du docteur Bootman a calculé en 1997 que, pour 1 euro dépensé pour l'achat d'un médicament, il y avait 1,33 euro de frais pour la prise en charge des conséquences thérapeutiques délétères⁹. Une prescription appropriée permet un traitement efficace aussi sûr que possible et devrait être à un prix acceptable.

En 2005, l'Ordre des médecins a posé le problème de façon très précise : un traitement médical doit dégager un bénéfice thérapeutique, sinon il perd sa justification et doit alors être arrêté. Tout traitement doit être prescrit au bénéfice du patient (et pas de la maison de repos, de l'INAMI ou du médecin lui-même).

Nos résistances au changement sont toujours assez grandes, c'est pourquoi tout changement doit être expliqué et faire l'objet d'un effort de pédagogie, que l'on soit médecin, directeur de maison de repos ou patient. Ce changement est indispensable pour trois raisons : une rationalisation de la pratique, des économies et une

⁸ Ndlr : Luc Perino est médecin et écrivain.

⁹ Bootman, J. et D.L. Harrison et E. Cox, « The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities », Archives of Internal Medicine, 157 (18), p. 2089-2096, 1997.

meilleure santé publique. Les trois à la fois, c'est ce qu'on nous souhaitons, et parfois on peut y arriver.

Comment atteindre cet objectif ? La loi du 9 mars 2014 nous impose l'utilisation d'un formulaire pharmacothérapeutique (sorte de guide de bonnes pratiques). Mais pour bien faire, il faudrait aussi créer des comités de concertation afin de discuter des prescriptions de chaque habitant et de leur pertinence. Ce comité ne conclurait pas nécessairement à l'excès de la prescription. Par exemple, le patient d'un de mes amis a été envoyé en CHU, où sa consommation de médicaments a été inspectée au peigne fin par l'interne.

Ce patient, qui prenait une bonne dizaine de médicaments, est sorti avec exactement la même prescription... plus un médicament (le calcium, qui ne sert à rien !).

Deuxième exemple : dans ma maison de repos, une vieille dame de plus de 85 ans est totalement désorientée et grabataire. Nous désirions la placer en situation palliative et nous avons convoqué, pour en discuter, l'infirmière en chef, l'aide-soignante, le médecin traitant et le mari. Le médecin traitant était contre (il craignait de faire mourir sa patiente), mais on a discuté collectivement de l'ensemble des médicaments qui lui étaient prescrits en routine. Cette réunion lui a permis d'avoir une réflexion sur la manière dont il prescrivait.

Contester ou interroger les prescriptions suppose de créer un dialogue et une discussion ainsi qu'une prise de responsabilité des soignants. Il faut pour cela des accords entre le médecin traitant, le médecin coordinateur, le pharmacien, l'infirmière en chef. On va systématiquement nous opposer la liberté thérapeutique du médecin, mais il faut garder en mémoire que le traitement doit profiter au patient. La notion de liberté thérapeutique n'a pas pour but de protéger le médecin, mais bien le patient.

Le médecin coordinateur a pour obligation de mettre un formulaire à jour dans les maisons de repos, mais cette obligation est plus théorique que pratique, dans la mesure où le formulaire est mal adapté à la réalité de sa pratique. Une des manières de stimuler les médecins coordinateurs serait d'agir au niveau des cercles de médecin, car ils régulent l'activité médicale. De même, l'utilisation de formulaires médico-pharmaceutiques, la prescription de médicaments les moins chers ainsi que le recours aux prescriptions électroniques peuvent nous aider. Nous avons quand même un petit moyen de pression sur les médecins via leurs cercles et il est possible d'aller les rencontrer dans les journées de formation (malheureusement, si on les invite chez nous, ils ne viennent pas).

Réguler, c'est éventuellement restreindre la prescription de médicaments à certaines conditions. Mais la formation et le feedback sont également importants, ainsi que la collaboration interdisciplinaire. Dans ce cadre, le rôle des infirmiers est prépondérant, car ils observent les effets secondaires qu'ils peuvent communiquer au médecin traitant en l'inscrivant dans le cahier de soins.

La notion de pharmacien référent est une bonne chose dans cette perspective, à condition qu'il soit formé. Cela permettra de faire une grille de traitement. J'aime aussi l'idée de pharmacie clinique (ce qui suppose une formation médicale supplémentaire). Ce personnel soignant peut avoir accès au dossier médical du patient en maison de repos et peut conseiller de retirer, ajouter ou adapter les traitements et la posologie. Cela dit, il est important, même sans pharmacien clinicien, que nous ayons une réflexion conjointe du médecin traitant, du pharmacien et de l'infirmière en chef.

Madame Spinewine montre dans une étude menée dans un bon service de gériatrie l'effet de l'intervention du pharmacien clinicien, qui se traduit par une baisse considérable de la charge médicamenteuse supportée par nos patients.

Que doit-on souhaiter de son médecin ? Une prescription simple, claire et réfléchie ; une information sur son traitement (c'est un droit du patient) et une grille posologique. Il doit également faire en sorte d'éviter les mauvaises fenêtres thérapeutiques, les fractionnements et les retards de prescription. Enfin, il doit toujours

réévaluer et, éventuellement, réduire sa prescription. Il s'agit de ne pas diaboliser la prescription, mais de la rationaliser, notamment avec les listes «Stopp and Start». Statistiquement parlant, retirer 1 médicament sur 10 permet de diminuer de 60 % les effets secondaires. Les logiciels de prescription nous donnent toutes les informations sur les interférences, les effets secondaires, ce qui nous facilite beaucoup la tâche.

Par ailleurs, réduire ne suffit pas : il faut toujours donner un médicament à dose efficace. Par exemple, donner 500 mg de paracétamol pour une douleur importante est parfaitement inutile, 250 mg d'amoxicilline pour une pneumonie serait dangereux, car trop faible. Certes, avec les personnes âgées, il faut commencer avec peu, mais il faut donner bien. Enfin, évaluer, expliquer et rassurer est nécessaire. Prendre du temps et donner de l'attention au patient. Or, les médecins vont souvent trop vite et n'ont pas le temps, ou plutôt ne prennent pas le temps.

Il faudrait se poser trois questions au minimum lorsqu'on se trouve face à une prescription de médicaments en maison de repos (ou pour une personne âgée). Y a-t-il des effets secondaires ? Y a-t-il des problèmes médicaux qui ne sont pas traités de façon optimale ? Le patient prend-il correctement son traitement ? En réalité, il y a une dizaine de questions par médicament, mais généralement on les oublie. Pourtant, si on utilise un guide de bonnes pratiques, le nombre d'ennuis diminue de 40 % ! De même, le formulaire en maison de repos est un outil important pour la réflexion et la formation, mais également comme outil de clarification (notamment avec l'usage des génériques, des préparations individualisées, etc.). Ces outils sont de qualité, fondés sur l'*evidence based medicine* (EBM), la médecine par les preuves.

En résumé, il faut que le médecin réfléchisse avant de prescrire - surtout à l'ère des prescriptions informatisées qui instaurent un certain automatisme de la prescription. Informer le patient, ainsi que réévaluer le traitement et songer aux alternatives. Enfin, se concerter encore et encore avec le personnel soignant et les pharmaciens, car l'interdisciplinarité est centrale en la matière. Le médecin peut s'appuyer sur les outils qui sont mis à sa disposition (liste de Beers, Stopp and Start, guides de bonnes pratiques).

Je conclurai en rappelant que Molière, qui n'aimait pas beaucoup les médecins, disait que les hommes ne meurent pas de leurs maladies, mais de leurs remèdes.

«Une société s'apprécie à la façon dont elle traite ses vieux» (Amadou HAMPÂTÉ BÂ, philosophe malien, 1901–1991).

Nous, les vieux, ne nous laissons pas faire : en 2025, nous serons les plus nombreux... Qui vote ? Nous allons représenter un pouvoir électoral majeur. Il faut que l'on exprime nos opinions afin que les choses puissent changer.

Question - Réponse

Mara Barreto : *Quel est le rôle d'un pharmacien dans une maison de repos ?*

Dr. Marin : Dans la maison de repos dans laquelle j'ai été médecin coordinateur, l'institution fait un appel d'offres (qui passe par les marchés publics, en ce qui concerne les CPAS). Les pharmaciens remettent leur offre financière (dont les ristournes, qui ne sont maintenant plus autorisées) et de services. Le pharmacien reçoit les ordonnances via l'infirmière en chef (électronique ou non ¹⁰) et le pharmacien approvisionne la maison de repos une ou deux fois par jour.

¹⁰ À ne pas confondre avec l'ordonnance informatique : l'ordonnance électronique est signée par le médecin grâce à sa carte d'identité.



«La (dé)prescription chez les seniors : de la théorie à la pratique»

*Sophie BECQUET, directrice de la maison de repos
«Les Jours Paisibles» à Baudour*

On m'a invitée aujourd'hui pour vous expliquer la façon dont on procède à la maison de repos « Les Jours Paisibles » où je suis directrice. Je travaille là-bas depuis 18 ans, d'abord comme infirmière et depuis 6 ans comme directrice. J'ai un certain contact avec des médecins depuis le début de ma formation là-bas. Je me permets d'avoir un contact facile, de pouvoir retourner vers eux à chaque fois que le personnel se pose une question par rapport à un traitement.

Au sein de la maison de repos, nous travaillons de manière différente en fonction de chaque résident. Nous avons 3 techniques de gestion des médicaments :

- Nous avons une gestion «autonomie», c'est-à-dire que le résident gère son traitement. Il a tout son traitement en chambre et il a une relation avec le médecin comme au domicile. Le médecin vient lui rendre visite, il prescrit en fonction des besoins du résident. Nous demandons au médecin de, malgré tout, tenir à jour la feuille de traitement au sein du dossier individuel de soin pour pouvoir réagir à tout moment au cas où il y aurait quelque chose qui n'irait pas dans le suivi du traitement par le résident. Nous avons mis en place toute une procédure administrative puisque, pour l'AVIQ, c'est quelque chose qui ne se fait pas. À partir du moment où le résident rentre en maison de repos, il ne peut plus gérer ses médicaments c'est le personnel qui doit le faire. Donc, nous avons créé, en accord avec l'AVIQ, une procédure administrative. Tous les mois, le médecin traitant doit venir signer et donc acter que le résident est toujours capable de gérer ses médicaments. À partir du moment où le médecin traitant trouve que le résident n'est plus capable de le faire, alors nous reprenons, après avoir bien expliqué au résident, la gestion soit partielle, soit totale des médicaments. Je demande alors au personnel d'être très attentif parce qu'une petite infection urinaire, quelque chose qui les tracasse ou une petite démence qui s'installe, peut parfois perturber cette gestion de médicaments. Je demande à l'ensemble du personnel, que ce soient les techniciennes de surface, le kiné, les infirmières ou les soignants, d'être très attentifs à tout changement de comportement. À partir de ce moment-là, on prend contact avec le médecin traitant et on analyse le risque afin de pouvoir lui permettre de continuer à être autonome dans sa prise de médicaments.
- La deuxième façon de procéder, c'est la vérification et la préparation des plaquettes, c'est-à-dire le traitement déjà préparé pour les 4 phases de la journée : matin, midi, souper et coucher. Nous distribuons alors aux résidents la plaquette où les médicaments sont déjà préparés. C'est à eux de les prendre au petit déjeuner, à midi, au souper ou au coucher. Là aussi, on est très attentifs quand on reprend les plaquettes : s'il y a des médicaments qui restent, on les interpelle en disant Tiens, que s'est-il passé, vous n'avez pas pris votre traitement ? » «J'ai oublié, je les prendrai demain». Alors le lendemain, on sera un peu plus attentifs. Et puis «Tout compte fait, je pense que ceux-là, je vais encore les oublier demain » et donc là, on leur propose de passer à la troisième phase...
- La préparation, la vérification et la distribution en chambre, à chaque prise de médicament. Ce cas de figure représente une grosse partie des résidents de la maison de repos. L'autonomie est de moins en moins présente. Les résidents rentrent autonomes, mais passent par les différentes phases de la gestion des médicaments.

Par rapport au sujet du jour, prescription/ (dé)prescription, c'est vrai que l'on ne se pose pas trop la question. Est-ce que l'on prescrit beaucoup ? Est-ce que l'on ne prescrit pas assez ? Est-ce qu'il faut stopper les médicaments à un certain moment ?

On regarde vraiment la situation au cas par cas. Je pense que chaque résident a un parcours de vie, mais aussi un parcours au niveau du traitement qui lui est propre. On doit pouvoir se questionner avec eux, voir quel est l'intérêt d'encore prendre tel ou tel médicament (on parlait du calcium toute à l'heure). On pense parfois, en tout cas, les médecins pensent parfois traiter la douleur en donnant un médicament. Pourtant en le prenant, le résident est encore plus malade parce que les effets secondaires sont ingérables.

On travaille beaucoup en équipe pluridisciplinaire, mais on travaille également beaucoup avec le pharmacien qui, dernièrement encore, est venu donner une formation à la maison de repos sur «Quels sont les médicaments que nous pouvons écraser ? Quels sont les médicaments que nous ne pouvons pas écraser ? Quelles sont les molécules qui peuvent se mélanger ou ne pas se mélanger ?». Cette formation, tout le personnel infirmier l'a suivie, mais aussi le médecin coordonnateur. Il a d'ailleurs demandé au pharmacien de refaire cette formation pour tous les médecins traitants qui passent à la maison de repos. Afin de vraiment les sensibiliser au fait de se dire «Il prend ça, on ne peut pas l'écraser, on ne peut pas le mélanger, est-ce qu'on le garde ? Est-ce qu'on le donne autrement ? En gouttes ? En sirop ? Ou est-ce qu'on se dit tout compte fait, vu ce qu'il prend déjà, on peut peut-être l'arrêter». C'est une façon comme une autre d'aller vers la (dé)prescription ou en tout cas, de prescrire mieux. En tout cas, aller vers l'intérêt du patient, ce qui est vraiment la priorité. Parce que je le répète chaque jour à l'ensemble du personnel de la maison de repos : «On est ici juste pour le bien-être du résident, des résidents».

Je pense que certains résidents peuvent vous dire «Moi, je ne veux plus mes médicaments», «Moi, mon traitement, je n'en veux plus. Je pense que j'en ai pris assez, je ne veux plus ». Alors, nous prenons contact avec le médecin traitant et avec la famille. On veut aussi que les familles soient impliquées dans les choix des résidents. Il est parfois très difficile pour du personnel soignant - il ne faut pas oublier que quand on est infirmier/soignant, on est là pour soigner comme un médecin, on est là pour prescrire - et donc c'est parfois très difficile pour le soignant d'accepter le choix du résident de ne plus se traiter, de ne plus prendre ses médicaments. On fait des grosses réunions : famille, résident, médecin traitant et on invite le résident à expliquer la situation. Pourquoi ne veut-il plus prendre ses médicaments ? Parfois, en sortant de là, le médecin traitant a mieux cerné la situation. «Oui, j'ai compris pourquoi il ne veut pas les prendre». Soit il y en a trop, soit, comme je le disais tout à l'heure, c'est l'antidouleur qui rend le patient malade. Il pense alors que tous les médicaments l'incommodent et il veut tout supprimer ! On va essayer de trouver une autre solution. On est confronté à ce genre de problématique, mais aussi aux résidents déments, désorientés. Chez qui, parfois, je passe dans les étages et je me rends compte qu'il y a une plaquette où tous les médicaments du matin sont encore dedans. Alors j'interpelle le personnel «Tiens, il n'a pas voulu prendre ses médicaments» «Non, il n'a pas voulu prendre ses médicaments », «Il t'a dit ouvertement qu'il ne voulait pas prendre ses médicaments ?», «Non, mais il m'a repoussé, il ne voulait pas prendre ses médicaments». Vous interpellez l'aide-soignante «Tiens, comment il va Monsieur ?» «Ah, il n'a pas voulu déjeuner ce matin». En fait, ce n'est pas qu'il n'a pas voulu prendre ses médicaments, c'est juste que ce jour-là, il y a quelque chose qui le dérange et il ne veut pas. Il faut alors réinsister.

On travaille vraiment en équipe pluridisciplinaire et j'invite vraiment mes collègues à se poser des questions et pas tout de suite mettre une étiquette sur le dos du résident «Voilà, il ne veut plus !». Ce n'est pas qu'il ne veut plus, c'est qu'à ce moment-là, il n'était pas disposé à les prendre. Il faudra peut-être repasser un peu plus tard, l'aborder d'une façon différente et là, il prendra son traitement. Parce qu'il faut être clair, en maison de repos, on

est là pour le bien-être du résident. Je pense que la prise d'un bon traitement améliore le bien-être des résidents de la maison de repos. Parce qu'un résident désorienté, agité, qui a parfois une démence agressive, n'est pas bien quand il est comme ça, c'est sûr. Si on n'arrive pas à lui faire prendre son médicament pour qu'il passe une journée calme, c'est l'ensemble des résidents de l'étage voire de la maison de repos qui n'est pas bien non plus. Puisqu'on ne les isole pas toujours, forcément, on leur demande d'être en contact avec les autres et donc, je pense que chaque cas est différent. Il faut vraiment analyser la situation de chaque résident individuellement.

Questions - Réponses

Participant : *Vous parlez de plaquette que vous donnez au résident. Est-ce juste les médicaments du moment que vous donnez ou est-ce que vous donnez la plaquette pour toute la journée ? Je veux dire avec les personnes désorientées, ne prenez-vous pas le risque qu'ils prennent toute la plaquette ?*

Sophie Becquet : Non. Il y a 3 façons de fonctionner. Il y a la façon autonome où l'on n'intervient pas dans la préparation des médicaments. C'est le résident qui a une pharmacie fermée à clef dans sa chambre. Il a fallu suivre des procédures pour sécuriser tout le monde. Il y a ensuite la préparation sous forme de plaquette pour le matin, midi, souper et coucher et là aussi, il y a une responsabilité du patient. On demande au médecin traitant si le résident est toujours capable de gérer sa plaquette. À partir du moment où il ne gère pas sa plaquette, on reprend les médicaments en gestion complète.

Participant : *C'est ma question, ne courez-vous pas ce risque-là ? On sait que l'oubli, c'est le premier signe de la maladie d'Alzheimer, qui passe parfois inaperçu. On ne se rend pas compte tout de suite.*

Sophie Becquet : C'est pour ça que l'ensemble du personnel est invité à connaître l'ensemble des résidents. L'avantage de cette manière de fonctionner est de pouvoir surveiller sans leur donner l'impression que quand «on rentre en maison de repos, on n'est plus capable de rien»

Participant : *Non, mais il y a un risque qu'un jour un résident prenne toute sa plaquette au lieu du petit carré qui était prévu...*

Sophie Becquet : Oui, cela arrive. Et c'est pour ça que parfois, on se dit « Tiens, il a l'air endormi aujourd'hui ou il ne veut pas manger à midi ». En fait, il a pris la plaquette dans l'autre sens. Donc, oui ça arrive, mais alors c'est à nous d'être attentifs et à prendre les choses en main au bon moment.

Participant : *Pour utiliser la méthode au cas par cas comme vous faites actuellement, avez-vous assez de temps et de personnel ? Pour surveiller ? Parce que quand même, c'est un travail plus précis. Et comme on entend souvent qu'il n'y a pas assez de personnel...*

Sophie Becquet : On fait en sorte d'être assez. Maintenant, c'est comme je leur dis : une bonne observation, une bonne gestion de la situation, cela donne du temps.

Participant : *Il faut vraiment avoir du temps et expliquer la démarche pour éviter les dérives...*

Sophie Becquet : Oui, mais tout le personnel est impliqué dans cette démarche. C'est vraiment notre volonté. Moi, je me bats jour après jour pour que le personnel continue à travailler comme ça. C'est vrai que c'est un risque que l'on a pris : l'autonomie des résidents, c'est un risque. Mais quelque part, c'est pour éviter qu'ils se disent «Je rentre en maison de repos, je ne suis même plus capable de gérer mes médicaments alors que je l'ai toujours fait chez moi».

Participant : *A Bruxelles en tout cas, il est interdit aux résidents d'avoir des médicaments en chambre.*

Sophie Becquet : Oui, c'est ce que je disais, on a travaillé avec l'AVIQ par rapport à cela et on a mis en place une procédure administrative. Pas plus tard que la semaine dernière, le médecin coordinateur me disait «Tu sais Sophie, moi je ne suis pas d'accord avec l'autonomie des médicaments», «Pourquoi ?», «Parce que pour nous, c'est beaucoup plus de travail et pour vous, c'est beaucoup plus de surveillance», «Oui, mais bon finalement, le résident qui le fait se sent bien et c'est le principal, donc on va continuer». On n'y arrivera peut-être pas. Peut-être qu'à la prochaine inspection de la Région wallonne, on va nous dire non, vous ne pouvez pas fonctionner comme ça. Il faudra à nouveau reparler de la même chose, à nouveau expliquer, mais on le fera. On verra.

Participant : *Et la boîte de médicaments, c'est vous qui allez la chercher à la pharmacie ?*

Sophie Becquet : C'est la pharmacie qui délivre la maison de repos. Et donc, comme au domicile, le médecin fait la prescription que le pharmacien va délivrer. Une fois que les médicaments arrivent, l'infirmière prend la boîte et va la déposer en chambre. Ce qu'on demande aux résidents, c'est de toujours s'assurer que tout soit dans la pharmacie fermée à clef pour éviter que quelqu'un d'autre n'y touche.

Participant : *Concernant la tarification à l'unité, cela ne pose pas problème ?*

Sophie Becquet : Cela ne pose pas de problème parce qu'on met bien les explications sur la boîte et puis on invite aussi les médecins traitants quand ils represcrivent à s'assurer que les médicaments ne soient pas déjà dans la pharmacie. En fait, à la maison de repos, l'infirmière de nuit préparait les médicaments et faisait une liste pour chaque médecin en disant «Pour Monsieur Untel, il faut ça, ça, ça. Pour Madame Unetelle, il faut ça, ça, ça». Et puis, on s'est rendu compte qu'en faisant ça, ils arrivent, ils prennent la liste rédigée par l'infirmière et prescrivent tout, mais sans se questionner. Et donc, maintenant on a imposé aux médecins de mettre une durée pour chaque traitement. On leur demande de prescrire un médicament et de mettre une durée avec une date de fin. Comme ça, si le médecin revient 3 semaines après et que la prise du médicament est arrêtée depuis 10 jours et qu'il nous dit «Elle ne prend plus son médicament ?» «Vous nous avez dit 10 jours». Donc, quelque part, c'est une façon aussi de travailler sur le moins prescrire et responsabiliser les médecins par rapport à cela.



Discussion avec les intervenants

Pierre Baldewyns : Je propose que vous adressiez vos questions spécifiquement à l'un ou l'autre des orateurs ou alors des questions plus ouvertes à l'ensemble des orateurs. Peut-être que vous aussi, après les interventions des autres, vous avez envie de rajouter quelque chose spontanément.

Participant : *J'avais une question plus particulièrement pour le docteur Mathonet, mais les autres intervenants peuvent aussi réagir. Tout ce qu'on a dit, tout ce que l'on voit, tout ce qu'il faut mettre en place, toutes sortes de thérapies annexes par rapport à la médication... Cela a un coût : l'art thérapie, la zoothérapie, etc. Qui supporte ce coût ? Les résidents ? La maison de repos ? Je sais que vous travaillez au CPAS, c'est peut-être un financement différent par rapport aux maisons de repos privées. Comme cela se passe-t-il ?*

Dr. Mathonet : Cela dépend de la thérapie proprement dite. Comme le faisait remarquer Monsieur, le fait d'avoir un jardin, ce n'est pas une thérapie. Notre jardin, est là, il y a des bacs à fleurs, des fruits, des légumes et nos résidents travaillent avec les ergothérapeutes. Ce n'est donc pas un prix particulier, c'est inclus dans le prix journalier de la maison. Monsieur Bouteiller (directeur de la MR «Anne Sylvie Mouzon»), vous me direz si je me trompe, parce que c'est plus vous qui vous occupez des sous que moi.

Monsieur Bouteiller : Pour ce qui du jardin, par exemple effectivement, on a fait appel à énormément de partenariats. C'est un jardin partagé avec des bénévoles qui participent à l'entretien de celui-ci. C'est vraiment un jardin de cohésion sociale avec les voisins qui participent. Il y a une vingtaine de partenariats autour du jardin. Donc encore une fois, ce n'est pas un jardin thérapeutique, c'est simplement un jardin partagé qui fait partie du paysage de la maison de repos.

Maintenant, vous posez des questions pertinentes quand il s'agit de thérapies alternatives comme l'acupuncture ou l'hypnose. Effectivement, là c'est plus problématique, car ce ne sont pas des thérapies reconnues par l'INAMI, donc qui ne sont pas remboursées. Jusque-là, on a fait appel à des bénévoles. On a notamment une personne qui vient donner des cours de Qi-Gong. Elle, elle est payante, mais c'est 50€ la séance et un groupe de 40 personnes en bénéficie, donc ça fait un peu plus d'un euro par résident. On sent tous les effets bénéfiques des cours de Qi-Gong, qui fait effectivement travailler les flux énergétiques des personnes. Donc, il y a quand même un rapport qualité/prix. Je dois rajouter aussi qu'on a quand même diminué de 50% la consommation de médicaments en 2 ans. Ce qui est énorme et cela nous fait une fameuse économie. Donc oui, il y a des coûts d'un côté, mais des économies de l'autre.

Dr. Mathonet : Monsieur Bouteiller et la psychologue, toutes les semaines, organisent un atelier philo. Est-ce que c'est une thérapie ? En tout cas, ça fait plaisir aux résidents d'y venir, de participer, de parler. C'est une façon différente de s'occuper d'eux sans que ça coûte particulièrement cher.

Participant : *Ma question est pour le Docteur Mathonet. Vous avez parlé des hypolipémiants (donc les médicaments qui font baisser le cholestérol)... un patient de 80 ans qui est hypertendu, diabétique qui a une dyslipidémie. Il a toujours un risque d'avoir un accident vasculaire cérébral (AVC)...*

Dr. Mathonet : En principe, après 80 ans, on n'est plus supposé donner des médicaments, enfin des hypolipémiants. C'est quand même le médecin qui décide. C'est vrai que c'est très difficile pour le médecin traitant de se dire «En effet, il a 80 ans, qu'est-ce que je fais ? J'arrête ? Et si, une semaine après il fait un AVC»...

Participant : *C'est la question : Est-ce qu'on ne court pas un peu ce risque-là ?*

Dr. Mathonet : Il y a ce risque-là. Et c'est ce qui explique que certains médecins traitants n'ont pas envie de le prendre parce qu'outre le fait qu'il a trop de cholestérol, il a du diabète, il a de l'hypertension, il a ceci, il a cela... Le risque, en principe, est calculé par le médecin traitant. Et d'ailleurs, le Docteur Marin disait qu'il faut non pas moins prescrire, mais mieux prescrire.

Dr. Marin : Pour ce qui est de l'hypolipémiant, le risque n'est pas de faire un AVC. Le risque calculé pour l'indication de la prescription est le risque de décès dans les 10 ans.

Participant : *J'ai précisé que le patient était diabétique et hypertendu...*

Dr. Marin : Oui, mais il faut calculer si le risque de décès, en ne lui donnant pas ce médicament, va véritablement augmenter. S'il a 85 ans, il aura peut-être spontanément déjà un risque de décès dans les 10 ans. Donc, la prescription est inutile... Ce n'est pas un médicament qui va lui apporter un bienfait. Je pense que là, on en revient un peu à ce que monsieur Perino disait même si je n'aime pas sa caricature, mais elle provoque un peu. «Du vin, des câlins et un peu de morphine éventuellement». Il faut que les médicaments apportent un bienfait au patient. Toutes les études ont montré que les hypolipémiants, au-dessus de 80 ans, étaient tout à fait inutiles. Vous n'allez pas mettre une personne de 85 ans au régime en plus ! Il faut voir quel est le bienfait que l'on apporte au patient en lui imposant un médicament qui n'est quand même pas sans donner d'interaction ou de petits soucis.

Participant : *Ma question s'adresse au Docteur Marin. C'est une question pratique : vous avez une sortie d'hôpital... Vous avez une prescription du cardiologue qui vous met du périmdopril 5 et de l'amlodipine 10mg. Entre temps, vous avez un infirmier qui s'y connaît qui interpelle son coordinateur : «je vois ici une prescription du cardiologue, est-ce qu'il ne faudrait pas mettre une association des deux principes actifs (périmdopril et amlodipine) ... à la place de l'amlodipine ?». Le médecin traitant donne son accord verbalement, vous le mettez dans la fiche de traitement. Ma question est de savoir si c'est une bonne pratique ? Vous avez agi de façon judicieuse, car au lieu de 2 médicaments, le patient n'en aura qu'un. Ou alors est-ce qu'à la prochaine visite, le spécialiste vous dira : «Moi j'avais quand même mis du périmdopril 5 et de l'amlodipine 10 et je vois sur la fiche de traitement, une association des deux médicaments».*

Dr. Marin : Je pense que vous avez agi très judicieusement. Vous avez reçu une instruction de l'hôpital concernant le patient qui, semble-t-il, n'est pas inappropriée. Considérons-le comme efficace et approprié. Vous avez demandé conseil à votre médecin coordinateur qui vous a dit «On va demander au médecin traitant s'il est d'accord». Et c'est vrai qu'en mettant une association, vous faites d'une pierre deux coups et on diminue le nombre de prises. C'est toujours 2 médicaments, mais le nombre de prises est quand même diminué donc au niveau du nombre de médicaments, vous avez toujours le même. Je pense que vous avez agi de façon tout à fait judicieuse. Je ne suis pas certain qu'il faille recorriger après. Maintenant, on préfère, lorsqu'il y a des associations, toujours les tester séparément. Parce que les associer directement, si cela marche bien, peut avoir un effet trop important sur la tension. Ici, c'est un médicament pour l'hypertension, on peut avoir un effet trop important en associant d'emblée les deux médicaments dans la même molécule. Avec 1+1, on peut éventuellement en supprimer un des deux s'il y avait un souci. Ça, c'est purement pratique. Côté pratique, vous soulignez, mais ce n'est pas tellement au niveau des médicaments, mais ça y joue quand même : vos hôpitaux qui sortent les patients le vendredi après-midi, le fait de ne pas pouvoir faire venir le médecin traitant... C'est tout un tas de problèmes. Moi, du temps où j'étais médecin coordinateur, il a fallu batailler pendant des années pour obtenir qu'on ne sorte plus, sauf pure urgence, des résidents de la maison de repos un vendredi. Donc, il fallait exiger qu'ils sortent au plus tard le jeudi après-midi. C'était une convention que nous avions réglée lors

de nos concertations MRS-hôpitaux. Il a bien fallu frapper du poing sur la table parce que ça les dérangeait très fort. Au niveau des prescriptions, il y avait encore des bugs terribles : vous aviez l'ordonnance qui était faite par l'interne/externe, vous aviez la lettre de sortie manuscrite avec le rapport succinct et vous aviez parfois un traitement différent, cela arrivait. Et puis, vous receviez la lettre 2 jours après avec un troisième traitement parce qu'il avait reçu, entre-temps, un résultat. Donc ça, nous n'avons plus accepté. C'était des conditions de négociations que nous avons eues avec les hôpitaux.

Dr. Mathonet : Je suis aussi pour le fait d'essayer d'abord les 2 molécules avant de tester l'association, mais surtout, nous, les vendredis après-midi, lorsque si, par hasard - parce qu'on essaie également que ce ne soit pas le cas - un résident rentre dans notre maison de repos, on va voir dans notre stock. Il est certain que l'on va commencer par ce que l'on a déjà dans la maison avant de commander à la pharmacie. Ça, c'est un des grands principes dans notre maison de repos.

Participant : *Je voudrais poser une question au Docteur Marin. Je vous remercie pour votre exposé. Vous parlez du médecin comme étant la source d'information et je pense que vous pointez là un problème qui est très vrai. Tout le monde sait ici que les activités qui sont, j'ai envie de dire, accessoires au soin en tant que tel pour les médecins, sont des accessoires à faibles valeurs ajoutées donc auxquels ils s'intéressent très peu. ... Ils ne prennent pas beaucoup de temps pour expliquer les risques. Et moi, je suis tenté de vous demander : que peut-on faire ?*

Dr. Marin : Est-ce que tu as une ébauche de réponse ? Parce que c'est une question que je me pose depuis 15 ans, même un petit peu plus...

Participant : *Vous êtes médecin...*

Dr. Marin : Oui oui. Pour moi-même, je sais ce que je dois faire, mais pour mes confrères, je ne sais pas. C'est une question que j'aurais voulu poser à ma voisine du Borinage. Elle va tenter une concertation avec le pharmacien et les médecins traitants. J'espère qu'elle réussira avec succès. Jusqu'à présent ni Monsieur Bignerion, ni vous, ni Madame Mathonet, ni moi n'avons réussi à avoir beaucoup de candidats médecins généralistes lors de nos réunions d'information. Moi, j'ai un moyen, c'est d'aller prêcher la bonne parole dans les réunions de formation continue qui sont organisées par les médecins eux-mêmes. Dans les cercles de médecine, la Société Scientifique de Médecine Générale consacre des journées... On ne peut que prêcher la bonne parole et insister parfois de façon un petit peu plus contraignante. Je vous ai dit, on a une loi, l'Arrêté Royal de mars 2014, qui impose aux médecins de se conformer à la réglementation médicale générale de l'institution, de participer à l'élaboration du formulaire et d'adhérer aux procédures qui sont mises en place. Ils y sont donc tenus, mais il faut leur rappeler de temps en temps. Ça, c'est un peu le travail du coordinateur et ce n'est évidemment pas facile d'avoir un ascendant sur les médecins prescripteurs. Je pense qu'une première étape a été la tarification à l'unité où il y a eu une réorganisation qui s'est faite. La préparation des médicaments informatisée ou individualisée, c'est une deuxième étape parce qu'on peut dire au médecin «Voilà, nous avons à notre disposition ces médicaments-là et pas d'autres». Donc, il y a une certaine forme de contrainte, mais la concertation, pour moi, est la meilleure solution. Mais comment arriver à ce que nos confrères viennent à notre table, ça... si tu as une solution, tu nous la donneras.

Dr. Mathonet : Je vous ai expliqué que je n'ai pas eu de résultats extraordinaires avec les concertations proposées. La seule chose que je parviens parfois à faire, c'est de téléphoner au médecin traitant. Lorsque l'équipe se plaint de quelque chose, je téléphone au docteur et je lui dit «Voilà, l'équipe a un problème avec ceci.

Qu'est-ce que vous en pensez ? J'entends ça. Je sais que c'est vous le médecin traitant et que c'est vous qui décidez, mais voilà, je voulais vous faire remarquer qu'il y a un problème». Parfois, on arrive à une réponse, une solution. Mais ce n'est que lorsque je prends mon téléphone et que j'appelle le médecin et que je lui explique le problème moi-même. De médecin à médecin, parfois ça passe.

Participant : *Je voudrais poser une question à Monsieur Bignerou. Vous semblez être le directeur d'une maison de repos de rêve. Y a-t-il une grande différence de prix entre votre maison de repos et une maison de repos comparable, par exemple du CPAS ?*

Dominique Bignerou : Comparer les prix des maisons de repos est très compliqué. Lorsque vous sollicitez des maisons de repos pour en obtenir le prix, on vous donne le prix le moins cher. On ne vous donne pas la chambre exposée par-là, c'est plus cher, celle côté Meuse, c'est encore plus cher. Donc, c'est vraiment difficile de se faire une idée juste, précise, du prix. Après, il y a tous les suppléments. Le prix de la chambre c'est une chose, les suppléments viennent s'y ajouter. Je continue de croire que le prix n'est absolument pas lié au regard que nous avons. Ce qui différencie le projet que nous défendons - qui n'est plus un projet puisqu'on le vit depuis 8 ans - c'est un regard différent sur l'adulte âgé. C'est de le voir comme un adulte je dis bien, âgé accessoirement et donc d'interagir avec lui d'adulte en adulte avec des intentions qui sont parfois différentes. Si - là je m'adresse à mes collègues ici présents dans la salle - un de nos habitants nous dit «Monsieur, je dois aller aux toilettes» et que je lui réponds «Mais enfin, tu viens d'y aller il y a une heure» ou «J'entends votre demande, mais je suis occupé, nous venons d'avoir une chute, je dois m'occuper de cette personne et je reviens dès que possible», le résultat est tout à fait identique : cette personne ne reçoit pas l'aide qu'elle espérait. Mais, néanmoins, dans l'intention que je lui aie exprimée, elle a entendu autre chose. Et ça, ça ne demande pas plus de personnel. Ce n'est absolument pas lié. Je pense que nous avons assez de collègues présents pour donner un accompagnement de qualité. Les chiffres de santé à l'année passée (c'est vraiment un organisme de représentation des directions de maison de repos) mentionnent qu'il y a, dans les institutions, 20 à 30% de personnel en plus par rapport à la moyenne. Chez nous, nous venons de terminer notre encodage INAMI et cette année, nous sommes à 9,49%. C'est-à-dire pratiquement 3 fois moins de personnel que la moyenne qui est citée par l'organisme de représentation des maisons de repos. C'est donc bien là la preuve que la qualité de l'accompagnement n'est absolument pas liée au nombre de personnel. Je sais que quand je dis ça, je ne me fais pas que des amis parce que mes collègues ont toujours la sensation qu'ils sont trop peu nombreux. Mais quelle est la personne qui ne souhaite pas avoir de l'aide dans son travail ? C'est humain, c'est comme ça. Mais je pense qu'il y a vraiment moyen de rendre un service identique en n'étant pas plus cher. Donc, ma réponse maintenant concrètement parce que je digresse... ma réponse est que notre prix est un prix ordinaire dans notre région. Après, quand vous soulevez la question du prix, mais de façon beaucoup plus générale, c'est dramatique. La moyenne des pensions va être à 1200-1300€ et la moyenne des prix de journée sont maintenant, pour une institution qui ouvre ses portes qui a une construction de qualité, au-delà de 50€. On ne sait pas faire autrement. Donc, il y a inévitablement un gros problème d'accessibilité, mais bon, je n'ai pas la réponse à cela, j'ai des pistes, mais pas la réponse. En tout cas, notre prix de journée est actuellement de 48€ pour une chambre individuelle avec une salle de bain et un WC individuel.

Participant : *Une question au sujet des étudiants actuels. Est-ce qu'on les prépare vraiment à tout ce que je viens d'entendre ici ? Quand on voit comment ça évolue actuellement... Des régions où il manquera des médecins, etc.*

Dr. Marin : Madame pose le problème du nombre de médecins à l'heure actuelle et de la formation parce que

je crois que la qualité est plus importante que la quantité. Il est évident que pour répondre aux besoins de la population, il faut un certain nombre de médecins. Maintenant, en ce qui concerne la formation à l'approche gériatrique, quand j'étais étudiant, on ne connaissait pas la gériatrie. Il faut dire qu'en l'espace de 50 ans, la durée moyenne de vie a augmenté quand même de pratiquement 20 ans ou à peu près... C'est assez impressionnant. Je me souviens d'un professeur qui pour tester l'opérabilité d'un patient de 70 ans lui demandait s'il avait encore une vie sexuelle. En fonction de la réponse qu'il donnait, on l'opérait ou on ne l'opérait pas. Il n'y a pas si longtemps en Angleterre, on n'opérait pas de prothèse de hanches chez des patients de plus de 65 ans... 65 ans, vous m'entendez bien ! Il y a là toute une approche du patient gériatrique dont on ne nous a pas donné un enseignement spécifique. Il y a maintenant un cours de gériatrie, en tout cas à l'UCL. N'oublions pas qu'au niveau des médicaments et ça, c'est un gros problème tant pour la pédiatrie que pour la gériatrie, les études réalisées sur les médicaments vont, je vous le donne en mille : jusque 69 ans. Donc, on fait des études sur les médicaments jusqu'à 69 ans. Tout ce qui se passe après, on ne connaît pas la réelle activité des médicaments. On peut quand même un peu se débrouiller avec ce que l'on sait, mais nous n'avons pas un enseignement spécifique vraiment important en gériatrie. Je ne sais pas au niveau des infirmières et infirmiers... Maintenant, il y a une qualification d'infirmier/infirmière gériatrique, c'est déjà quelque chose, on avance peu à peu. « Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer ». Une autre citation, que j'aime bien : « On n'est jamais assez vieux pour ne pouvoir espérer encore un jour ». C'est de Sénèque.

Participant : *On entend parfois dire que dans une maison de repos, comme c'est quand même la vie en collectivité, il y a parfois un résident qui est agité, qui crie, qui crie la nuit, etc. Ça dérange les autres résidents. C'est peut-être la raison pour laquelle il finit avec plus de médicaments. Cette question-là, je l'adresse aussi bien aux intervenants qu'au public parce que vous aussi vous travaillez dans les maisons de repos. Avez-vous vécu des situations similaires et si oui, comment vous réagissez ? Est-ce que vous avez des pistes ? Parce qu'ici l'idée est de partager, discuter.*

Participant : *Par rapport au fait que les résidents peuvent crier dans une maison de repos, la nuit, etc. pour moi, cela ne peut pas être un facteur pour donner plus de médicaments. Parce que crier, il peut y avoir plusieurs causes. Pour moi, il faut déjà essayer de situer la cause. Est-ce que c'est une cause médicale ? Est-ce que c'est une cause psychique ? D'où l'intérêt des réunions interdisciplinaires où l'on peut parler du problème. Le kiné peut avoir remarqué quelque chose ou l'aide-soignant peut avoir une idée. Donc, il y a plein de facteurs qui peuvent expliquer pourquoi il crie.*

Participant : *À ce niveau-là, j'ai peut-être un discours un peu différent du discours ambiant. C'est-à-dire que vivre en maison de repos, ce n'est pas totalement vivre comme à la maison, c'est aussi vivre en communauté et c'est un facteur dont il faut tenir compte. Je crois qu'en tant que personnel soignant, il faut aussi connaître nos limites de compétences, c'est-à-dire qu'on n'a pas des infirmiers psychiatriques. On est tout à fait formés pour accompagner la personne désorientée, mais jusqu'à un certain point. Il y a des cas effectivement où on atteint notre limite et c'est bien parfois de pouvoir le dire. Cela nous est arrivé récemment. Effectivement, on a demandé une mise au point à un hôpital. C'était un résident qui était extrêmement agité, qui bousculait les autres résidents, qui les renversait, les frappait. Nous devons mettre une limite par rapport à cela. Donc, vivre, c'est prendre des risques, oui, mais jusqu'à un certain point. Il y a quand même un vivre en communauté qu'il faut prendre en considération.*

Sophie Becquet : Oui, je voulais juste intervenir. On parle toujours du bénéfice pour le patient, mais je pense qu'un patient qui crie la nuit, c'est un patient qui est en souffrance. Donc, il y a effectivement tout l'aspect

investigation au niveau de l'origine du problème, etc. Mais si, à un moment donné, on doit passer par un traitement, cela va soulager les autres, mais cela va aussi soulager le patient qui est en souffrance à ce moment-là. Même un patient qui est violent, qui bouscule, est un patient qui n'est pas bien. Donc, c'est aussi pouvoir l'aider lui.

Participant : *Je voudrais un peu sortir du cadre des médicaments. Je voudrais dire que je suis un peu étonnée, surprise de voir que beaucoup de dirigeants de MRS font un maximum pour leurs résidents. Je trouve ça super, mais alors pourquoi parmi les médias, parmi les profanes comme moi, parmi les seniors, les MRS gardent encore une mauvaise réputation, voire même citées comme des mouvoirs. Le prix aussi arrête beaucoup de personnes et aussi ces groupes d'actionnaires qui nous font des maisons, pour ne pas les citer, à un prix exorbitant. Tout ça effraie beaucoup de personnes âgées qui se disent «un jour peut-être très proche, on devra passer par-là» et le fait qu'on soit considéré un peu comme une marchandise qui doit rapporter des sous ou bien qui n'est pas prise en considération pour telle ou telle raison. Malgré tout ce que vous venez de dire et je suis vraiment agréablement étonnée, on a encore cette crainte, du moins notre génération. Peut-être que dans 10 ans, ce sera différent, mais au stade actuel c'est encore bien présent quand, entre personnes âgées nous discutons de, malheureusement, peut-être un jour devoir aller là-bas. Je ne sais pas si vous en tant que professionnels, vous pouvez un peu expliquer ça ou ce que vous pouvez faire ?*

Dominique Bigner : Madame, je ne sais pas si je vais vous rassurer, mais j'ai envie de vous dire que vous avez raison d'avoir peur... Je fréquente très régulièrement des écoles, par exemple des écoles d'aides-soignantes, d'infirmières, où je vais parler du regard particulier. Je le fais très souvent et pratiquement dans tous les cas, je dois m'arrêter de présenter ce que je vais présenter pour entendre les souffrances des étudiants qui sont, par exemple, en stage devant moi. J'ai une manne de témoignages qui sont tous plus abominables les uns que les autres. Donc, croire que tout va bien c'est faire une énorme erreur. Croire que rien ne va, c'est aussi une énorme erreur. Je pense qu'il y a plein d'institutions qui sont en chemin. Je pense qu'on ne nous arrêtera pas. Je pense qu'il y a un autre modèle maintenant, un autre regard sur l'accompagnement de l'adulte âgé. Je crois que l'avenir est là, mais il y a encore pas mal d'institutions où des choses monstrueuses se passent. Je donne un exemple : j'ai une belle fille qui est formidable, elle est faite pour le métier d'accompagnante. Elle termine une école d'aide-soignante. 15 jours plus tard, elle est occupée dans une institution chrétienne de la région namuroise. Un soir, elle m'écrit un sms en disant : «Dominique, je dois te voir. Je suis effondrée, je crois que je ne suis pas faite pour ce métier. On m'impose à 5h du matin de mettre une dame à moitié nue sur sa chaise percée, de lui commencer sa toilette et de lui donner son petit-déjeuner en même temps. Je ne peux pas faire ça ! Dès lors, je m'attire les foudres de toute l'équipe». Ces gens, en 15 jours de temps, étaient parvenus à la dégoûter de son métier et pire, à la faire douter qu'elle était faite pour ce métier. Donc, c'est encore comme ça dans les institutions. Je me bats, je crie, parfois je crie fort, mais c'est par passion, c'est mon tempérament, je suis un battant pour ça, mais il y a encore plein de monstruosité en maison de repos et de soins. À côté de cela, il y a des équipes et des collègues formidables. À côté de ça, il y a des directions qui prennent maintenant la bonne direction. En tant que directeur, je donne la direction, le sens aux choses et je pense que c'est avant tout ça, notre rôle de directeur. Je n'oppose pas le privé commercial, l'associatif, le public... je pense qu'il y a des gens qui travaillent formidablement bien dans tous les secteurs. Et je pense aussi que les gestionnaires privés commerciaux que je rencontre - parce qu'ils viennent aussi nous visiter - se foutent du projet institutionnel, ce n'est pas leur problème. S'il y a de la rentabilité, ils se fichent complètement que l'on ait un chouette projet. Ils n'imposeront pas à leurs directeurs respectifs d'être maltraitants ; ce qu'ils imposent à leurs directeurs respectifs, c'est faire de l'argent ! Après, le directeur est encore libre d'avoir un autre regard. Donc, je pense qu'il

y a de la marge pour nous tous ici. En tout cas, Madame, je vous invite à visiter plusieurs institutions. Je vous invite à demander que l'on vous parle des valeurs... Bien sûr que l'architecture induit ce que l'on va vivre, mais je suis certain que l'on peut, avec Noémi, aller dans n'importe quelle architecture, on vivra la même chose. C'est une question de regard, ce n'est pas une question d'architecture ni de dimension des fenêtres ou des chambres. Soyez vigilants, posez les bonnes questions, visitez plusieurs maisons de repos, voyez qui vous répond aussi. C'est au directeur à vous recevoir, c'est lui qui connaît l'institution, avec des soignants éventuellement, avec des soignants référents personnes désorientées, si c'est le cas. Nous devons, non pas expliquer le règlement d'ordre intérieur et nos conventions, mais nos projets institutionnels. Qu'est-ce qui fait que vous avez envie de venir vivre ici avec nous ? C'est ça l'essentiel ! Donc, vous avez aussi votre part de responsabilité.

Participant : *Ce n'est pas une question, c'est un conseil pour cette dame. J'ai travaillé dans plusieurs maisons de repos: surtout ne vous fiez pas au fait que ce soit une belle maison de repos, high-tech etc. Cela ne veut rien dire. J'ai travaillé dans une maison de repos qui était high-tech, plein pied, magnifique, mais quand on vous dit : «Cette grosse personne ne peut pas être devant le bureau parce que cela ne fera pas beau pour ma maison de repos». C'est un directeur qui a dit ça, ben franchement, j'ai dit au revoir. J'ai aussi travaillé avec des sœurs dans une très vieille maison de repos. Elles étaient magnifiques. C'était vraiment humain, elles étaient à l'écoute. Donc il ne faut pas regarder forcément l'aspect... Je pense que si on a déjà un très grand respect humain, c'est la base de tout.*

Participant : *Je voudrais juste rajouter à tout ce qui vient d'être dit et pour répondre à la question de Madame. Un élément qu'il faut prendre compte, c'est les responsables, les directeurs de maisons de repos. C'est-à-dire quand vous débutez dans ce métier-là, recruter des gens qui ont l'amour de faire ce travail. Parce que vous avez beau faire une maison de repos, mais si les gens viennent seulement pour faire leurs heures, ça ne sert à rien. Le directeur, il est dans son bureau et... ça ne va pas. En fait, il faut recruter des infirmiers, des infirmières, des kinés qui ont l'amour de ce métier... Il faut aussi que les gens acceptent d'être contrôlés dans leur travail. Être respectueux, c'est aussi accepter d'être contrôlé.*

Participant : *Pour vous répondre Monsieur : comment faites-vous ça ? Lors d'un entretien d'embauche -je suis à l'embauche - comment je fais pour savoir que vous avez l'amour du métier ? Sur papier, ils ont tous l'air aussi parfaits les uns que les autres.*

Participant : *C'est l'expérience... dans ce métier, il y en a beaucoup qui le font, car il n'y a pas d'autres boulots... Quelqu'un qui ne va pas, pourquoi doit-il rester s'il n'est pas bien ?*



Conclusions

*Dr. Pierre Baldewyns, responsable du service
Promotion de la Santé de Solidaris*

Il me revient l'honneur de clôturer la matinée. Je voudrais terminer en vous disant qu'il me semble qu'aujourd'hui, la star du jour et en même le grand absent, c'est le médecin traitant ! Ici, vous avez tous abordé le sujet de la relation avec le médecin traitant, le rôle qu'il joue, car évidemment c'est lui qui prescrit les médicaments et donc c'est évident qu'il joue un rôle central. Chacune et chacun d'entre vous a donné différentes pistes pour essayer d'améliorer le fonctionnement, le travail avec le médecin généraliste. Je me suis permis de relever quelques propositions entendues dans les différentes interventions.

D'abord «le patient n'a pas d'autre prescripteur que son médecin traitant». C'est une espèce d'idéal qu'il faudrait peut-être essayer de poursuivre. Pour le Dr. Mathonet, il est clair que le médecin traitant a une place centrale et donc il faut vraiment l'impliquer et le motiver. Et c'est en train de bouger pour certains confrères. Une des pistes de solution dans la maison de repos de Mme Mathonet, c'est la rédaction d'une charte par laquelle le médecin traitant s'engage, ne fut-ce que moralement, à respecter un certain nombre de règles.

Même Monsieur Dominique Bigneron trouve qu'il y a de l'espoir avec les médecins généralistes : certains se posent des questions et veulent changer des choses. Il y a donc des avancées positives même dans le regard de M. Bigneron ! Il a abordé un élément qui me paraît très important, c'est le problème du temps. Le médecin traitant doit pouvoir prendre du temps. C'est quelque chose qui revient énormément dans vos discours. Ils n'ont pas suffisamment de temps à consacrer à leur patientèle. Une des pistes serait probablement de trouver une façon de revaloriser ce temps, que ce temps-là soit aussi rémunéré. Je ne suis pas un grand financier de la sécurité sociale, mais c'est probablement quelque chose à creuser et à réfléchir.

Pour le Dr. Marin, le médecin traitant (qu'il est lui-même) est le «maillon faible» du dispositif. Il propose d'aller à sa rencontre, si pas individuellement, au niveau de «grandes journées» thématiques comme celles organisées par la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), au niveau des GLEM (Groupes locaux d'évaluation médicale) ou dans le cadre de la formation continuée. Il y a de l'espoir, il faut travailler avec eux...

Enfin, Mme Becquet propose d'organiser, et on espère qu'elle va y arriver même si ça a été un peu un échec dans d'autres maisons de repos, des concertations avec les pharmaciens et les médecins généralistes.

Personnellement, pour avoir l'occasion de travailler régulièrement avec la SSMG, je partage votre avis qu'il y a de l'espoir, que les choses vont en s'améliorant. La SSMG représente les médecins généralistes francophones de Belgique. Elle offre notamment des formations et organise de nombreuses activités pour améliorer le travail des médecins.

Et puis, comme cela a été dit tout à l'heure, «nous ne serons pas les résidents de maintenant». De la même façon, je pense que les futurs médecins qui sont en train d'être formés maintenant envisageront leur place dans un travail multidisciplinaire d'une autre façon. Les médecins que l'on aura dans 15 ans ne seront pas les médecins que l'on connaît maintenant. Je pense que toutes les personnes qui sont ici et l'expérience qu'ils nous ont fait partager, montrent qu'il y a moyen d'évoluer, d'avancer.

Pour terminer, je vous informe que vu que nous n'avons pas été en mesure d'accueillir aujourd'hui toutes les personnes qui désiraient participer à cette matinée – il y a une liste d'attente ! -, Espace Seniors a décidé de prévoir une deuxième édition de cette journée de réflexion le 27 février 2018, à Namur.

Pour aller plus loin...

Vu le succès rencontré, Espace Seniors a décidé de reprogrammer à Namur la même conférence, le 27 février 2018.

Outre la conférence, notre campagne d'information et de sensibilisation sur la (dé)prescription chez les seniors proposait des séances «(Dé)prescrivez-moi ça ?!» destinées aux seniors. Ces séances ont eu lieu à Bruxelles et en Wallonie. On y a abordé la manière dont les seniors perçoivent la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin, les attitudes adoptées par leur médecin en termes de prescription ainsi que les différentes réactions des seniors.

Cette campagne a constitué le quatrième volet d'une série qui a commencé par deux analyses et une étude publiées en 2016 par Espace Seniors : «Personne âgée et polymédication : une union de fait», «(Dé)prescription en maison de repos : Pas de médicaments mais du vin, des câlins et de la morphine» et «Comment les seniors vivent-ils la relation avec leur médecin ? La prescription : avant, pendant, après...»

Envie d'en savoir plus ? Découvrez ces trois publications dans leur intégralité sur le site d'Espace Seniors.

Qui sommes-nous ?

Espace Seniors est une association d'éducation permanente faisant partie du réseau Solidaris, active sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors, promouvoir leur participation active et leur intégration sociale, favoriser leur bien-être, leur santé et leur épanouissement sont quelques-uns de nos objectifs. Pour cela, nous organisons des actions de proximité (groupe de soutien, formations...) et des actions d'information, de sensibilisation et de prévention (campagnes, conférences, brochures...).

Retrouvez toutes nos analyses sur www.espace-seniors.be !



ESPACE SENIORS

Espace Seniors

Place Saint Jean 1, 1000 Bruxelles

Tél : 02 515 02 73

espace.seniors@solidaris.be

www.espace-seniors.be



DES MÉDICAMENTS, SEULEMENT QUAND IL FAUT,
ET TOUJOURS COMME IL FAUT !

Rédaction : Equipe Espace Seniors

Photos : Loïc Collet

Editrice responsable : Florence Lebailly, Place Saint Jean 1, 1000 Bruxelles