

Guide «Fourniture des médicaments dans les homes médicalisés»

Ce guide donne un aperçu des tâches et des responsabilités liées à la fourniture de médicaments dans les institutions de soins, tant en ce qui concerne les pharmaciens·nes que le personnel de l'institution de soins proprement dite. En outre, l'accent sera mis sur les alternatives non médicamenteuses et les projets actuels de recherche et de mise en œuvre.

Sommaire

1. Rôles des pharmaciens et pharmaciennes et de leurs équipes	2
1.1 Lois, directives et normes	2
1.2 Fourniture de médicaments	2
1.3 Mise à disposition des médicaments	5
1.4 Destruction des médicaments non utilisés	5
1.5 Pénuries de livraison	5
1.6 Services pharmaceutiques étendus	6
1.7 Sécurité de la médication, polypharmacie et médicaments potentiellement inappropriés	7
2. Administration et gestion des médicaments par le personnel soignant	8
2.1 Compétences du personnel soignant	8
2.2 Eviter les confusions	9
2.3 Prescriptions internes, directives, normes et lignes directrices concernant l'utilisation des médicaments	9
2.4 Visite et discussions interprofessionnelles sur la médication	10
3. Dimension non médicamenteuse des soins et de l'accompagnement	10
4. Projets de recherche et de mise en œuvre	11
4.1 Indicateurs de qualité médicaux	11
4.2 Programme national de mise application – développement de la qualité fondée sur des données dans le domaine des soins stationnaires de longue durée (NIP-Q-UPGRADE)	12
4.3 Programme national de recherche «Système de santé»(PNR 74)	12
5. Sources	13

1. Rôles des pharmaciens et pharmaciennes et de leurs équipes

1.1 Lois, directives et normes

Les formes d'organisation de la fourniture des médicaments dans les soins de longue durée relèvent de la responsabilité des cantons. Il n'y a pas de vue d'ensemble claire (cantonale, fédérale) de la législation relative aux médicaments et aux systèmes de fourniture. La loi fédérale sur les produits thérapeutiques (LPTh), la loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) et les ordonnances correspondantes ainsi que l'ordonnance sur les autorisations dans le domaine des médicaments (OAMed) constituent la base juridique dans les soins de longue durée. Parallèlement, il existe diverses recommandations pour assurer la fourniture des médicaments et une médication sûre.¹

1.2 Fourniture de médicaments

La fourniture de médicaments dans les institutions de soins de longue durée suit généralement l'un des deux modèles suivants: le type «ambulatoire» ou le type «hospitalier», qui sont brièvement caractérisés ci-après.

Le modèle de fourniture «ambulatoire»: Dans le cadre du système «ambulatoire», les médicaments sont obtenus sur prescription médicale et sont spécifiques au patient resp. à la patiente. Cela signifie que chaque résident·e dispose de ses propres boîtes de médicaments. En théorie, la concurrence est libre entre les fournisseurs, qui peuvent être des pharmacies publiques, des cabinets médicaux en zone de dispensation directe (DD) ou des pharmacies d'hôpital, mais les conditions géographiques jouent souvent un rôle important. Le libre choix du lieu d'achat des médicaments par les patient·es, qui est prescrit par la loi dans de nombreux cantons, doit être pris en compte.

Si les médicaments sont achetés via une pharmacie publique, celle-ci valide l'ordonnance et facture généralement les médicaments achetés conformément au contrat d'assurance individuel et à la rémunération basée sur les prestations (RBP). Dans le cas de la dispensation directe, le décompte est effectué de manière comparable par le cabinet médical en fonction du patient ou de la patiente. Les prestations pour l'institution – par exemple les visites annuelles des unités de soins, les formations et les services clinico-pharmaceutiques – doivent être convenues et facturées individuellement avec l'institution.

L'institution ne dispose en général pas d'une autorisation (autorisation de commerce de détail ou autorisation d'exploiter une pharmacie d'institution). Dans le modèle ambulatoire, la responsabilité du processus de médication dans l'institution n'incombe pas à un·e responsable technique (RT), par exemple au pharmacien ou à la pharmacienne. En conséquence, l'institution est responsable de la conception du processus de médication et de sa représentation dans un système de gestion de la qualité.

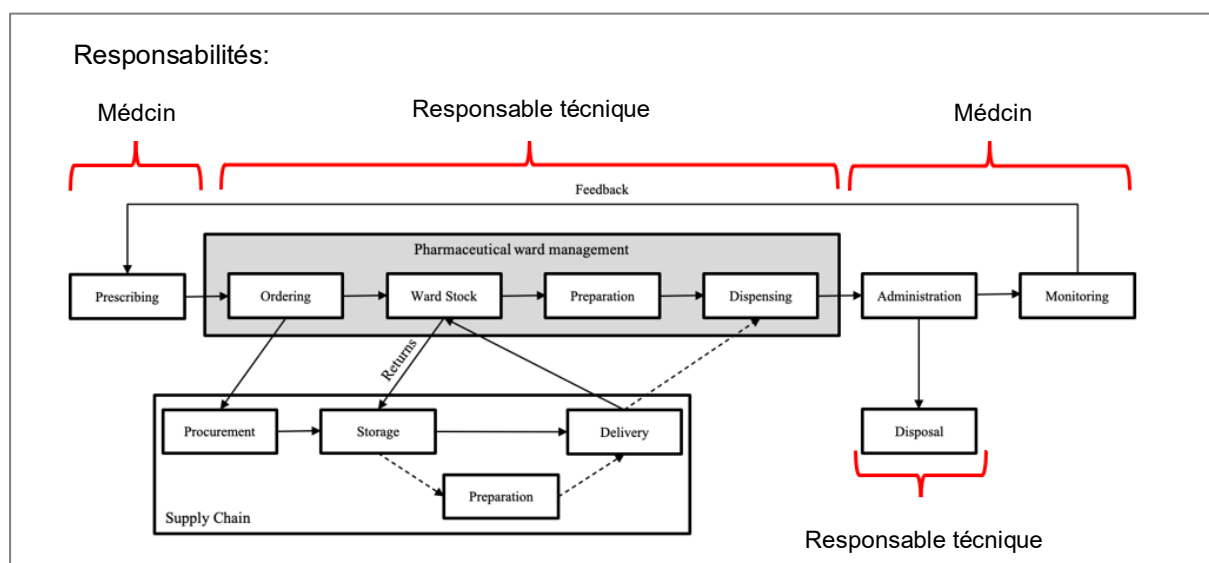
La possibilité d'exploiter une pharmacie d'urgence est traitée différemment par les cantons. Dans certains cantons, un suivi pharmaceutique sous forme de consultation est obligatoire.

Le modèle de fourniture «hospitalier»: Les médicaments prescrits par les médecins sont stockés de manière centralisée et pas de manière spécifique pour chaque patient·e. L'institution a donc besoin d'une autorisation cantonale, qui peut prendre la forme d'une autorisation de commerce de détail ou d'une auto-

¹ Par exemple: Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments (APC, 2009), Directives du Service de la santé publique concernant l'utilisation des médicaments dans les institutions (Canton du Valais, 2019).

risation de d'exploiter une pharmacie d'institution, selon le canton concerné. Suivant la législation cantonale, la pharmacie est dirigée par un·e RT, qui peut être un·e pharmacien·ne ou un·e médecin. L'institution est soumise à la surveillance des autorités cantonales. Le RT ou la RT est responsable de l'ensemble du processus de médication dans l'institution – ou de son organisation –, à l'exception des sous-processus de prescription, d'administration et de monitoring, qui relèvent de la responsabilité du médecin (et peuvent être partiellement délégués aux soins infirmiers).

En ce qui concerne les **responsabilités dans le processus de médication** la présentation suivante selon Mozzetti (2020) donne un aperçu:



Le RT ou la RT est responsable de la conception du système de gestion de la qualité. Les règles des bonnes pratiques de remise de médicaments (BPR) de l'Association des pharmaciens cantonaux (APC, 2009) fournissent des points de repère pour les chapitres nécessaires dans le cadre du SGQ.

Étant donné que la commande et la livraison ne sont pas spécifiques aux patient·es, l'institution peut être approvisionnée par des grossistes, directement par l'industrie pharmaceutique, par une pharmacie publique, par un hôpital ou par une centrale d'achat. Le décompte détaillé est établi par le home, tandis que la rémunération est versée sous forme de forfaits. Les coûts internes sont à la charge de l'institution, de même que la collaboration avec le ou la RT compétent·e.

La collaboration avec les pharmacien·nes en tant que RT est organisée de différentes manières. La rémunération est effectuée sur la base d'un salaire horaire, d'un forfait ou d'un emploi fixe. La collaboration est consignée dans un contrat dont la partie intégrante est, d'une part, un cahier des charges et, d'autre part, la compétence du ou de la RT à émettre des directives techniques, qui, dans l'idéal, doit également être représentée dans l'organigramme de l'institution.

L'organisation de la collaboration ainsi que le système de gestion de la qualité ne sont généralement pas mentionnés dans les directives cantonales avec le degré de détail nécessaire. Il est recommandé de se référer aux règles des BPR ainsi qu'aux prises de position pertinentes de l'APC de Suisse (voir ci-dessous). La prise de position P002 «Aufgaben und Verantwortlichkeit der Fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP) einer Institution im Bereich der Heilmittel»[Tâches et domaines de compétence du ou de la

responsable technique (RT) d'une institution dans le domaine des produits thérapeutiques] indique les exigences posées au RT resp. à la RT. Elle contient également un modèle de contrat.

En règle générale, la présence régulière du ou de la RT dans l'institution est requise. Les recommandations de bonnes pratiques pour la mise en place du système de gestion de la qualité sont consignées dans le document de prise de position P006 «Système d'assurance qualité dans les entreprises».

Étant donné que les réglementations varient d'un canton à l'autre, il convient de consulter à chaque fois les directives régionales et d'en tenir compte lors de l'élaboration du système de gestion de la qualité. Le canton de Lucerne exige par exemple également une autorisation de gestion d'une pharmacie d'institution pour le stockage spécifique aux patient-es, lorsque les médicaments administrés aux patient-es sont stockés de manière centralisée.

L'Association des pharmaciens cantonaux (APC) a rédigé une série de prises de position sur l'assistance pharmaceutique dans les institutions de soins, qui peuvent être consultées pour l'organisation de la fourniture de médicaments. L'aperçu suivant reprend les principales prises de position, sans toutefois prétendre à l'exhaustivité:

A. Liste der Positionspapiere der Kantonsapothekervereinigung KAV, welche für die pharmazeutische Betreuung von Institutionen von Bedeutung sind / Liste des prises de position de l'APC qui sont pertinentes pour l'assistance pharmaceutique en EMS

- 1) [Regeln der Guten Abgabepaxis für Heilmittel GAP V01, 14.09.2009 / Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments V01, 14.09.2009](#)
- 2) [P0006 Anforderungen an die Qualitätssicherung in Betrieben V01, 29.10.2015 / Interprétation technique 0006 – Système d'assurance de qualité dans les entreprises V01, 29.10.2015](#)
- 3) [P0024 Lagerung von Heilmitteln: Überwachung der vorgegebenen Temperaturen V01, 16.11.2022 / P0024 – Stockage de produits thérapeutiques: surveillance des températures prescrites V01, 29.06.2023](#)
- 4) [P0019 Umgang mit Arzneimitteln in Spitälern und Institutionen mit Fokus auf das Stationsmanagement V01, 10.11.2020 / P0019 – Gestion des médicaments dans les hôpitaux et les institutions en mettant l'accent sur la gestion dans les unités de soins V01, 10.11.2020](#)
- 5) [P0007 Empfehlungen zum Off label use von Arzneimitteln V02, 01.06.2016 / Interprétation technique 0007 – Recommandations de l'association des Pharmaciens cantonaux concernant l'off-label use de médicaments V02, 24.07.2006](#)

B. Liste der Positionspapiere der Kantonsapothekervereinigung Nordwest- und Zentralschweiz KAV-NWCH, welche für die pharmazeutische Betreuung von Institutionen von Bedeutung sind / Liste de prises de positions de l'APC Suisse du Nord-Ouest et Suisse centrale, qui sont pertinentes pour l'assistance pharmaceutique en EMS:

(uniquement en langue allemande)

- 1) [P 002.02 Aufgaben und Verantwortlichkeit der fachtechnisch verantwortlichen Person \(FvP\) einer Institution im Bereich der Heilmittel V02, 23.05.2016](#)
- 2) [H 013.01 Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln aus einer "Notfallapotheke" in Schulen, Betrieben \(z.B. Hotels, Ladengeschäften\), Ferienlagern, Vereinen etc. V01, 08.09.2014](#)

1.3 Mise à disposition des médicaments

La mise à disposition des médicaments se fait soit dans des distributeurs réutilisables ou à usage unique, soit de manière manuelle, semi-automatisée (p. ex. à l'aide de codes-barres) ou automatisée (p. ex. blisters tubulaires) dans l'institution ou dans la pharmacie, pour un ou plusieurs jours.

Ces dernières années, on a assisté à un Task-Shifting (transfert des tâches à un autre groupe professionnel) ou à un Task-Splitting (fractionnement des tâches) au niveau de l'organisation: alors que les médicaments étaient auparavant préparés dans les institutions principalement par des infirmier·ères et des assistant·es en soins et santé communautaire (ASSC), on fait de plus en plus appel à un personnel pharmaceutique. Il peut s'agir d'un ou d'une assistant·e en pharmacie CFC dans l'institution (de manière centralisée dans la pharmacie de l'institution ou de manière décentralisée dans les unités de soins) ou dans la pharmacie proprement dite.

Pour les résident·es en soins de longue durée, les coûts d'une blistérisation doivent en général être couverts par l'institution – du moins selon la rémunération basée sur les prestations (RBP IV) actuelle. En outre, l'Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) a élaboré un guide sur la gestion de pharmacies d'unités de soins, disponible sur demande auprès de la GSASA.

Les différentes options de mise à disposition présentent différents avantages et inconvénients et devraient être discutées en détail avec l'institution en ce qui concerne les souhaits relatifs à l'organisation du processus de médication, au «skill and grade mix» du personnel, à l'économie, à l'efficacité et à la sécurité par le ou la RT, avant que la décision pour un système ne soit prise.

1.4 Destruction des médicaments non utilisés

Selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/World Health Organization, WHO) les médicaments non utilisés sont détruits (cf. WHO, 1999). Les modalités de destruction sont à la charge des cantons et varient d'un canton à l'autre (Ordonnance sur les déchets OLED, art. 13).

Au niveau des EMS, il n'existe pas de réglementation explicite au niveau fédéral quant au devenir des médicaments prescrits à une personne résidente en EMS et non utilisés en raison d'un changement de traitement, de la péremption ou en raison du décès. Dans une prise de position, l'APC mentionne que *«les médicaments propres aux patients sont la propriété du patient (même dans le cas de personnes décédées) et ne peuvent être transmis sans consentement explicite. Ils ne peuvent pas non plus être remis à des proches, car le médecin les a prescrits au patient en tenant compte de sa maladie (sauf médicaments en vente libre)»* (APC, 2020, cf. 9. Retours de médicaments). C'est au pharmacien ou à la pharmacienne responsable technique de l'EMS que revient la gestion des retours de médicaments.

Certains cantons définissent les responsabilités en lien avec les médicaments non utilisés dans les EMS dans leur cadre légal, comme c'est le cas par ex. du canton de Vaud: *«les médicaments prescrits nominativement pour des patients et non utilisés en raison d'un changement de traitement, de décès ou de péremption sont restitués au pharmacien fournisseur»* (cf. Règlement sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le Canton de Vaud, art. 30 al.6).

1.5 Pénuries de livraison

Dans un contexte de pénurie mondiale de certains médicaments (cf. Office Fédérale de la Santé Publique, OFSP, 2023), les équipes officinales sont quotidiennement à la recherche d'alternatives aux

traitements habituels ou nouvellement prescrits et non disponibles. Lorsque l'alternative trouvée impose de changer de traitement (par ex. changer de classe d'antihypertenseur ou changer de forme galénique pour un antidouleur, etc.), une collaboration avec l'équipe soignante et avec les médecins traitant·es est nécessaire et est garante de la sécurité du patient ou de la patiente.

Les pénuries de médicaments ne constituent pas seulement un défi logistique, mais aussi un risque pour la sécurité de la médication: Le changement constant de produits, de formes galéniques et de dosages favorise les erreurs de médication. Un·e pharmacien·e en tant que personne de contact peut décharger les spécialistes chargés de la gestion de la médication dans l'établissement et se charger des clarifications avec le corps médical.

1.6 Services pharmaceutiques étendus

Différentes publications ont montré que des services pharmaceutiques plus étendus, allant au-delà de la simple livraison de médicaments, peuvent améliorer la sécurité de la médication. La collaboration interprofessionnelle est un facteur de réussite décisif pour un processus de médication sûr.

Les activités des professionnel·les de la pharmacie au sein même des institutions gagnent donc en importance. Ces activités comprennent des tâches logistiques étendues (commande, stockage, contrôle des dates de péremption, contrôle des stupéfiants, etc.) ainsi que des services cliniques et pharmaceutiques, y compris des formations. C'est ce que souligne la prise de position de l'APC P0019 «Gestion des médicaments dans les hôpitaux et les institutions en mettant l'accent sur la gestion des unités de soins» (APC, 2020). La Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux (GSASA) a rédigé un guide d'accompagnement («Ligne directrice pour la gestion de pharmacies d'unités de soins»), disponible sur demande.

Alors que les prestations de services cliniques et pharmaceutiques, telles que la comparaison systématique de la médication aux interfaces (Matériaux pour les patient·es, Fondation Sécurité des patients Suisse, s.d.) et les analyses de médication (La sécurité de la médication en EMS, Fondation Sécurité des patients Suisse, s.d.) avec l'implication des pharmacien·nes dans l'équipe interprofessionnelle, sont de plus en plus établies dans les hôpitaux de soins aigus, elles se développent plutôt lentement dans le domaine des soins de longue durée. L'un des plus grands défis à cet égard est la rémunération de tous les groupes professionnels impliqués.

Dans les cantons de Fribourg, du Valais et de Vaud, une collaboration novatrice a été mise en place depuis de nombreuses années déjà entre le personnel soignant, les médecins et les pharmacien·nes. Cette collaboration a non seulement permis de mettre en évidence un effet favorable sur les coûts, mais aussi d'aborder les aspects de la sécurité et de l'efficacité des thérapies. Le ou la pharmacien·e responsable pour l'établissement analyse la consommation annuelle de médicaments dans le home et formule, dans le cadre d'un rapport annuel, des recommandations pour l'amélioration des thérapies. Ce rapport sert de base pour l'organisation de cercles de qualité interprofessionnels avec des représentant·es des trois professions, afin d'améliorer la sécurité et l'efficacité des thérapies à l'intérieur de l'institution. Ces projets cantonaux comprennent également l'organisation de journées interprofessionnelles de perfectionnement qui permettent de transmettre et de mettre en œuvre des recommandations spécifiques et d'améliorer ainsi la qualité des thérapies.

1.7 Sécurité de la médication, polypharmacie et médicaments potentiellement inappropriés

En raison des modifications physiologiques, les personnes âgées sont particulièrement exposées aux problèmes associés aux médicaments. La diminution de la fonction rénale, par exemple, peut conduire à une concentration accrue de substances actives dans le corps et entraîner des effets indésirables et des interactions médicamenteuses non souhaitées.

Ainsi, en 2016, Tox Info Suisse a reçu 500 appels de homes médicalisés. Le plus souvent, il s'agissait de confusions entre des médicaments ou d'erreurs de dosage (Alder, 2017). La complexité et l'étendue des plans thérapeutiques amènent le personnel soignant aux limites de ses capacités et augmentent les risques médicamenteux.

La sécurité des médicaments dans les soins de longue durée est abordée sous différents angles, dont la polypharmacie et les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI).

Polypharmacie

La polypharmacie est définie de manière consensuelle dans la littérature comme la prise concomitante d'au moins cinq médicaments chroniques (Masnoon et al., 2019). Cela concerne tout particulièrement les patient-es gériatriques, car elle augmente avec l'âge, parallèlement à la multimorbidité (Neuer-Jehle, 2016). A partir de 60 ans, 50 % de la population souffrent d'au moins trois maladies chroniques. Plus de 85 % des patient-es suisses âgés de plus de 85 ans seraient polymorbides (Coutaz, 2022).

20 % de la population est atteinte de cinq comorbidités ou plus (Boudon et al., 2017). Un cas hypothétique a montré que la thérapie conforme aux lignes directrices d'une personne gériatrique souffrant de cinq maladies typiques de l'âge, conduit à la prise de douze médicaments différents (Breil, 2016). Le nombre d'interactions potentielles augmente de manière exponentielle avec le nombre de médicaments. Ainsi, chaque médicament supplémentaire augmente de 8,6 % le risque d'effets indésirables (Viktil, 2007).

Selon une étude sur la prescription de médicaments aux sujets de plus de 65 ans assurés auprès d'Hel-sana en 2016, la proportion de personnes avec polypharmacie s'élèverait à 85,5 % chez les résident-es d'EMS; cela représente en moyenne 9,3 médicaments par jour, soit approximativement 4 médicaments de plus que pour la population de plus de 65 ans vivant à domicile (Schneider et al., 2019).

Cette différence s'explique pour les raisons suivantes:

1. la multimorbidité plus fréquente chez les résident-es d'EMS (souvent raison de l'institutionnalisation);
2. la cascade de prescriptions, c'est-à-dire de nouveaux médicaments prescrits pour lutter contre les effets indésirables des médicaments initialement prescrits (Locca et al., 2008);
3. les prescriptions contre des pathologies aiguës qui devraient être stoppées et qui sont ce-pendant maintenues au-delà de la phase aiguë (Leendertse, 2013);
4. la progression des possibilités de prescrire des médicaments indiqués dans la prévention primaire et secondaire (Haefeli, 2011).

La polypharmacie n'est pas sans conséquences pour les patient-es, et augmente notamment le risque d'hospitalisation dû à des effets indésirables (Wastesson et al., 2023).

Prescriptions médicamenteuses inappropriées

Afin d'améliorer la sécurité des traitements, des listes de médications potentiellement inadéquates respectivement les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) ont été établies (Holt, 2010). La liste Priscus (Allemagne) et la liste Beers (Etats-Unis) comprennent des médicaments à éviter chez les personnes âgées. Il existe encore d'autres listes, par exemple la liste NORGEP-H (Norvège) ou les critères START/STOP (Irlande). Les médicaments inadéquats présentent un rapport bénéfices/risques défavorable et devraient être remplacés par des alternatives plus sûres. La prescription de médicaments potentiellement inadéquats peut avoir des conséquences néfastes importantes, entre autres, l'apparition de troubles cognitifs, de la confusion mentale et des vertiges pouvant conduire à des chutes.

Une étude réalisée avec les données d'Helsana a montré que 22,5 % des personnes de plus de 65 ans traitées en ambulatoires ont reçu au moins une PIM (Reich et al., 2014). Une autre étude menée chez plus de 2000 personnes âgées de plus de 70 ans, atteintes de plus de 3 pathologies et prenant plus de 5 médicaments, a montré que 86 % d'entre elles prenaient des médications potentiellement inappropriées, avec une moyenne de 2,75 PIM par individu (Blum et al., 2021).

On estime que cette proportion de PIM est encore plus élevée dans les établissements médico-sociaux. En Suisse, selon des données issues d'Helsana, ce serait 79,1 % des résident·es d'EMS qui se seraient vu prescrire, au moins une fois, un médicament potentiellement inapproprié en 2016. De manière plus préoccupante, la prescription répétée d'une telle médication inappropriée au moins à trois reprises a été observée chez plus de la moitié des résident·es d'EMS (Schneider et al., 2019). D'après une étude de 2018 ayant étudié les doses journalières de PIM consommées par personne résidente d'EMS (Defined Daily Dose, DDD), celles-ci représenteraient près d'un tiers des doses journalières médicamenteuses totales consommées (Cateau et al., 2021). A côté de la polypharmacie, les prescriptions de médication potentiellement inadéquates sont considérées comme le principal facteur de risque pour les problèmes associés à des médicaments (Leendertse et al., 2013). Elles peuvent augmenter d'une part la mortalité et la morbidité et d'autre part influencer négativement les coûts dans le secteur de la santé (Breil, 2016). On estime que 20 % des coûts évitables dans le secteur de la santé sont liés à des surtraitements (Barber, 2009).

2. Administration et gestion des médicaments par le personnel soignant

2.1 Compétences du personnel soignant

Les compétences d'action du personnel soignant qualifié concernant l'utilisation des médicaments sont clairement réglées et documentées dans les plans de formation respectifs (assistant/e en soins et santé communautaire CFC, assistant/e socio-éducatif/ve CFC accompagnement des personnes âgées et plan d'études cadre soins ES).

Le personnel soignant diplômé de niveau Ecole spécialisée (ES)/Haute école spécialisée (HES) porte, entre autres, la responsabilité technique pour la réalisation de tâches médicales techniques qui lui ont été déléguées sur la base d'une ordonnance médicale. Les compétences d'action du personnel soignant de niveau CFC (certificat fédéral de capacité) comprennent la préparation et l'administration de médicaments.

Certaines institutions confient à leurs collaborateur·rices la responsabilité d'actes techniques médicaux même si ceux-ci ne disposent pas, d'un point de vue purement formel, des qualifications nécessaires à cela. L'utilisation des médicaments en fait partie.

Afin d'assurer une situation juridique parfaitement claire, les collaborateur·rices doivent être engagés en fonction des compétences qu'ils ont acquises dans le cadre d'une formation réglementée et reconnue, en Suisse ou à l'étranger.

La délégation et la réalisation d'actes techniques médicaux qui n'ont pas été appris dans le cadre d'une formation réglementée sont illégales. Les institutions qui se basent simplement sur des cours de perfectionnement entrent dans une zone grise juridique. Et cela également si le perfectionnement a été suivi dans un cours spécialisé d'un institut de formation.

Les directions de services sont responsables de l'attribution des compétences. En cas de violation de la législation par la direction d'un service, c'est la direction de l'institution ou son organe responsable qui en porte la responsabilité.

Le site web d'ARTISET (s.d.) contient des informations spécialisées et des outils de travail sur le thème «Élargissement des compétences en matière d'actes médico-techniques».

2.2 Eviter les confusions

Les confusions entre médicaments doivent absolument être évitées. CURAVIVA recommande par conséquent d'appliquer toujours **la règle en six points** lors de la préparation, de la distribution et de l'administration des médicaments:

1. Le ou la bon·e patient·e
2. Le bon médicament
3. Le bon dosage (ou la bonne concentration)
4. La bonne application (ou le bon type d'application)
5. Le bon moment
6. La bonne documentation

2.3 Prescriptions internes, directives, normes et lignes directrices concernant l'utilisation des médicaments

1. Les homes médicalisés appliquent des directives strictes, valables pour tout le personnel de santé, concernant l'utilisation des médicaments.
2. Exemple d'une table des matières d'une directive interne (VIVA Luzern AG, 2013):
3. Introduction, avec buts, domaine d'application et qualifications requises
4. Définition des médicaments
5. Pratique de l'ordonnance sur les médicaments
6. Documentation

7. Commande de médicaments
8. Conservation de médicaments dans le service
9. Conservation de stupéfiants dans le service
10. Contrôle et nettoyage de l'armoire de médicaments, y compris le compartiment stupéfiant
11. Préparation de médicaments
12. Contrôle des médicaments préparés
13. Administration des médicaments
14. Procédure en cas d'irrégularités, erreurs d'administration
15. Bibliographie
16. Annexe avec documents de référence applicables:
 - a) Annonce d'incident dans l'utilisation de médicaments
 - b) Annonce de rupture de stock d'un médicament
 - c) Fiche de contrôle pour la préparation et le contrôle de médicaments
 - d) Directives pour la conservation de médicaments, une fois l'emballage entamé
 - e) Controlling dans l'utilisation de médicaments

Ces directives sont basées sur la loi fédérale sur les stupéfiants, l'ordonnance sur les médicaments, le recueil systématique des droits cantonaux et les règles de bonne pratique pour la remise de médicaments de l'Association des pharmaciens cantonaux (ACP, 2009).

2.4 Visite et discussions interprofessionnelles sur la médication

A côté du respect des qualifications requises et des prescriptions internes des établissements concernant l'utilisation de médicaments, la communication entre le service médical et le service de soins joue également un rôle important. La collaboration interprofessionnelle et le dialogue sur la médication relèvent de la responsabilité des deux groupes professionnels. La qualité de vie des résident·es dépend sensiblement d'une médication optimale.

3. Dimension non médicamenteuse des soins et de l'accompagnement

Les soins et l'accompagnement de personnes ayant besoin de soutien dans les établissements médico-sociaux sont étroitement liés au maintien et à la promotion de la qualité de vie individuelle des résidentes et des résidents. CURAVIVA a développé un concept de qualité de la vie qui illustre la multi dimensionnalité de la qualité de la vie. Dans ce sens, l'accompagnement et les soins se réfèrent à la personne, à ses besoins et à ses souhaits, et définissent les différentes mesures sur cette base (CURAVIVA Suisse, 2014).

Dans les établissements médico-sociaux actuels, les approches et thérapies non médicamenteuses destinées à augmenter le bien-être, la santé et la participation aux activités de la vie courante représentent des éléments importants des soins et de l'accompagnement quotidiens. On pense notamment à la

physiothérapie, aux thérapies d'activation et à l'ergothérapie, ou encore au soutien psychologique et à l'accompagnement spirituel. Des thérapies musicales et l'aromathérapie, des enveloppements et la kinesthésie sont également utilisés pour améliorer la qualité de vie. Un autre domaine est constitué par les mesures constructives et architecturales, qui offrent aux personnes ayant besoin de soutien un environnement physique attrayant et répondant à leurs besoins. Un exemple dans ce domaine est constitué par l'utilisation de concepts d'éclairage spécifiques, stimulant le rythme circadien naturel des résident·es.

La poursuite d'approches non médicamenteuses et l'utilisation de thérapies non médicamenteuses sont particulièrement importantes pour les personnes atteintes de démence: Les personnes atteintes de démence présentent souvent un comportement difficile, décrit par l'expression «symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, SCPD» ou par l'abréviation anglaise BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia). L'anxiété, l'agitation, la dépression ou l'agressivité en sont des exemples. L'utilisation prioritaire de mesures non médicamenteuses dans la gestion des symptômes non cognitifs est généralement reconnue par les professionnels. L'apparition des SCPD étant multifactorielle, les facteurs déclencheurs systématiques peuvent se situer chez la personne souffrant de SCPD, chez le personnel soignants ou dans l'environnement. C'est ici qu'intervient le diagnostic compréhensif, qui permet d'aller à la racine des causes et des déclencheurs du comportement. En ce qui concerne les mesures non médicamenteuses, elles peuvent être divisées, de la même manière que les facteurs d'influence, en mesures qui s'adressent directement à la personne souffrant de SCPD, qui modifient l'environnement (par ex. éviter la surcharge de stimuli et le surmenage, définir le rythme de la journée) ou qui concernent le personnel soignant (par ex. formation à la communication avec les personnes atteintes de démence, procédures structurées de résolution des problèmes, diagnostic compréhensif, discussions de cas). Le guide «Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence» (CURAVIVA Suisse 2021; actuellement en cours de révision) contient non seulement des aides pour une procédure structurée d'évaluation et de traitement des SCPD, mais aussi un aperçu des mesures non médicamenteuses les plus fréquemment utilisées chez les personnes atteintes de SCPD et des preuves scientifiques existantes.

4. Projets de recherche et de mise en œuvre

4.1 Indicateurs de qualité médicaux

Sur la base de l'article 59a de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), les institutions de soins en Suisse sont tenues de communiquer aux autorités fédérales compétentes les données nécessaires au suivi des indicateurs de qualité médicaux (IQM).

La mesure des IQM est le résultat de plusieurs années de préparation. CURAVIVA a été largement impliquée dans ce processus en tant que membre d'un comité interdisciplinaire et interprofessionnel.

Depuis 2019, six IQM sont mesurés dans quatre domaines (malnutrition, mesures limitant les mouvements, polymédication, douleur) dans toute la Suisse. De plus amples informations sont disponibles dans les fiches d'information sur les différents IQM, qui sont mises à disposition sur la page web de CURAVIVA relative aux IQM (voir CURAVIVA, s.d.). Le thème de la fourniture de médicaments est traité en particulier dans la fiche d'information «Polymédication».

L'Office fédéral de la statistique (OFS) collecte les données et les met à la disposition de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). En 2022, l'OFSP a commencé à publier les premières données

(2019/2020). En février 2024, l'OFSP a publié pour la première fois les données au niveau des établissements (2021; voir OFSP, 2024). L'OFSP prévoit vraisemblablement une publication annuelle.

4.2 Programme national de mise application – développement de la qualité fondée sur des données dans le domaine des soins stationnaires de longue durée (NIP-Q-UPGRADE)

Le programme national (NIP-Q-UPGRADE) soutient activement les institutions de soins dans le développement continu de la qualité de leurs soins sur la base de données solides. Les indicateurs de qualité renforcent durablement la qualité des soins et augmentent le bien-être des résident·es. Le programme se concentre sur les IQM mesurés au niveau national. Le programme est mis en œuvre à l'aide d'approches scientifiques d'implémentation.

ARTISET et les associations de branche CURAVIVA et senesuisse sont chargées de la direction générale sur mandat de la Commission fédérale pour la qualité (CFQ). La mise en œuvre a débuté en février 2023. Elle est réalisée en étroite collaboration avec l'Institut des sciences infirmières (INS, direction scientifique du programme) de l'Université de Bâle, l'Institut et Haute École de la Santé La Source (La Source) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI). De plus, des expert·es issues de l'environnement professionnel des IQM accompagnent la mise en œuvre et soutiennent l'ancrage national des résultats du programme.

Dans le cadre du NIP-Q-UPGRADE, des solutions durables pour la pratique sont développées en collaboration avec les établissements. Les objectifs suivants sont mis en avant:

- Améliorer la qualité des données
 - Évaluer et adapter en dialogue les processus de saisie et de gestion des données
- Soutenir la qualité des soins
 - Développer ensemble des mesures efficaces qui seront utilisées par les établissements pour renforcer et développer la qualité de leurs soins basée les données.
- Intégrer de nouveaux indicateurs
 - Étudier de nouveaux indicateurs pour le développement de la qualité des soins et préparer leur introduction

4.3 Programme national de recherche «Système de santé»(PNR 74)

Le projet de recherche «Les cercles de qualité interprofessionnels améliorent la médication dans les établissements médico-sociaux «du programme national de recherche PNR 74 «Système de santé», aujourd'hui terminé, est particulièrement intéressant dans le présent contexte: L'objectif de cette étude était de développer et de valider une démarche interprofessionnelle de déprescription permettant d'optimiser la médication des personnes résidant en EMS. Les effets de cette démarche sur la médication, l'état de santé général et la qualité de vie des résident·es ont été évalués. Les détails du projet et les résultats de la recherche sont disponibles sur le site web du projet de recherche (FNS, s.d.).

5. Sources

ARTISET (s.d.). Formation: Extension des compétences médico-techniques (informations spécialisées et instruments de travail) (8.5.2025).

Association des pharmaciens cantonaux (APC, 2009). Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments (8.5.2025).

Association des pharmaciens cantonaux (APC, 2020). Gestion des médicaments dans les hôpitaux et les institutions en mettant l'accent sur la gestion des unités de soins (8.5.2025).

Alder, K. (2017). Vergiftungsrisiko in Altersheimen steigt, in NZZ am Sonntag vom 29. Januar 2017 (8.5.2025).

Barber, ND. et al. (2009). Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. In Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):341-6. doi: 10.1136/qshc.2009.034231 (8.5.2025).

Blum, M.R. et al. (2021). Optimizing Therapy to Prevent Avoidable Hospital Admissions in Multimorbid Older Adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. In BMJ 2021;374:n1585. doi: 10.1136/bmj.n1585 (8.5.2025).

Boudon, A. et al. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. In Schweiz Med Forum 2017;17(13):306-312. doi: 10.4414/smf.2017.02899 (8.5.2025).

Breil, D., Conzelmann, M. (2016). Arzneicocktail im Alter: Was macht Sinn? In Praxis 105(9):509-516. doi: 10.1024/1661-8157/a002347 (8.5.2025).

Canton du Valais (2019). Directives du Service de la santé publique sur l'utilisation des médicaments dans les institutions.

Cateau, D., Bugnon, O., Niquille, A. (2021). Evolution of potentially inappropriate medication use in nursing homes: Retrospective analysis of drug consumption data. In Res Social Adm Pharm. 2021 Apr;17(4):701-706. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.05.032. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32798051 (8.5.2025).

Coutaz, M. (2022). Syndromes gériatriques et polypharmacie prescrire ou proscrire, il faut choisir. In Rev Med Suisse, 2022/802 (Vol.8), p. 2048–2052. doi: 10.53738/REVMED.2022.18.802.204 (19.8.2024).

CURAVIVA (s.d.). Indicateurs de qualité médicaux (8.5.2025).

CURAVIVA Suisse (2014). Conception de la qualité de vie pour des personnes ayant besoin de soutien (8.5.2025).

CURAVIVA Suisse (2021; éd.). Guide: Évaluation et traitement des symptômes comportementaux et psychologiques chez les personnes atteintes de démence (19.8.2024).

Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS, s.d.). Les cercles de qualité interprofessionnels améliorent la médication dans les établissements médico-sociaux (8.5.2025).

Haefeli, W. E. (2011). Polypharmazie. In Schweiz Med Forum 2011;11(47):847–852. doi: 10.4414/smf.2011.07686 (8.5.2025).

- Holt, S. et al. (2010). Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS- Liste. In Dtsch Arztebl Int. 2010 Aug;107(31-32):543-51. doi: 10.3238/arztebl.2010.0543 (8.5.2025).
- Leendertse, AJ et al. (2013). Preventing Hospital Admissions by Reviewing Medication (PHARM) in Primary Care: An Open Controlled Study in an Elderly Population. In J Clin Pharm Ther. 2013 Oct; 38(5):379-87. doi: 10.1111/jcpt.12069 (8.5.2025).
- Locca, JF et al. (2008). Pharmacological Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Nursing Homes: Development of Practice Recommendations in a Swiss Canton. In J Am Med Dir Assoc. 2008 Jul;9(6):439-48. doi: 10.1016/j.jamda.2008.04.003 (8.5.2025).
- Mozzetti, A. (2020). Guideline Pharmaceutical Ward Management, PSM. Masterarbeit. ETH Zürich.
- Neuner-Jehle, S. (2016). La polypharmacie: une nouvelle épidémie. In Rev Med Suisse 2016; 12: 942-7 (8.5.2025).
- Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2024): Indicateurs de qualité médicaux (8.5.2025).
- Office fédéral de la santé publique (OFSP, 2023). Sécurité de l'approvisionnement en médicaments (8.5.2025).
- Reich, O. et al. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization. In PLoS One. 2014 Aug 19;9(8):e105425. doi: 10.1371/journal.pone.0105425 (8.5.2025).
- Schneider, R. et al. (2019). Drug prescription patterns, polypharmacy and potentially inappropriate medication in Swiss nursing homes: a descriptive analysis based on claims data. Swiss Med Wkly. 2019 Sep 30;149:w20126. doi: 10.4414/smw.2019.20126. PMID: 31568557 (8.5.2025).
- Schweizerischer Nationalfonds (SNF, o.D.). Interprofessionelle Qualitätszirkel verbessern Medikation in Alters- und Pflegeheimen (8.5.2025).
- sécurité des patients suisse (s.d.). Matériaux pour les patient·es (8.5.2025).
- sécurité des patients suisse (s.d.). La sécurité de la médication en EMS (8.5.2025).
- Viktil, K. et al. (2007). Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drugrelated problems. In Br J Clin Pharmacol. 2007 Feb; 63(2): 187–195. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02744.x (8.5.2025).
- VIVA Luzern AG (2013). Handbuch. Beispiel eines Inhaltsverzeichnis, angelehnt an die Richtlinie Umgang mit Arzneimitteln. Non publié.
- Wastesson et al. (2017). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. In Expert Opinion on Drug Safety, 17:12, 1185-1196 (8.5.2025).
- World Health Organization (WHO, 1999). Principes directeurs applicables aux dons de médicaments, United Nations (8.5.2025).

Éditeur

CURAVIVA, Association de branche des prestataires de services pour les personnes âgées

Auteurs**1. Rôles des pharmaciens et pharmaciennes et de leurs équipes**

- 1) Société suisse des pharmaciens pharmaSuisse, Berne: Martine Ruggli et Anja Schmutz, pharmaciennes
- 2) Pharmacie d'Unisanté, Lausanne: Dre Anne Niquille Charrière, pharmacienne cheffe adjointe, responsable de l'Unité Recherche
- 3) Universität Basel, Departement Pharmazeutische Wissenschaften: Prof. Dr. phil. II Carla Meyer-Massetti, Fachapothekerin für Spitalpharmazie FPH, Research Associate, Klinische Pharmazie und Epidemiologie

2. Administration et gestion des médicaments par le personnel soignant

Ursula Arn, ARTISET

Marianne Geiser, CURAVIVA Suisse (aujourd'hui ARTISET)

3. Dimension non médicamenteuse des soins et de l'accompagnement

Anna Jörger, CURAVIVA

4. Projets de recherche et de mise en œuvre

Verena Hanselmann, CURAVIVA

Règle de citation

CURAVIVA (2025), Guide: Fourniture des médicaments dans les homes médicalisés. Éd.: CURAVIVA

Online: curaviva.ch

Renseignements/informations

E-Mail: info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2025