

Faculté de santé publique

Dans quelle mesure les modes de préparation et de dispensation des médicaments destinés aux résidents en maisons de repos et de soins peuvent améliorer la qualité du processus de soins médicamenteux ?

Mémoire réalisé par
Van Buylaere Juliette

Promoteurs
Van Durme Thérèse
Billiet Sébastien

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée
Année académique 2022-2023

Faculté de santé publique

Dans quelle mesure les modes de préparation et de dispensation des médicaments destinés aux résidents en maisons de repos et de soins peuvent améliorer la qualité du processus de soins médicamenteux ?

Mémoire réalisé par
Van Buylaere Juliette

Promoteurs
Van Durme Thérèse
Billiet Sébastien

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée
Année académique 2022-2023

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Thérèse Van Durme, promotrice de ce mémoire, et Monsieur Sébastien Billiet, co-promoteur de ce mémoire, pour leur disponibilité, leur implication et leurs précieux conseils dans les domaines de la recherche et de la pharmacie.

Ensuite, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux différents professionnels de la santé que j'ai eu la chance de rencontrer dans le cadre de ce travail. Merci à eux de m'avoir accordé leur temps et leur confiance.

Je remercie également Madame Carine De Geeter, pour avoir accepté d'être ma lectrice. Mon Papa et Thomas, pour avoir relu avec attention l'ensemble de mon travail.

Enfin, je voudrais remercier toutes les personnes sans qui la reprise de ces études n'aurait pas été possible. Je m'adresse donc tout particulièrement à mes parents, à Cyr, à mes proches et à mon équipe de travail. Leurs encouragements et leur bienveillance auront été mes forces pendant ces deux années. Un merci particulier à Frédérique et Victoria, pour leur présence inégalable lors de ce master.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Liste des abréviations

AFMPS	Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
APB	Association Pharmaceutique Belge
AR	Arrêté Royal
CBIP	Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique
CCI	Conférences de Cas Interdisciplinaires
CI	Collaboration interprofessionnelle
COME – ON	Collaborative approach to Optimise MEdication use for Older people in Nursing homes
CPSI	Centre de formation pour les secteurs infirmiers et de santé
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Infirmier en Chef
INAMI	Institut national assurance maladie et invalidité
KCE	Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MG	Médecin Généraliste
MIP	Médicaments Potentiellement Inappropriés
MCC	Médecin Coordinateur et Conseiller
MRPA	Maison de Repos pour Personnes Âgées
MRS	Maison de Repos et de Soins
MR/S	Maison de Repos et Maison de Repos et de Soins
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPP	Omissions Potentielles de Prescriptions
P	Pharmacien
PIP	Prescriptions Potentiellement Inappropriées
PMI	Préparation de Médications Individualisées
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SSMG	Société Scientifique de Médecine Générale
START	Screening Tool to Alert to Right Treatment
STOPP	Screening Tool of Older Person's Prescriptions

Table des matières

Introduction.....	1
I. Cadre théorique.....	4
1. Définitions.....	4
1.1. Les résidents en maisons de repos ou de soins.....	4
1.2. Processus de soins médicamenteux.....	6
1.2.1. Préparation médicamenteuse.....	6
1.2.2. Dispensation médicamenteuse.....	6
1.3. Qualité du processus de soins médicamenteux.....	7
1.3.1. Sécurité des soins.....	7
1.3.2. Efficacité et efficience du processus médicamenteux.....	8
2. Cadre contextuel	9
2.1. Perspectives démographiques et impacts du vieillissement.....	9
2.2. Consommation médicamenteuse en MR/S.....	10
2.3. Prescriptions potentiellement inappropriées en MR/S.....	11
2.4. Étude COME-ON.....	12
3. Processus de soins médicamenteux en MR/S.....	14
3.1. Le circuit du médicament.....	14
3.2. Multiplicité des acteurs impliqués dans le processus en MR/S.....	14
3.2.1. Rôle du médecin coordinateur et conseiller et des généralistes.....	15
3.2.2. Rôle de l'infirmier.....	16
3.2.3. Rôle de l'aide-soignant.....	17
3.2.4. Rôle du pharmacien	17
3.3. La pharmacie moderne.....	18
3.3.1. Préparation de médication individuelle.....	19
3.3.1.1. Cadre légal	19
3.3.1.2. Les avantages d'un recours à la PMI en MR/S.....	19
3.4. Approche interdisciplinaire autour du résident en MR/S.....	20
4. Hypothèses de recherche.....	21

II. Méthodologie et matériel.....	22
1. Méthode de recherche.....	22
1.1. Recherche qualitative.....	22
2. Collecte des données qualitatives.....	23
2.1. Élaboration d'un guide d'entretien.....	23
2.2. Cadre de la recherche.....	23
2.3. Sélection des maisons de repos et des participants.....	24
3. Analyse des données	25
III. Résultats.....	27
1. Trajet de soins médicamenteux.....	27
1.1. La prescription.....	27
1.1.1. L'ordonnance papier	28
1.1.2. L'ordonnance électronique.....	29
1.1.3. Le schéma de médication	31
1.2. La commande pharmaceutique.....	32
1.3. Les modes de préparation et de dispensation médicamenteuses.....	33
1.3.1. La préparation de médication individuelle automatisée.....	33
1.3.1.2. La mise en route de la PMI en MR/S.....	35
1.3.1.3. La PMI d'un point de vue économique.....	36
1.3.1.4. La dispensation des soins pharmaceutiques.....	37
1.3.1.5. Les avantages de la PMI	38
1.3.1.6. Les désavantages et les limites de la PMI.....	39
1.3.2. Préparation en officine.....	41
1.3.3. Préparation en maison de repos.....	41
1.4. La vérification en maison de repos	42
1.5. La distribution et l'administration	43
2. Les erreurs médicamenteuses	44
2.1. Les erreurs de prescription.....	44

2.2.	Les erreurs dans les sachets de PMI.....	44
2.3.	Les erreurs commises dans la MR/S.....	45
2.3.1.	Les erreurs qui surviennent en amont de la distribution.....	45
2.3.2.	Les erreurs de distribution ou d'administration.....	45
2.3.3.	Les erreurs intentionnelles.....	46
3.	Rôles des principaux acteurs du processus	47
3.1.	Infirmiers en chef	48
3.2.	Infirmiers.....	49
3.3.	Aides-soignants.....	49
3.4.	Médecins généralistes	50
3.5.	Médecins coordinateurs et conseillers.....	51
3.6.	Pharmaciens en officine	53
3.7.	Pharmaciens coordinateurs de soins.....	56
3.8.	Résidents en MR/S.....	57
4.	Résultats favorables au processus de soins.....	58
IV.	Discussion.....	60
1.	Un processus de soins médicamenteux de qualité en MR/S.....	60
2.	La collaboration interprofessionnelle autour du résident en MR/S.....	64
3.	Limites de l'étude.....	73
4.	Perspectives de recherche et recommandations.....	74
V.	Conclusion	76
VI.	Bibliographie.....	77

Introduction

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude en sciences de la santé publique, j'ai décidé de m'intéresser à la gestion de la prise en charge médicamenteuse de résidents en maisons de repos ou de soins. J'ai choisi cette thématique pour différentes raisons.

Une première raison est que le monde dans lequel nous vivons est en perpétuelle évolution et que le vieillissement de la population mondiale est en train de devenir l'une des transformations sociales les plus importantes du 21^e siècle (ONU, 2019). En Belgique, comme partout ailleurs, cette transformation démographique va nous amener à repenser et à réorganiser notre société en termes de travail, de mobilité, de logement, de qualité de vie mais aussi et surtout de soins de santé (Bureau fédéral du Plan, 2021). Étant infirmière de formation, la santé est un domaine qui me préoccupe tout particulièrement. Prendre soin de nos aînés est un défi de taille et il nous concerne tous et toutes. Les personnes âgées font partie de mon quotidien aux soins intensifs mais certaines occupent également une place privilégiée dans ma vie privée.

Aux soins intensifs, je suis amenée à soigner des adultes de tout âge mais dans les faits, je soigne principalement des personnes âgées de 65 ans et plus. Les personnes âgées ont des profils de santé très hétérogènes et requièrent souvent des prises en charge complexes. De plus, au-delà d'un certain âge, de nombreux patients admis à l'hôpital proviennent de Maisons de Repos ou de Soins (MR/S) et, quelle que soit la raison de leur admission, il est assez fréquent qu'ils soient de grands consommateurs de médicaments. Bien qu'il n'y ait rien d'étonnant à cela, une augmentation de la consommation médicamenteuse entraîne une majoration des risques liés aux traitements : risques d'interactions médicamenteuses ou alimentaires, de non-observance thérapeutique et d'effets secondaires (Vers une Belgique en bonne santé, 2019).

En outre, la prise en charge médicamenteuse d'un résident est un processus de soins complexe puisqu'elle est la succession d'étapes clés allant du choix des médicaments à prescrire jusqu'au suivi des effets thérapeutiques, en passant par leur prescription, leur délivrance, leur stockage, leur préparation, leur dispensation et leur administration (Omedit, 2023).

Des erreurs médicamenteuses peuvent survenir à n'importe quelle étape de cette prise en charge mais c'est lors de l'administration qu'elles sont les plus fréquentes (Azar, 2022).

Cette problématique de santé publique peut être illustrée à l'aide d'un cas clinique :

« Monsieur M, âgé de 74 ans, a perdu sa femme il y a un an. Depuis son départ, il ressent un vide immense et se sent très isolé. Ses enfants lui ont proposé de s'installer en maison de repos, ce qu'il a accepté. Madame V, sa voisine de chambre, est âgée de 87 ans et réside depuis dix ans en maison de repos. Au fil des ans, son état de santé s'est dégradé et un Alzheimer à un stade avancé vient de lui être diagnostiqué. Elle est devenue totalement dépendante du personnel pour ses soins.

Aujourd'hui, comme tous les matins, une infirmière se charge de déposer les traitements des résidents sur les plateaux repas. Pendant ce temps, les aides-soignants commencent à distribuer les repas aux résidents et, s'ils ne sont plus capables de le faire seul, les aident à manger et à prendre leurs médicaments.

Mr M connaît son traitement par cœur et il sait qu'il commence sa journée par prendre son insuline et son antihypertenseur. Pourtant, ce matin, ses médicaments ne sont pas présents sur son plateau. Il le voit tout de suite à leurs formes et à leurs couleurs. Il sort de sa chambre pour signaler cette erreur au personnel soignant mais l'infirmière ne comprend pas où sont passés ses médicaments. Elle est pourtant sûre de les avoir mis sur le bon plateau.

Une vingtaine de minutes plus tard, un aide-soignant sort paniqué de la chambre de Mme V et explique que cette dernière a perdu connaissance peu de temps après avoir reçu son traitement. C'est à ce moment-là que l'infirmière comprend que le traitement en question n'était rien d'autre que celui de Monsieur M. Ils décident d'appeler l'ambulance. »

En tant qu'infirmière, j'ai déjà été confrontée et interpellée par des situations médicales semblables à celle de Madame V. Elles m'interpellent d'autant plus que, comme illustré ci-dessus, les erreurs d'administration ne sont pas sans risque pour la personne âgée et peuvent être à l'origine de nombreux effets indésirables tels que des effets secondaires liés aux traitements, des hospitalisations et une mortalité potentiellement évitables (Azar, 2022). Je sais néanmoins que les erreurs sont humaines et que certaines d'entre elles sont la conséquence, plus ou moins directe, des conditions de travail présentes en MR/S. En effet, la charge de travail élevée et les pénuries en personnel ne permettent pas toujours d'offrir une prise en charge idéale aux résidents (Azar, 2022 ; BeSWIC, 2020).

L'intérêt que j'ai porté à cette problématique de santé publique m'a amenée au questionnaire suivant : « *Dans quelle mesure les modes de préparation et de dispensation des médicaments destinés aux résidents en maisons de repos et de soins peuvent améliorer la qualité du processus de soins médicamenteux ?* »

Avant de tenter d'apporter une réponse à cette question de recherche, nous allons donc premièrement décrire les cadres théorique et contextuel dans lesquels cette problématique s'inscrit. Dans cette première partie, nous nous intéresserons particulièrement aux caractéristiques du processus de soins médicamenteux – en théorie – et aux différents professionnels impliqués au sein de ce processus en MR/S. Dans un second temps, nous approfondirons notre travail de recherche en investiguant les différentes pratiques existantes au sein même des maisons de repos. Pour ce faire, nous réaliserons des entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs mis en avant par le cadre théorique. Dans un troisième temps, nous présenterons les résultats de cette recherche qualitative. Enfin, sur base de l'ensemble des données de littérature et des données qualitatives recueillies, nous tenterons de formuler une réponse à notre question de recherche.

Les objectifs de ce travail seront tout d'abord d'examiner le fonctionnement général des MR/S face aux trajets de soins médicamenteux mais aussi d'étudier les rôles des différents professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge médicamenteuse des résidents. Ensuite, de mettre en avant les forces et faiblesses des différentes pratiques observées. Enfin, d'établir des recommandations pour promouvoir la qualité et la sécurité du processus de soins médicamenteux en MR/S.

I. Cadre théorique

1. Définitions

La rédaction de notre cadre théorique commence par la clarification des concepts clés repris dans notre question de recherche.

1.1. Les résidents en maisons de repos ou de soins

Dans la loi, un résident en maison de repos est défini comme « l'ainé de septante ans au moins qui est hébergé ou accueilli dans un établissement pour aînés ainsi que toute autre personne de moins de septante ans qui, à titre exceptionnel [...], y est hébergée ou accueillie » (Décret régional, 14 février 2019, p.1). Cette définition doit cependant être nuancée puisque l'âge minimum requis pour résider dans une MR/S diffère d'une région à l'autre du pays. En effet, s'il est dorénavant fixé à septante ans en Wallonie, en région de Bruxelles-Capitale il est toujours fixé à soixante ans (Iriscare, sd).

Le choix de résider dans une maison de repos ou dans une maison de repos et de soins va quant à lui dépendre du niveau d'autonomie et/ou de dépendance physique de la personne âgée. Dans le système de santé belge, nous distinguons essentiellement deux types de structures résidentielles pour accueillir nos aînés : les Maisons de Repos pour Personnes Âgées (MRPA) et les Maisons de Repos et de Soins (MRS) (Devos et al., 2019).

Les MRPA peuvent être définies comme « hébergement de personnes âgées qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et s'il y a lieu de soins infirmiers ou paramédicaux » et les MRS comme « hébergement de personnes âgées dont l'autonomie est réduite, nécessitant des soins, et atteintes d'une maladie de longue durée étant entendu qu'une surveillance journalière et un traitement médical spécialisé ne s'imposent pas. Comparées aux maisons de repos, les maisons de repos et de soins ont un caractère hospitalier nettement plus accentué, elles disposent de ressources en matériel et personnel médical plus importantes en vue d'assurer un traitement approprié aux pathologies lourdes » (MultiPharma, 2022, p.5).

L'âge et le niveau d'autonomie ou de dépendance de la personne âgée sont donc des critères essentiels pour déterminer d'une part si l'entrée en MR/S est envisageable, d'autre part quel type de structure correspondrait le mieux aux besoins physiques de la personne. Ces critères ne sont malgré tout plus suffisants pour répondre aux besoins actuels de nos aînés. En effet, de nos jours, les personnes âgées veulent pouvoir choisir librement leur future « maison » et sont à la recherche d'un lieu de vie et non plus seulement d'un lieu de soins.

Dans chaque établissement, un projet de vie institutionnel doit par ailleurs être rédigé par le directeur « en collaboration avec le personnel et le conseil participatif, en vue de favoriser l'épanouissement et le bien-être des personnes âgées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement » (Arrêté du Collège, 3 décembre 2009, Art.13). Ce projet doit non seulement mentionner les valeurs sur lesquelles l'organisation repose mais aussi les missions et moyens qu'elle se donne pour répondre aux besoins humains de ses résidents. Ce document apporte donc des informations relatives à l'accueil, au séjour, à l'organisation des soins et des services, à l'organisation du travail et à la mise en place de la participation des résidents. Il est communiqué aux membres du personnel lors de l'engagement et aux résidents lors de leur admission, ainsi qu'à chaque modification (Vandenhove, 2011). Le projet de vie institutionnel, bien que s'inscrivant dans le cadre d'une démarche de qualité et d'amélioration continue, ne permet pas à lui seul de répondre aux besoins des résidents. Notre société va donc encore devoir adapter son offre et son mode de pensée pour transformer les MR/S en véritables lieux de vie (De Rynck et al., 2022).

Ce changement radical dans notre mode de fonctionnement est d'autant plus pressant que le nombre de résidents en MR/S ne va cesser d'augmenter et que cette évolution démographique risque d'avoir un impact considérable sur notre santé publique (De Rynck et al., 2022 ; Duyck et al., 2022). De plus, de nombreux résidents – en raison de leur âge, de leurs comorbidités et de leurs médications – sont considérés comme « fragiles ». Cette fragilité peut les prédisposer à une évolution vers le déclin fonctionnel et augmenter les risques d'apparition de syndromes gériatriques, ce qui les rend particulièrement à risque de présenter des « événements iatrogènes secondaires à des problèmes de prescription, d'administration, de suivi ou d'observance [médicamenteuse] » (Clairet et al., 2018, p.1). Dans le cadre de ce travail, et pour cette raison, nous nous intéresserons au fait que l'utilisation des médicaments en MR/S doit être adaptée à cette population plus à risque.

1.2. Processus de soins médicamenteux

L'ensemble du processus de soins médicamenteux destiné aux résidents en MR/S inclut différentes activités telles que la sélection, la prescription, le stockage, la préparation, la dispensation, la délivrance et l'administration des médicaments, mais aussi le suivi thérapeutique des résidents (Medipense Canada, sd.). Il inclut également l'élimination et le recyclage des substances médicamenteuses périmées ou non-utilisées (APB, 2016).

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement aux différents modes de préparation et de dispensation des médicaments en MR/S.

1.2.1. Préparation médicamenteuse

La préparation des médicaments à administrer aux résidents en MR/S est réalisée – pour les médicaments soumis à une prescription médicale – sur base d'une ordonnance, et pour les médicaments non soumis à la prescription, soit par un pharmacien dans une officine, soit par un infirmier au sein de la maison de repos (Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé, 10 mai 2015).

Tout professionnel de la santé est responsable des actes qu'il pose ou qu'il supervise. En cas de dommage, seule la responsabilité du ou des praticien(s) ayant commis la faute pourra être retenue. Néanmoins, dans certaines situations particulières, il se peut que les deux parties soient tenues pour responsables. Par exemple, si le pharmacien commet une faute évidente dans sa préparation et que l'infirmière administre tout de même le traitement sans se poser de question, sa responsabilité pourrait aussi être retenue pour l'erreur commise (Zorg Magazine, 2018).

1.2.2. Dispensation médicamenteuse

La dispensation des médicaments est une étape clé dans la prise en charge médicamenteuse du résident. Placée sous la responsabilité directe d'un pharmacien, elle permet de sécuriser le processus de soins médicamenteux en associant à la délivrance du médicament une analyse pharmaceutique de la prescription. Lors de cette analyse, le pharmacien va notamment s'assurer de la validité de l'ordonnance, de l'absence d'erreur de prescription, d'interaction ou d'incompatibilité médicamenteuse et/ou alimentaire (Lepharmacien, 2020).

Avant de délivrer un médicament, le pharmacien veille également à fournir, au patient ou à la personne chargée de l'administration, des informations ou conseils au sujet du produit délivré (AR portant instructions pour les pharmaciens, 21 janvier 2009).

1.3. Qualité du processus de soins médicamenteux

Dans un premier temps, nous allons définir la qualité d'un processus de soins médicamenteux par l'absence d'erreurs médicamenteuses, en nous positionnant ainsi du point de vue des résidents. Dans un second temps, nous décrirons les caractéristiques auxquelles un processus de soins médicamenteux doit pouvoir répondre pour améliorer la qualité du processus du point de vue des soignants, et plus particulièrement du point de vue des infirmiers en MR/S.

1.3.1. Sécurité des soins

La qualité d'un processus de soins médicamenteux se mesure avant tout par l'absence d'erreur médicamenteuse tout au long du processus. L'erreur médicamenteuse peut être définie comme l'écart entre ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge médicamenteuse du résident et ce qui a été fait en pratique. Elle peut survenir à n'importe quelle étape du processus médicamenteux (Omedit, 2023).

Dans la littérature, Baum et al. (2014) décrivent sept types d'erreurs médicamenteuses :

- Erreur de patient ;
- Erreur d'omission ;
- Erreur de médicament : stratégie thérapeutique, redondance, contre-indication, forme galénique, médicament injustifié, détérioré, périmé ;
- Erreur de dose (sur ou sous-dosage) : posologie, concentration, volume et débit ;
- Erreur de modalités d'administration : voie d'administration, lieu et durée d'application ou de perfusion, technique d'administration ;
- Erreur de moment de prise ;
- Erreur dans la durée d'administration du traitement.

Selon Azar (2022), l'erreur médicamenteuse peut également résulter d'une erreur de transmission ou de retranscription sur les interfaces mises à disposition des soignants.

Selon un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS), nous savons que 55 % des erreurs liées à des produits de santé touchent des personnes âgées de 65 ans et plus, et que 81 % des erreurs sont commises au sein même des établissements de santé. D'après cette même étude, nous savons également que 65 % des erreurs surviennent lors de l'administration médicamenteuse, 28 % lors de la prescription et 7 % lors de la dispensation (Alquier, 2020).

Chaque année, la présence d'erreurs médicamenteuses est associée à des événements indésirables tels que des complications liées aux traitements, des hospitalisations et des décès potentiellement évitables (Alquier, 2020 ; Anrys et al., 2016).

De nombreuses recherches ont donc eu lieu, en Belgique et à l'étranger, afin de mesurer la fréquence de ces événements indésirables. Parmi celles-ci, une étude belge menée sur l'admission à l'hôpital de 302 personnes âgées fragiles montre qu'un quart de ces admissions non-programmées est potentiellement lié à une prescription inappropriée (Dalleur et al., 2012). Une autre étude, réalisée aux Pays-Bas, a mis en évidence que 5,6 % des admissions non-programmées à l'hôpital sont liées aux médicaments et que près de la moitié de celles-ci sont potentiellement évitables (Leendertse et al., 2008).

La meilleure manière de prévenir l'apparition d'événements indésirables liés aux traitements est de sécuriser l'ensemble des différentes étapes du processus médicamenteux afin de réduire, voire d'empêcher la survenue d'erreurs médicamenteuses (Alquier, 2020).

1.3.2. Efficacité et efficience du processus médicamenteux

L'efficacité peut être définie comme le degré avec lequel les résultats souhaités sont obtenus, alors que l'efficience se réfère plutôt à l'utilisation optimale des ressources disponibles et peut être définie comme le rapport entre ce qui a été investi dans le processus et les résultats obtenus à la suite de cet investissement (Vers une Belgique en bonne santé, 2019).

Dès lors, pour qu'un processus soit utilisable et utilisé, il faut qu'il permette à ses utilisateurs – ici en l'occurrence aux infirmiers en maisons de repos – de réaliser leurs tâches avec efficacité, efficience et satisfaction (Com-Ruelle, 2008).

2. Cadre contextuel

2.1. Perspectives démographiques et impacts du vieillissement

La Belgique compte plus de deux millions de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui correspond à 19,6 % de sa population actuelle (Statbel, 2022). Selon les perspectives démographiques du Bureau fédéral du Plan (2021), cette proportion devrait encore croître ces prochaines années pour atteindre les 26 % en 2050. Les 85 ans et plus devraient, quant à eux, représenter environ 6 % de la population belge d'ici 2050.

L'évolution de la structure par âge de la population a un impact direct sur le nombre de personnes vivant en maisons de repos en Belgique. En 2016, la proportion de personnes vivant en institutions était de 8,5 % pour les plus de 65 ans et dépassait les 40 % pour les plus de 90 ans (Devos et al., 2019).

Dès 2030, l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la génération baby-boom seront responsables d'une augmentation significative du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus vivant en ménages collectifs, et d'ici 2070 leur nombre pourrait même doubler (Duyck et al., 2022). Bien que la notion de ménage collectif ne se limite pas aux maisons de repos mais inclut également les hôpitaux psychiatriques, les prisons et les couvents, nous pouvons considérer qu'à partir d'une certaine classe d'âge la grande majorité des personnes vivant en ménages collectifs réside dans une maison de repos ou de soins (Bureau fédéral du Plan, 2021).

L'allongement de l'espérance de vie ne signifie pas que la proportion d'années de vie en bonne santé augmente parallèlement à celle-ci (OMS, 2022). Au contraire, selon un rapport publié par la HAS (2015), « la prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente » (HAS, 2015, p.1).

Dès lors, si le nombre d'années de vie gagnées se transforme en années de vie en mauvaise santé, cela aura un impact considérable sur la santé globale de notre pays ainsi que sur notre consommation médicamenteuse.

2.2. *Consommation médicamenteuse en MR/S*

La polymédication, aussi appelée polypharmacie, est définie comme la prise de 5 médicaments ou plus, par jour, alors que la polypharmacie excessive désigne la prise quotidienne de 9 médicaments ou plus (Van der Heyden et al., 2018).

D'après une étude sur la santé, l'âge et le vieillissement en Europe, la Belgique occupe la quatrième place en termes de polymédication chez les personnes âgées de 65 ans et plus parmi les dix-huit pays participants à l'enquête (Midão et al., 2018).

Des données issues de la littérature scientifique appuient cette problématique de santé publique puisque nous savons qu'un résident en MR/S prend, en moyenne, 9 médicaments par jour (Anrys et al., 2018) et que 88 % de ces médicaments sont à usage chronique (SSMG, sd.).

Selon Van der Heyden et al. (2018), la prévalence de la polymédication chez nos aînés n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Une étude de Devos et al. (2019) confirme ce constat puisque leurs données rapportent que 39 % des 65 ans et plus sont polymédiqués à ce jour alors que ce phénomène ne touchait que 27 % d'entre eux en 2013. La polymédication excessive, bien que de moindre ampleur, suit une tendance identique (Von Rauch et al., 2021).

Bien qu'elle puisse se justifier par l'état de santé d'une personne âgée, la polypharmacie présente tout de même de nombreux risques : risques de non-observance thérapeutique, d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses, d'une aggravation de la fragilité de la personne âgée et aussi un plus grand risque d'erreurs médicamenteuses (Azar, 2022 ; Vers une Belgique en bonne santé, 2019). « Il faut donc trouver un juste milieu entre une prise raisonnable de médicaments et une « polymédication » » (Vers une Belgique en bonne santé, 2019, p.1).

Enfin, il ne faut pas non plus oublier qu'en « matière de soins de santé, les médicaments ont toujours constitué un sujet de préoccupation dans notre pays, pour des raisons budgétaires et d'accessibilité aux soins mais aussi pour des raisons de santé publique » (Boutsen et al., 2013, p.5).

Selon une étude du KCE sur l'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges, en 2006, plus d'un médicament sur trois est consommé par une personne âgée de 70 ans et plus (Vander Stichele et al., 2006). Quelques années plus tard, Solidaris confirme ce constat puisque leurs données rapportent que 39 % des médicaments consommés en Belgique sont consommés par cette classe d'âge, bien qu'elle ne représente que 12 % de la population (Boutsen et al., 2013).

Tous ces médicaments ont un coût pour la société mais également pour le patient qui en bénéficie. D'une part les résidents en MR/S paient de leur poche des sommes importantes pour leur traitement chronique, d'autre part, bien que ces résidents ne représentent que 1,5 % de la population belge, les coûts générés par leur consommation médicamenteuse représentent, quant à eux, plus de 5,6 % du budget total des médicaments remboursés par l'assurance maladie, soit un total de 123 millions d'euros en 2004 (Vander Stichele et al., 2006). Nous ne disposons malheureusement pas de données publiques plus récentes à ce sujet.

La polymédication, bien qu'elle puisse se justifier par l'état de santé d'une personne âgée, peut aussi être la conséquence de Prescriptions Potentiellement Inappropriées (PIP).

2.3. *Prescriptions Potentiellement Inappropriées en MR/S*

Selon Barber (1996), une prescription médicale est considérée comme « appropriée » si elle répond à trois critères. Premièrement, un traitement, pour être prescrit, doit présenter une balance bénéfice/risque¹ favorable. Deuxièmement, le choix du traitement doit respecter les préférences du patient. Troisièmement, il faut prendre en considération les différents coûts occasionnés par la thérapie proposée.

Le terme de « prescription inappropriée » est fréquemment utilisé pour désigner trois types de prescriptions médicamenteuses : « la sur-prescription, qui désigne la prescription d'un médicament sans indication valable ; la mauvaise prescription, qui désigne la prescription incorrecte d'une médication pour une indication valable ; et la sous-prescription, qui désigne l'absence de prescription de médicaments indiqués » (Anrys et al., 2016, p.2).

¹ « Rapport théorique qui existe entre le bénéfice thérapeutique attendu du traitement et le risque potentiel d'effets indésirables de ce traitement. On dit que le rapport est favorable lorsque la probabilité de survenue d'effets indésirables est faible alors que le bénéfice thérapeutique est très probable » (Notre recherche clinique, sd., para.1).

De nombreuses études (Anrys et al., 2016 ; Morin et al., 2016 ; Storms et al., 2017), réalisées dans différents contextes de soins, ont fait ressortir une prévalence élevée de PIP¹ chez les 65 ans et plus, et cette prévalence serait d'autant plus élevée si les personnes résident en MR/S. Lors d'une étude menée dans 54 MR/S belges, la présence de Médicaments Potentiellement Inappropriés (MIP) a été détectée chez 88,3 % des résidents et celle d'Omissions Potentielles de Prescriptions (OPP) chez 85 % d'entre eux (Anrys et al., 2018).

Selon Anrys et al. (2018), leur prévalence est associée à certaines caractéristiques propres aux résidents et d'autres spécifiques aux MR/S. Les facteurs de risque associés aux MIP sont la polypharmacie, les antécédents de chutes, les patients atteints de démence, de troubles cognitifs, ou de toute autre maladie neuropsychiatrique ainsi que le fait de résider dans une MR/S en Wallonie ou à but lucratif. Les patients âgés de plus de 85 ans ou présentant des comorbidités lourdes ou une forte dépendance sont, quant à eux, plus à risque de présenter des OPP.

Réduire la prévalence des PIP dans les MR/S belges est, encore aujourd'hui, un défi majeur pour notre système de soins de santé. Différents outils ont d'ailleurs été créés afin de sensibiliser les médecins prescripteurs dans ce sens. En Belgique, ce sont les outils STOPP/START et l'échelle de Beers qui sont les plus couramment utilisés pour aider les médecins à détecter les PIP chez les personnes âgées. Les critères de Beers et STOPP permettent de détecter les MIP tandis que les critères START détectent les OPP (Anrys et al., 2018).

2.4. *Étude COME-ON*²

L'étude COME-ON s'est intéressée aux différentes problématiques existantes autour de la prise en charge médicamenteuse d'un résident en MR/S. Cette étude a été financée par l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI). En effet, en raison « de la forte consommation médicamenteuse, de la prévalence élevée de l'utilisation inappropriée des médicaments et du manque d'approches interdisciplinaires structurées dans les maisons de repos belges, l'Institut national d'assurance maladie et invalidité a lancé un appel à projet national en 2013 » (Anrys et al., 2016, p.3. Traduction libre).

¹ Le terme de PIP est un terme général qui englobe à la fois les MIP et les OPP (Anrys et al., 2018)

² COME-ON est l'acronyme anglais d'une approche collaborative pour optimiser l'utilisation des médicaments destinés aux personnes âgées vivant en maisons de repos et de soins.

Les principaux objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'effet d'une intervention multicomposante sur l'adéquation des prescriptions médicamenteuses pour les résidents en MR/S et d'aider à l'élaboration de recommandations à l'intention des décideurs politiques. L'intervention s'est déroulée entre mai 2015 et juin 2016 dans 54 MR/S belges (Anrys et al., 2016).

Trois stratégies ont été mises en place dans le groupe dit « d'intervention » : un programme de formations pour les professionnels de santé, composé d'e-learning et d'ateliers en présentiel, des réunions interdisciplinaires locales, offrant la possibilité de discuter de la gestion de certaines classes de médicaments au sein de la MR, et des Conférences de Cas Interdisciplinaires (CCI). Les CCI réunissaient, tous les quatre mois, le médecin généraliste, le pharmacien et l'infirmière, et durant chaque conférence, tous les schémas de médication des résidents étaient revus afin d'optimiser l'utilisation des médicaments (Strauven et al., 2019).

Dans l'ensemble, l'intervention a été bien mise en œuvre dans les différentes MR/S concernées et a été appréciée par les différents praticiens. Nombre d'entre eux l'ont jugée utile pour approfondir leurs connaissances mais l'un des aspects qui semble avoir été le plus apprécié est le travail en interdisciplinarité et l'accent mis sur la collaboration. Certains mettent en avant le fait que cette approche a permis une meilleure reconnaissance du rôle des autres intervenants et d'améliorer ainsi leur complémentarité (Anrys et al., 2019).

Strauven et al. (2019) ont analysé l'effet de cette intervention sur la pertinence des prescriptions médicamenteuses dans les MR/S. De manière générale, les stratégies mises en œuvre dans le groupe d'intervention se sont avérées efficaces dans l'amélioration de l'usage rationnel des médicaments. En effet, les résultats ont démontré un impact positif significatif sur la résolution des MIP et des OPP préexistants, même si elle ne semble pas avoir eu d'effet significatif sur la réduction de nouvelles PIP. Les deux groupes ne présentent pas non plus de différence significative en termes de mortalité et de recours aux systèmes de soins de santé, et le nombre moyen de médicaments par résident reste également inchangé en fin d'intervention.

« Les données actuelles de l'évaluation du processus suggèrent qu'un effet plus important pourrait être atteint avec plusieurs adaptations telles que le renforcement du rôle et des compétences du pharmacien, le renforcement des relations interprofessionnelles et l'amélioration de la gouvernance et de la responsabilité du médecin généraliste » (Anrys et al., 2019, p.13).

3. Le processus de soins médicamenteux en MR/S

3.1. Le circuit du médicament

Dans le processus de soins médicamenteux, Cubaynes et al. (2011) distinguent deux types de circuits. Un circuit *clinique*, qui est celui de la prise en charge médicamenteuse du résident et qui comprend les phases de prescription, de dispensation et d'administration du médicament, et un circuit plus *logistique*, qui considère le médicament en tant que produit, depuis son achat jusqu'à son arrivée au chevet du patient.

Le trajet du médicament est donc un processus complexe et hétérogène qui fait intervenir de nombreux acteurs à chaque étape du processus et qui « repose sur une chaîne de savoir-faire dans laquelle la transmission de l'information et la coordination des interventions sont des facteurs essentiels » (Cubaynes et al., 2011, p.1). Un risque important d'erreurs peut survenir tout au long du processus étant donné qu'il repose principalement sur des aptitudes humaines.

3.2. Multiplicité des acteurs impliqués dans le processus en MR/S

Aux risques liés à la polymédication et aux différentes phases d'un circuit médicamenteux s'ajoutent donc ceux liés à la multiplicité des acteurs. « Si l'on suit le trajet d'un médicament pharmaceutique depuis la source pharmaceutique jusqu'au patient, on peut voir les nombreuses mains et la source potentielle d'erreurs » (Medipense Canada, sd., para.1).

En 2010, le pharmacien Nagels critiquait vivement la gestion médicamenteuse en MR/S : « Il était question d'un pourcentage d'erreur de 12 à 14 %. Cela signifie qu'un occupant sur sept ne recevait pas les bons médicaments. Pour nous, il fallait tirer la sonnette d'alarme. La cascade médicamenteuse dans les maisons de repos est beaucoup trop complexe. Souvent, cela se passe encore comme ceci : un pharmacien fournit l'emballage, un infirmier prépare la dose par patient. Ensuite, les médicaments sont apportés au patient par une troisième personne. Ce trajet est trop compliqué, et c'est ainsi que des erreurs surviennent » (Nagels, 2010, para.1).

Dans le cadre de notre travail, nous avons identifié les médecins coordinateurs, les médecins généralistes, les infirmiers, les aides-soignants et les pharmaciens comme ayant un rôle à jouer dans le processus de soins médicamenteux des résidents et allons donc aborder leurs rôles.

3.2.1. Rôle du médecin coordinateur et conseiller et des généralistes

Les MRS travaillent conjointement avec un Médecin Coordinateur et Conseiller (MCC) et des Médecins Généralistes (MG). En effet, tout établissement agréé « MRS » est légalement tenu d'avoir un MCC. Ce médecin est en réalité un MG ayant reçu une formation supplémentaire. Il est entre autres responsable d'organiser des concertations pluridisciplinaires – auxquelles les MG sont invités à participer – de promouvoir des soins de qualité aux personnes âgées et une utilisation rationnelle des médicaments au sein de son institution, notamment par l'élaboration d'un formulaire médico-pharmaceutique (Anrys et al., 2019). La présence d'un MCC a un impact positif sur la qualité des prescriptions en MRS et tous s'accordent pour dire que son rôle devrait encore être renforcé pour améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse (Anrys et al., 2019 ; Vander Stichele et al., 2006).

Néanmoins, les résidents conservent le droit de choisir leur MG et nombre d'entre eux restent fidèles à leur médecin de famille, ce qui signifie que le nombre de MG actifs dans une même institution peut être illimité (Vander Stichele et al., 2006). De même qu'avec ce système, un même MG peut avoir des consultations dans autant de MR/S qu'il a de patients en institutions. De plus, il ne faut pas non plus oublier que certaines communes sont marquées par une pénurie de MG et que cette pénurie peut être à l'origine d'une surcharge de travail pour les MG restants. Elle est plus marquée en Flandre et en Wallonie qu'à Bruxelles (Le Spécialiste, 2022).

La multitude de médecins à concerter et les difficultés inhérentes à la profession sont autant de freins aux concertations régulières et à la continuité des soins en maisons de repos. Ce constat est d'autant plus problématique que les MG sont, de par leur rôle de prescripteur, à la base de toute prise en charge médicamenteuse. Acteurs essentiels dans la gestion et dans le suivi des effets thérapeutiques, leur présence est également nécessaire pour assurer des revues de médication efficaces. Cette revue médicamenteuse, bien qu'elle soit rémunérée pour le pharmacien d'officine, par l'INAMI et depuis avril 2023 seulement, ne donne actuellement lieu à aucune rémunération pour le MG (CBIP, 2023).

3.2.2. Rôle de l'infirmier

L'exercice de l'art infirmier est défini par la loi comme l'accomplissement des activités suivantes : « observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ; définir les problèmes en matière de soins infirmiers ; informer et conseiller le patient et sa famille ; assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes ; [...] collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit » (AR n°78, 10 novembre 1967, Art.21). Dans l'annexe I de l'AR n°78 (1967), nous retrouvons la liste des prestations techniques de soins infirmiers pouvant être réalisées par des praticiens de l'art infirmier. La préparation et l'administration de médicaments en font partie. Néanmoins, l'infirmier, « très souvent dérangé, n'est pas le mieux à même pour effectuer cette tâche [la préparation médicamenteuse] dans les meilleures conditions de sécurité. À ce titre, l'intervention des préparateurs en pharmacie [...] apporte une réelle plus-value puisqu'elle sécurise le travail (le préparateur connaît bien les médicaments et n'est pas dérangé dans sa tâche) et libère du temps infirmier ce qui permet à l'infirmier de se consacrer pleinement à l'administration des médicaments » (Cubaynes et al., 2011, p.21).

En effet, l'infirmier, en étant responsable de l'administration des traitements prescrits, est le dernier intervenant du processus de soins médicamenteux en MR/S. Il représente donc le dernier rempart de sécurité du processus et il est de son devoir d'opérer d'ultimes vérifications avant l'administration médicamenteuse (Cubaynes et al., 2011). Pour ce faire, il doit se référer à la règle des 5 « B » et toujours se demander : *Est-ce que j'administre au bon résident, le bon médicament, à la bonne dose, au bon moment et sur la bonne voie ?* (HAS, 2013).

Enfin, en assurant une permanence continue au chevet de leurs résidents, ils sont en première ligne et leurs observations sont l'un des éléments clés à prendre en compte lors des revues de médications. En effet, ils sont les yeux des autres intervenants sur le terrain et peuvent servir de relais face à l'identification de certains problèmes, tels que des erreurs de prescription ou de préparation, des effets secondaires liés aux traitements, des difficultés d'administration ou encore des dysfonctionnement dans le mode de distribution. Ils ont aussi un rôle important pour assurer la continuité des soins médicamenteux et le suivi de l'information (Alquier, 2020 ; Cubaynes et al., 2011).

3.2.3. Rôle de l'aide-soignant

L'AR du 12 janvier 2006 fixe les dix-huit activités infirmières qui peuvent être effectuées par un aide-soignant, à condition qu'un infirmier les lui ait déléguées. Parmi ces activités, une seule concerne le processus de soins médicamenteux en MR/S. En effet, la loi stipule que l'aide-soignant peut « aider à la prise des médicaments par voie orale des résidents, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un infirmier ou un pharmacien » (AR fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, 12 janvier 2006). Depuis 2019, un nouvel AR autorise les aides-soignants à poser cinq actes supplémentaires dont l'administration de médicaments – à l'exclusion des substances stupéfiants – préparés par un infirmier ou un pharmacien, par toutes les voies d'administration suivantes : orale, rectale, gouttes ophtalmiques et auriculaires, percutanée, et sous-cutanée (uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée) (AR modifiant l'AR du 12 janvier 2006, 27 février 2019).

Pour être autorisé à accomplir ces actes supplémentaires, l'aide-soignant doit prouver qu'il a suivi un programme de formation qui comprend l'apprentissage de ces nouveaux actes. En d'autres termes, « les personnes qui obtiennent leur inscription en tant que professionnel de santé à partir du 1^{er} septembre 2019 et qui peuvent démontrer que leur formation de base comprend les nouveaux actes, seront autorisées à les accomplir. Celles qui ont eu accès à la profession d'aide-soignant avant le 1^{er} septembre 2019 devront suivre une formation complémentaire de 150 heures » (CPSI, 2020, para.3).

3.2.4. Rôle du pharmacien

Le pharmacien détient un rôle majeur pour garantir la sécurité et la qualité du processus de soins médicamenteux. Il est aussi bien responsable du contrôle de la conformité et de la qualité des produits et services qu'il délivre, que du stockage, de l'étiquetage, de la préparation, de la délivrance et de la dispensation de soins pharmaceutiques (AR portant instructions pour les pharmaciens, 21 janvier 2009). Néanmoins, le rôle du pharmacien en MR/S se limitait jusqu'il y a peu à la préparation et à la délivrance des produits pharmaceutiques (Anrys et al., 2018). Selon Peeters et de Thier (2017), faire évoluer ce rôle et développer le concept de soins pharmaceutiques « personnalisés » était devenu essentiel pour optimiser les prises en charge médicamenteuses des résidents en MR/S et améliorer leur qualité de vie.

La dispensation de soins pharmaceutiques personnalisés est un modèle de soins centré sur le patient, orienté vers les résultats et concerté avec les autres prestataires de soins. Il vise non seulement à promouvoir la santé et à prévenir la maladie mais aussi à initier, suivre et évaluer les différents traitements médicamenteux afin d'en assurer l'efficacité et la sécurité. Il englobe diverses activités du ressort du pharmacien telles que l'information, la surveillance et le contrôle des schémas de médication, la formation du personnel soignant, les concertations médico-pharmaceutiques et la sensibilisation des médecins généralistes (AR portant instructions pour les pharmaciens, 21 janvier 2009).

En maisons de repos, la présence d'un pharmacien est d'autant plus importante que la plupart des résidents présentent un profil de santé gériatrique – c'est-à-dire des comorbidités, une polypharmacie associée et une modification des propriétés pharmacocinétiques de leurs médicaments – et qu'ils cumulent donc les risques de présenter des événements iatrogènes (Étude COME-ON plateforme de formation en ligne, 2015). « L'approvisionnement des médicaments dans les maisons de repos a donc tout à gagner avec la contribution active du pharmacien » (Zorg Magazine, 2010, para.1).

3.3. La pharmacie moderne

Ces dernières années, plusieurs décisions ont été prises, au niveau du gouvernement, afin d'améliorer la gestion de la prise en charge médicamenteuse dans les maisons de repos et de soins, en Belgique. Parmi celles-ci, nous retrouvons notamment, l'obligation, pour chaque MRS, de disposer d'un médecin coordinateur et conseiller ; l'encadrement de la préparation de médication individuelle par arrêté royal et la réforme sur le remboursement des médicaments délivrés en MR/S avec la tarification à l'unité.

3.3.1. Préparation de médication individuelle

3.3.1.1. Cadre légal

La Préparation de Médication Individuelle (PMI) est définie, par le législateur, « comme étant l'opération consistant à enlever de leur conditionnement primaire un ou plusieurs médicaments et ensuite, le cas échéant, de les grouper dans un seul conditionnement fermé d'administration individuelle, destiné à un patient individuel à un moment déterminé » (APB, 2012, p.2). Cette

tâche est confiée au pharmacien. Elle s'effectue, le plus souvent, de façon automatisée mais peut aussi s'opérer manuellement (APB, 2012). En plus de la préparation à proprement parler, le pharmacien s'assure qu'il n'y ait pas d'incompatibilité entre les différents médicaments et/ou compléments alimentaires administrés simultanément au patient (Conseil des ministres, 2012).

Sur proposition de la ministre de la santé publique Laurette Onkelinx, le Conseil des ministres « a marqué son accord sur un projet d'arrêté royal établissant les règles à respecter pour la préparation de médication individuelle. Ce système apporte une sécurité aux patients qui font l'objet d'un traitement chronique composé de différents médicaments, simplifie grandement leur administration et diminue fortement le risque d'erreurs de manipulation lors de la préparation des doses journalières en institution. Et le projet d'arrêté royal adopté ce jour – qui encadre de manière stricte ce système - renforcera encore la sécurité des patients » (Conseil des ministres, 2012, para.5). Cette activité a donc été réglementée par AR le 24 septembre 2012.

3.3.1.2. Les avantages d'un recours à la PMI en MR/S

La PMI automatisée permet de sécuriser la préparation des médicaments pour les résidents en institutions, en enregistrant un taux très faible d'erreurs ; de faciliter leur administration et d'accroître l'observance thérapeutique de certains patients. Elle s'adresse donc particulièrement à des patients polymédiqués ou « avec pathologies ou états physiologiques particuliers, présentant des risques iatrogènes ou de non observance thérapeutique » (Delhay, 2019, p.5). Avoir recours à la PMI présente également un gain de temps non négligeable pour le personnel soignant en MR/S. Bruno Vandemoortel, directeur d'une MR, s'explique : « jusqu'il y a un an, la médication était préparée par le personnel infirmier. C'était un travail qui prenait énormément de temps. La préparation avait lieu quotidiennement et durait facilement quatre heures. Pendant la préparation, le membre du personnel était par ailleurs souvent interrompu dans son travail par d'autres tâches. Des erreurs dans la préparation de la médication guettaient donc en permanence le personnel » (Zorg Magazine, 2013, para.3).

Selon Delhay (2019), pharmacien et directeur « care and quality » chez Multipharma, la PMI, bien qu'elle favorise un usage sécurisé et rationnel des médicaments, est indissociable des révisions médicamenteuses en amont et d'un suivi pharmaceutique en aval. En outre, pour être optimales, ces activités doivent, selon lui, s'inscrire dans le cadre d'une concertation médico-pharmaceutique.

« Avec la PMI, le pharmacien renforce son rôle de dispensateur de soins pharmaceutiques » (Delhaye, 2019, para.2). La nécessité de renforcer le rôle du pharmacien a également été mise en avant par l'étude COME-ON (Anrys et al., 2019).

3.4. Approche interdisciplinaire autour du résident en MR/S

La multiplicité des acteurs ayant un rôle dans l'ensemble du processus de soins médicamenteux en MR/S peut être une source de richesse mais également une source de difficultés et d'erreurs. Pour garantir une prise en charge médicamenteuse optimale en institutions de soins et limiter les risques, une approche interdisciplinaire qualitative semble s'imposer (Anrys et al., 2019).

« La collaboration et la communication interprofessionnelles sont aujourd'hui reconnues comme essentielles pour répondre aux demandes de soins de plus en plus complexes des patients et leur offrir des soins de santé efficaces, sûrs et de qualité. La coordination et la continuité des soins, de même que la transmission d'informations entre professionnels impliqués [...] sont les éléments clefs de cette approche et représentent un véritable enjeu pour nos pratiques professionnelles » (Louis-Simonet, 2017, p.1). Cependant, à l'heure actuelle, la circulation de l'information entre les prescripteurs, les pharmaciens et les infirmiers n'est pas encore optimale. Cela engendre une charge de travail supplémentaire pour l'infirmière – qui se retrouve bien souvent amenée à servir de relais entre les différents acteurs de soins – et cela peut nuire à la continuité des soins médicamenteux en MR/S (Cubaynes et al., 2011).

Dans les MRS, des concertations pluridisciplinaires sont organisées par le MCC, à intervalles réguliers, et elles doivent notamment permettre à l'infirmier de relayer oralement certaines informations (AVIQ, 2022). Ces concertations ne sont néanmoins pas suffisantes pour conduire une approche interdisciplinaire efficace et satisfaisante. Selon la docteur Louis-Simonet (2017), la Collaboration Interprofessionnelle (CI) fait appel à des compétences qui ne sont pas innées et qui doivent être apprises et pratiquées. Dans ce sens, la construction d'une approche interdisciplinaire requiert tout d'abord « de définir un but non seulement commun mais aussi clairement identifié comme rendant nécessaire la participation des différents acteurs de soins concernés à travers l'apport de leurs compétences respectives de même que, dans certaines situations, celle du patient ». Ensuite, il faut tenir compte des facteurs pouvant influencer les interactions au sein de l'équipe : « les valeurs, intérêts et agendas différents [...], de même

qu'une asymétrie de pouvoir entre les professionnels impliqués peuvent être sources potentielles de conflit, installer un climat de compétition et nuire aux prises de décision ». Enfin, l'expertise de chaque acteur doit « être reconnue et valorisée ; la complémentarité des rôles des autres professionnels et leur interdépendance également. Ceci exige de la compréhension et du respect mutuel, une meilleure connaissance des compétences spécifiques et communes de chaque membre ou groupe professionnel de l'équipe ainsi qu'une clarification des rôles et responsabilités de chacun » (Louis-Simonet, 2017, pp.1-2).

Selon Cubaynes et al. (2011), pour avoir une prise en charge optimale des résidents en MR/S, les différents acteurs de soins doivent pouvoir se positionner sur les tâches où leur plus-value est la plus importante. « L'infirmier doit pouvoir se consacrer à l'administration des médicaments, en particulier les plus à risque tels que les injectables, en s'appuyant sur le préparateur (le pharmacien) pour la préparation des doses à administrer et la gestion des médicaments. Le pharmacien doit se rapprocher du soin par l'analyse des ordonnances et plus largement apporter son expertise clinique au médecin. Ce dernier doit pouvoir se consacrer à une prescription de qualité, il doit en avoir les moyens (informatisation ergonomique) et le temps (simplification des tâches administratives) » (Cubaynes et al., 2011, p.2).

4. Hypothèses de recherche

A présent que nous avons procédé à l'élaboration de notre revue de littérature scientifique, nous pouvons penser que la PMI automatisée garantit un processus de soins médicamenteux à la fois plus sûr et plus efficient, tant pour les résidents que pour le personnel de la MR/S, que les prises en charge sans PMI automatisée. Cependant, puisque que nous avons décrit que ce processus de soins ne se limite pas à la préparation des traitements en PMI, nous pouvons également supposer que l'hétérogénéité demeurante au sein des autres pratiques médicamenteuses peut amener à des situations à risque, quel que soit le mode de préparation choisi par la MR/S.

Dans la suite de ce travail, nous allons tenter de vérifier la validité de ces différentes hypothèses.

II. Méthodologie et matériel

1. Méthode de recherche

1.1. Recherche qualitative

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi d'utiliser des méthodes de recherches qualitatives. Nous avons fait ce choix pour différentes raisons.

Premièrement, l'un des points forts de la recherche qualitative est qu'elle permet de rendre compte de la complexité de certaines situations (Aujoulat, 2022). Or, puisque nous savons que la prise en charge médicamenteuse d'un résident en MR/S est un processus complexe et hétérogène, cette méthode de recherche nous paraissait la plus indiquée.

Deuxièmement, puisque nous cherchons à décrire dans quelle mesure les différents modes de préparation et de dispensation des médicaments améliorent la qualité du processus de soins médicamenteux en MR/S, étudier les professionnels de la santé dans leur milieu naturel et les interroger, au moyen d'une recherche qualitative, sur leurs pratiques et leurs expériences quotidiennes nous permet de mieux apprécier les réalités et les enjeux du terrain (Christiaens et Kohn, 2014).

Troisièmement, puisque nous souhaitons aussi investiguer la satisfaction globale des différents acteurs par rapport au processus actuel, et que cette question reste avant tout une satisfaction d'ordre individuel, la recherche qualitative est la méthode qui nous permet le mieux de considérer la subjectivité et la spécificité de chaque intervenant (Aujoulat, 2022).

Enfin, la recherche qualitative vise « non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène. Elle est également utile pour générer des hypothèses » (Christiaens et Kohn, 2014, p.69) et d'éventuelles pistes d'amélioration.

2. Collecte des données qualitatives

2.1. Élaboration d'un guide d'entretien

Pour collecter nos données qualitatives, nous avons décidé d'élaborer des guides d'entretien semi-directifs. Les cours dispensés par la professeure Aujoulat (2022) et les données scientifiques recueillies pour l'élaboration de notre cadre théorique nous ont aidés à les rédiger. Ils ont ensuite été présentés à Madame Van Durme pour approbation.

Nous avons fait le choix d'un guide d'entretien semi-directif parce que ce type de guide permet au chercheur de définir un cadre à sa recherche tout en laissant une liberté de parole, plus ou moins importante, au répondant (Aujoulat, 2022), et nous avons préféré nous tourner vers des entretiens individuels pour que chaque acteur se sente libre de partager avec nous son expérience. Pour répondre au mieux à notre question de recherche, nous avons adapté nos questions en fonction du type de répondant : infirmier chef, pharmacien ou médecin, mais aussi du mode de fonctionnement actuel de la MR/S en termes de préparation des médicaments.

Les guides ont été prétestés sur deux professionnels de la santé : un infirmier et un pharmacien.

2.2. Cadre de la recherche

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons uniquement aux pratiques observées dans les maisons de repos (et de soins) en « Belgique francophone ». Par Belgique francophone, nous entendons la région de Bruxelles-Capitale et la région wallonne. Nous avons fait ce choix pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, pour répondre à des critères pratiques évidents tels que l'accessibilité et la préférence d'un langage commun entre le chercheur et les répondants. Ensuite, les compétences en matières de santé étant pour la plupart régionalisées, il nous paraissait dès lors compliqué de s'adapter et d'explorer toutes les règles et pratiques en vigueur dans les trois régions du pays (Vers une Belgique en bonne santé, 2022). Enfin, c'est en Belgique francophone que le nombre de personnes âgées institutionnalisées est le plus élevé et en Wallonie que le taux de résidents polymédiqués est le plus important (Devos et al., 2019).

2.3. *Sélection des maisons de repos et des participants*

En méthodes qualitatives, il existe différents types d'échantillons et pour répondre au mieux à notre problématique, nous avons décidé de travailler avec un échantillon dit « sélectif », c'est-à-dire un échantillon où les « participants » sont sélectionnés sur base de critères d'inclusion définis à l'avance (Aujoulat, 2022). Dans le cadre de cette recherche, nos critères d'inclusion concernaient en premier lieu les institutions de soins. En effet, celles-ci devaient se situer en Belgique francophone et être porteuses d'un agrément MRS et/ou MRPA.

Dans un premier temps, nous avons appelé des Infirmiers Chefs (IC) répondants aux critères énoncés ci-dessus. Pour enrichir notre recherche, nous avons décidé d'interroger des responsables issus de différents profils de MR/S. Nous avons donc sélectionné des institutions d'ordre public et des institutions d'ordre privé, ainsi que des maisons de repos avec des modes de préparation médicamenteuse différents.

Dans un second temps, nous avons interrogé des pharmaciens. Pour être inclus dans notre recherche, ils devaient non seulement exercer leur métier dans une officine et/ou dans un centre de PMI mais aussi travailler avec des MR/S. Ils ont ensuite été sélectionnés sur base d'un échantillonnage à un effet boule de neige. En effet, trois infirmiers chefs ont facilité la prise de contact téléphonique avec leur pharmacie respective. D'une part, la première infirmière cheffe (IC1) que nous avons rencontrée nous a communiqué les coordonnées du pharmacien d'officine (P1) responsable de sa MR/S, d'autre part, deux autres infirmiers chefs rencontrés (IC4 et IC5) travaillent avec la même coopérative de pharmacies et nous avons donc pris contact avec le siège de cette coopérative pour solliciter un entretien. La seconde pharmacienne (P2) a un profil légèrement différent du premier puisqu'elle travaille à la fois comme pharmacienne dans une officine mais aussi comme pharmacienne coordinatrice de soins pour des établissements de santé en région wallonne.

Enfin, nous avons rencontré des médecins généralistes. Leur principal critère d'inclusion était le suivant : avoir des patients en MR/S en Belgique francophone. Le premier (MG1) est à la fois généraliste et médecin coordinateur et conseiller dans la première MR/S que nous avons visitée. Le second (MG2) ne travaille dans aucune des MR/S interrogées et nous avons eu ses coordonnées via une connaissance commune. Nous avons pris contact avec eux par téléphone.

Nous avons choisi de présenter notre échantillon et les liens décrits ci-dessus, à l'aide d'un schéma (voir figure 1). Les six maisons de repos ont été représentées et numérotées dans l'ordre dans lequel nous avons rencontré leur infirmier chef. Si la maison de repos travaille en collaboration avec certains médecins généralistes ou pharmaciens interrogés, ceux-ci ont été placés au-dessus de la MR/S en question.

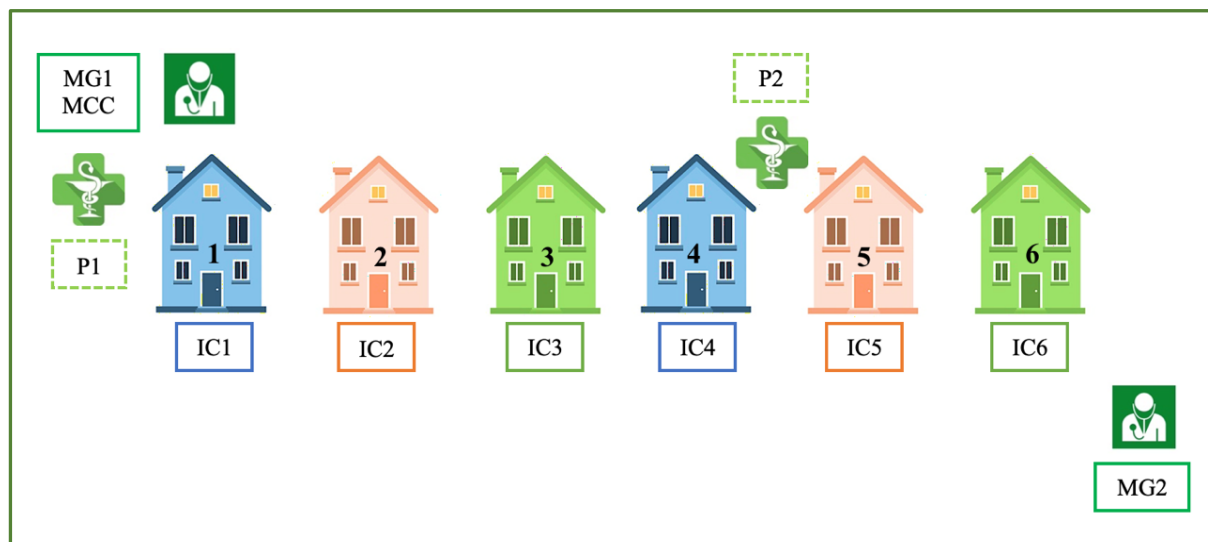


Figure 1. Représentation de l'échantillon des différents professionnels interrogés.

Toutes les entrevues avec les infirmiers chefs ont été précédées d'une collecte des données pour obtenir des informations générales sur la MR/S telles que : MRPA ou MRS ; CPAS ou privée ; nombre de lits agréés, etc. Ces informations provenaient principalement des sites de l'AVIQ et d'Iriscare. Chaque participant a été rencontré sur son lieu de travail habituel – maison de repos, officine ou cabinet médical – et les entretiens ont duré, en moyenne, 30 minutes chacun.

3. Analyse des données

Au début de chaque rencontre, nous avons demandé au futur répondant l'autorisation d'enregistrer l'entretien à des fins d'analyse. Les entretiens se sont déroulés dans le respect et aucun jugement de valeur n'a été porté quant au fonctionnement de chacun. Conformément au règlement général sur la protection des données, aucune donnée à caractère personnel n'a été retranscrite. Chaque enregistrement a ensuite fait l'objet d'une transcription verbatim. Cependant, toutes données permettant éventuellement de reconnaître l'institution ou l'un des participants ont été anonymisées.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi une méthode d'analyse thématique continue permettant l'émergence de nouvelles catégories tout au long du processus (Aujoulat, 2022). Certaines unités d'analyse ont été prédéfinies lors de l'élaboration des différents guides d'entretien, et s'inscrivent dans la continuité du travail de recherche effectué en amont. Elles consistent principalement à décrire les rôles et les responsabilités des principaux acteurs du processus de soins médicamenteux, ainsi que les différents étapes du trajet de soins médicamenteux : prescription, préparation, vérification, distribution et administration.

L'analyse des données qualitatives s'est effectuée en trois temps. Dans un premier temps, nous avons réalisé un travail de repérage et de codification des données recueillies. Chaque entretien a fait l'objet de nombreuses annotations et surlignages sur Microsoft Word®. Les différentes rubriques prédéfinies au départ ont alors été subdivisées pour permettre une analyse plus approfondie de la question de recherche. D'autres thématiques et sous-rubriques ont quant à elles émergé lors de l'analyse des matériaux. Dans un second temps, nous avons retranscrit tous les thèmes mis en évidence en début d'analyse, puis nous les avons classés et hiérarchisés au sein d'un même document, sous la forme d'un arbre thématique. Dans un troisième temps, nous avons documenté ces différentes unités d'analyse au moyen d'extraits des différents entretiens réalisés. Enfin, nous présenterons les résultats de cette analyse thématique continue, tout en respectant la logique de notre arbre thématique.

III. Résultats

Tous les entretiens se sont déroulés dans le courant du mois de mai 2023. En tout, six infirmiers chefs, deux pharmaciens et deux médecins généralistes, dont un MCC, ont été interrogés. Pour les distinguer plus facilement lors de la présentation des résultats, nous avons choisi de les mentionner de la sorte : pour les infirmiers chefs, nous les avons numérotés de IC1 à IC6 ; pour les pharmaciens, de P1 à P2 ; et pour les médecins généralistes, de MG1 à MG2.

Nous allons à présent vous présenter les résultats obtenus suite à l'analyse des données qualitatives. Dans un premier temps, nous allons tenter de décrire au mieux les différentes étapes du trajet de soins médicamenteux, tout en accordant une importance particulière aux modes de préparation et de dispensation médicamenteuses. En outre, nous nous intéresserons aux différents types d'erreurs médicamenteuses qui peuvent survenir tout au long de ce processus. Dans un second temps, nous aborderons les rôles des principaux acteurs impliqués. Enfin, nous reprendrons de manière plus synthétique les résultats qui semblent avoir l'influence la plus favorable sur la qualité du processus de soins.

1. Trajet de soins médicamenteux

Le trajet de soins médicamenteux est une succession d'étapes clés allant de la prescription d'un traitement jusqu'à l'administration de ce même traitement au résident. Tous les acteurs du processus rencontrés s'accordent sur les étapes incontournables qui composent ce trajet de soins mais chaque organisation a sa propre manière de procéder. Il existe donc des différences notables entre leurs modes de fonctionnement et nous allons à présent tenter de les décrire.

1.1. *La prescription*

La prescription est définie, par l'ensemble des acteurs interrogés, comme un acte médical qui consiste, pour le médecin, à choisir les différents traitements à mettre en place pour la santé du résident. Selon eux, la prescription est aussi la première étape du trajet de soins médicamenteux en MR/S.

Cette étape devrait, selon les infirmiers chefs, de préférence être réalisée après un examen clinique du résident. Cependant, plusieurs IC (IC1, IC2, IC3, IC4) expliquent que beaucoup de

MG ne parviennent plus à venir voir leurs patients dans des délais raisonnables. Selon une infirmière (IC2), c'est tout simplement dû au fait qu'ils sont de moins en moins nombreux à exercer cette profession, et donc de plus en plus débordés. Un des pharmaciens (P1) ajoute qu'il peut parfois s'écouler jusqu'à trois mois avant que certains MG ne passent en MR/S. Dès lors, les prescriptions se font de plus en plus souvent à distance et en dehors de la maison.

Les médecins peuvent rédiger leurs ordonnances sur format papier ou électronique. En effet, la pharmacienne (P2) interrogée explique que les MG qui visitent des patients en MR/S ont encore le droit de rédiger des prescriptions manuscrites, même s'il semblerait que la majeure partie d'entre eux se soit déjà mise aux prescriptions électroniques, ce qui est notamment le cas des deux MG (MG1 et MG2) que nous avons rencontrés. Dans la MR/S 6 (IC6), les médecins qui prescrivent électroniquement semblent moins nombreux que dans les autres maisons visitées. Tous les infirmiers et les pharmaciens rencontrés s'adaptent aux préférences des différents médecins prescripteurs.

1.1.1. L'ordonnance papier

Dans les MR/S 1 à 5, les MG qui prescrivent encore sur format papier sont de plus en plus rares. Selon une infirmière (IC4), il s'agit alors le plus souvent de médecins âgés, bientôt pensionnés. Le premier médecin (MG1) que nous avons interrogé est âgé d'une septantaine d'années et ne confirme pas cette généralité. Chez les MG qui ont choisi de conserver ce mode de prescription, deux pratiques s'observent : soit le médecin passe voir son patient et il remet aux infirmiers toutes les ordonnances nécessaires, dans quel cas l'infirmier se charge ensuite de les faire parvenir à la pharmacie, soit il ne se déplace pas régulièrement et alors ce sont les pharmaciens qui s'occupent d'imprimer les renouvellements d'ordonnances et de les faire parvenir aux infirmiers afin qu'ils les fassent signer au MG concerné lors de sa prochaine visite.

Quelle que soit la méthode choisie, la gestion des ordonnances papier nécessite toujours l'implication de trois acteurs : médecin, infirmier et pharmacien. La disparition progressive des ordonnances papier présente de nombreux avantages aux yeux des soignants mais celui qui ressort le plus des différents entretiens est le gain de temps pour les infirmiers. En effet, tous (IC1 à IC5, P1, P2, MG1, MG2) décrivaient anciennement une gestion administrative chronophage et fastidieuse. Les deux médecins (MG1 et MG2) que nous avons rencontrés

estiment également avoir gagné en temps et en facilité. Quant aux pharmaciens (P1 et P2), ils considèrent avoir gagné du temps grâce aux ordonnances électroniques, mais dans une moindre mesure que les autres intervenants. Une infirmière (IC1) insiste également sur l'impact environnemental favorable d'un tel changement.

1.1.2. L'ordonnance électronique

Selon les médecins et les pharmaciens interrogés, la dématérialisation des ordonnances peut se faire de deux manières. Le médecin peut prescrire, sur la carte d'identité du patient, via une plateforme médicale (par exemple Recip-e, CareConnect) ou sur une autre base de données sécurisée et accessible directement par la pharmacie sans la carte d'identité du résident (par exemple Mediris). Beaucoup d'IC (IC1 à IC5) ne semblent pas avoir connaissance de cette deuxième possibilité puisque tous définissent la prescription électronique comme le fait de prescrire un médicament directement sur la carte d'identité du résident.

Une pharmacienne (P2) explique que le choix de la plateforme utilisée va avoir une influence directe sur leur charge de travail. En effet, selon elle, la lecture des ordonnances électroniques sur les plateformes Recip-e et CareConnect ne devrait se faire que si la personne a fait acte de présenter sa carte d'identité au pharmacien, ce qui est rarement le cas avec les résidents en MR/S. Des procédures d'urgence permettent de contourner cette absence de carte d'identité mais sont déontologiquement très limitées, selon elle. De plus, elle souligne aussi le fait que ses deux plateformes ne permettent pas aux pharmaciens d'être avertis de l'arrivée d'une nouvelle prescription, ce qui complique énormément la gestion des ordonnances en MR/S et provoque une charge de travail supplémentaire pour le pharmacien, comme pour l'infirmier. En effet, dans ce cas de figure, l'infirmier va souvent être amené à appeler lui-même le pharmacien pour l'avertir d'une nouvelle prescription médicale.

Selon la pharmacienne (P2), quand les MG acceptent d'utiliser une plateforme spécifique à la gestion des ordonnances des résidents en institutions (ex : Mediris), les pharmaciens gagnent en visibilité et en rapidité, et de ce fait-là aussi en personnel. « *La gestion des ordonnances (...) quand on travaillait en format papier, et à partir du moment où on était rigoureux au jour le jour, c'était l'équivalent d'un temps plein (...) Et oui, on a vu quand même une différence, on a gagné quasiment la moitié du temps.* » (Pharmacienne 2, extrait d'entretien).

Selon elle (P2), la moitié des MG utilisent à présent une plateforme spécifique à la gestion des ordonnances de leurs patients en MR/S et le premier médecin (MG1) que nous avons rencontré en fait d'ailleurs partie. Pour lui, il n'y a pas mieux en termes de facilité d'utilisation et de rapidité de prescription. Il explique que, depuis environ un an et grâce à ça notamment, ce ne sont plus les médecins mais les pharmaciens qui produisent les ordonnances électroniques des résidents en MR/S. Il décrit qu'il peut aussi bien s'agir d'une poursuite de traitement que d'une nouvelle prescription, dans quel cas il se charge alors de prévenir oralement l'infirmier pour qu'il puisse en informer son pharmacien. Dans un cas comme dans l'autre, le pharmacien se charge de rédiger l'ordonnance et de l'envoyer, via la plateforme, au médecin pour signature.

Pour la médecin (MG2) qui n'utilise pas ce second type de plateforme pour prescrire, les modalités de prescription diffèrent légèrement. En effet, si pour un renouvellement d'ordonnance le procédé reste identique, pour les nouvelles ordonnances, c'est encore à elle d'aller prescrire électroniquement sur la carte d'identité de ses résidents.

Selon la pharmacienne (P2), si une moitié demeure réticente à leur demande c'est parce qu'ils craignent la charge de travail que pourrait occasionner l'utilisation d'une plateforme supplémentaire pour eux. *« Ce qui les dérange, en fait c'est qu'ils ont un programme bien à eux pour faire leurs ordonnances électroniques et qu'on vient leur rajouter quelque chose et donc pour eux, plusieurs canaux, ça commence à devenir un peu lourd parce qu'ils ont déjà beaucoup de travail et ça a tendance à un petit peu les freiner. »* (Pharmacienne 2, extrait d'entretien). La seconde médecin (MG2) que nous avons interrogée confirme cette hypothèse. *« Moi j'ai mon programme médical mais les pharmaciens me demande parfois de prescrire sur d'autres plateformes et moi c'est du travail administratif dont je me passerais bien. Il faut se rendre compte qu'en médecine générale, après avoir vu tous les patients de la journée, il faut bien compter au moins 1h d'administratif pour rappeler tous les patients, faire les certificats, les prescriptions et que c'est vraiment lourd. »* (Médecin généraliste 2, extrait d'entretien).

Tous les infirmiers sont unanimes sur le temps que ça leur fait économiser au quotidien mais pour la moitié des chefs interrogés (IC2, IC3 et IC5), la dématérialisation présente tout de même un désavantage : celui de ne plus avoir aucune visibilité sur le suivi des ordonnances. *« Nous on perd la main sur ça et on a plus aucune visibilité ce qui nous manque énormément. Tout se passe derrière notre dos et on ne sait plus quoi. »* (Infirmière en cheffe 2, extrait d'entretien).

Un des MG interrogés (MG1) semble partager cet avis puisqu'il trouve qu'il a, lui aussi, perdu en visibilité et en contrôle sur ses propres prescriptions. Il explique que la gestion des ordonnances leur a été tellement facilitée qu'ils ne font plus vraiment attention avant de signer électroniquement. Il ajoute qu'à présent les ordonnances sont devenues du domaine du pharmacien plus que du médecin.

1.1.3. Le schéma de médication

Les infirmiers interrogés définissent le schéma de médication comme une feuille reprenant l'ensemble des médicaments prescrits pour un résident ainsi que les heures et les conditions auxquelles ces traitements doivent être administrés.

Dans la plupart des maisons de repos visitées, selon les infirmiers chefs, les MG prescrivent correctement les schémas de traitement de leurs patients et, dans le cas contraire, l'infirmier chef établit lui-même le schéma de médication du résident. Par contre, si le résident revient en MR/S après un séjour à l'hôpital, il rentre souvent avec un nouveau schéma de médication. Dans ce cas-là, certains infirmiers (IC4 et IC5) expliquent qu'ils encodent le schéma de l'hôpital et que ce dernier sera revu par le MG lors de son prochain passage en MR/S. Un des médecins (MG1) nous explique qu'il préfère effectivement faire confiance à l'hôpital dans un premier temps, surtout quand il ne dispose pas de toutes les informations concernant l'hospitalisation de son patient, et revoir le traitement une fois que son état de santé se sera stabilisé.

Seule une des MR/S interviewées (IC3) rédige les schémas de ses résidents sur des feuilles manuscrites. Dans les cinq autres MR/S, toute cette partie est informatisée et l'encodage est toujours effectué par un infirmier. Selon eux, cette informatisation présente de nombreux avantages mais celui qui ressort le plus est l'accessibilité par le pharmaciens aux différents schémas. Deux infirmiers chefs (IC5 et IC6) évoquent également une meilleure traçabilité, un meilleur suivi et une diminution du risque d'erreurs lors des modifications de traitement.

Les infirmiers chefs expliquent, qu'une fois encodés, tous les schémas sont imprimés et classés dans une farde des traitements. Ils essaient ensuite qu'ils soient validés et signés par le MG lors de son prochain passage mais, selon eux, ce n'est pas une généralité. Les deux médecins généralistes rencontrés confirment qu'ils ne signent que rarement leurs schémas de médication,

l'un d'eux trouve (MG1) également que ce n'est plus vraiment pertinent de le faire à ce moment-là puisqu'ils sont alors souvent amenés à signer plusieurs feuilles en même temps et pour des patients qu'ils n'ont parfois plus vus depuis des semaines.

Tous les chefs rencontrés n'hésitent pas à interpeler le MG si certaines informations contenues dans les prescriptions ou sur les schémas leur semblent inappropriées ou manquantes. Néanmoins, selon une infirmière (IC6), ce n'est pas le cas de tous les IC. De plus, d'après une autre cheffe (IC3), ils n'ont pas non plus toujours le temps d'effectuer cette vérification.

Les pharmaciens d'officine (P1 et P2) reçoivent non seulement la totalité des ordonnances papier et électroniques mais aussi les schémas de médication des résidents en PMI. Avant de délivrer un médicament, ils vont d'une part s'assurer de la validité des ordonnances reçues, d'autre part vérifier les schémas de médication des résidents. Si les erreurs semblent plutôt venir de l'encodage, le pharmacien (P1) appelle d'abord l'infirmière (IC1) pour l'interpeller à ce sujet. Si elles semblent plutôt venir d'une erreur de prescription, il prend directement contact avec le médecin concerné. Dans toutes les MR/S visitées, pour toutes questions relatives aux ordonnances électroniques, le pharmacien prend directement contact avec le médecin.

1.2. La commande pharmaceutique

Les infirmiers chefs interrogés regroupent deux actions sous le nom de « commande pharmaceutique ». Ils évoquent d'une part tout le suivi qui consiste à transférer vers la pharmacie les nouvelles ordonnances papier déposées par les médecins, d'autre part les commandes de médicaments et autres produits pharmaceutiques.

Un des pharmaciens (P1) précise que si la MR/S fonctionne avec un service de PMI, pour tous les médicaments – comprimés – chroniques qui sont produits sous forme de sachets, les schémas de médication et les ordonnances servent à eux-seuls de commande. Néanmoins, pour tous les autres médicaments qui ne sont pas prescrits en PMI – traitements aigus ou avec une autre forme galénique – ainsi que pour tous les autres produits – compléments alimentaires, protections, crèmes – les infirmiers doivent commander chaque produit individuellement au nom du résident et joindre une ordonnance lorsqu'il s'agit d'un médicament sous prescription médicale. En effet, s'il s'agit d'ordonnances papier, ce sont toujours les infirmiers qui se

chargent de les transmettre à la pharmacie. Dans toutes les MR/S, celles-ci sont scannées puis envoyées par l'infirmier à la pharmacie. Dans l'une d'entre elles (IC6), il arrive aussi que les ordonnances soient renvoyées à la pharmacie via les bacs de livraison.

Les infirmiers chefs passent des commandes, presque tous les jours, auprès de leur pharmacie respective. Pour plus de la moitié des MR/S rencontrées (IC2, IC4, IC5, IC6), les commandes s'effectuent sur un site en ligne prévu par la pharmacie à cet effet. Dans ce cas-là, ils complètent généralement leur commande en envoyant systématiquement un mail à leur pharmacie ou en passant un coup de téléphone. Dans une autre maison (IC1), elles s'effectuent principalement par téléphone. Une seule MR/S (IC3) interrogée inscrit encore toutes ses commandes sur des bons papier avant de les faxer à la pharmacie. Les commandes sont généralement passées en milieu de journée, pour pouvoir être livrées le soir-même. Une seule MR/S (IC6) se fait livrer la nuit.

1.3. Les modes de préparation et de dispensation médicamenteuses

Dans cinq MR/S étudiées sur six (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6), les infirmiers chefs décrivent différents types de préparation. En effet, exceptée la MR/S 3 (IC3) qui ne recourt pas à un service de PMI, la préparation des médicaments destinés aux résidents en MR/S s'effectue à trois endroits distincts. En effet, pour toutes les maisons qui fonctionnent avec ce service, la majeure partie de leur préparation médicamenteuse s'effectue directement dans un centre de PMI. La production est ensuite envoyée à leur pharmacie de proximité, où le pharmacien complète les commandes avec les médicaments et autres produits pharmaceutiques qui ne sont pas préparés par le centre de production. Une fois ces deux étapes effectuées, une dernière préparation est réalisée directement par les infirmiers au sein de la MR/S.

1.3.1. La préparation de médication individuelle automatisée

Les différents acteurs interrogés définissent la PMI comme la préparation de médicaments sous forme de rouleaux, eux-mêmes composés de petits sachets regroupant les médicaments d'un résident par journée et par moment de prise. « *On met tous les médicaments qui sont pris à 8h en même temps dans un même petit sachet et l'infirmière n'a plus qu'à ouvrir et à le donner aux patients.* » (Pharmacien 1, extrait d'entretien).

La préparation s'effectue sur base des schémas de médication encodés en MR/S et elle est réalisée par des robots. Le pharmacien (P2) complète en expliquant que toutes les productions sont ensuite contrôlées à deux reprises par des pharmaciens responsables du contrôle de la qualité. Tous les professionnels s'accordent pour dire que ce type de préparation permet de réduire fortement le taux d'erreurs dans les préparations médicamenteuses en MR/S et, selon le pharmacien (P2) interrogé, ce taux ne serait plus que de 0,02 %. Il (P2) complète aussi la définition de la PMI en précisant qu'elle ne s'applique pas à l'ensemble des médicaments et autres produits pharmaceutiques présents sur le marché mais que ce type de préparation est réservé aux traitements chroniques, stables et prescrits sous forme de comprimés.

Il précise aussi que chaque centre fonctionne avec un formulaire pharmaceutique spécifique pour répondre aux limites de capacité physique des robots, et que tout ce qui est prescrit en dehors de ce formulaire devra être délivré en « non PMI », ce qui signifie que ces médicaments-là devront être préparés par le pharmacien de proximité dans son officine et seront encore livrés par boîte et non sous la forme de sachets. Il est donc demandé aux MG d'adapter leurs habitudes de prescription afin de correspondre le plus possible aux molécules disponibles sur le formulaire. Une cheffe (IC4) précise qu'il est de son devoir de les sensibiliser à cette pratique. Selon une autre infirmière (IC2), le mode formulaire est considéré comme une contrainte par certains médecins généralistes qui se sentent moins libres dans leur rôle de prescripteur. Les médecins (MG1 et MG2) que nous avons interrogés ne sont pas de cet avis-là.

Cinq maisons de repos (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6) sur six ont choisi de travailler avec une formule de PMI automatisée et pour l'une d'entre elles (IC4) le passage en PMI est assez récent. Dans les autres institutions, les infirmiers chefs connaissent ce système depuis des années. La MR/S 3 (IC3) va prochainement débiter avec la PMI. Selon les deux pharmaciens rencontrés (P1 et P2), les MR/S sans PMI deviennent de plus en plus rares. Sur les cinq qui recourent à un service de PMI, quatre d'entre elles (IC1, IC2, IC4, IC5) reçoivent leurs rouleaux par semaine, ce qui signifie aussi que tous les médicaments prescrits en cours de semaine ne pourront pas être délivrés sous forme de PMI avant la prochaine production. Seule une des infirmières cheffes (IC6) a opté pour une formule de PMI journalière. Elle reçoit donc tous les soirs ses rouleaux de médicaments, à l'exception des jours de week-end et des jours fériés, et cette formule lui semble être la plus sûre pour limiter encore tout risque d'erreurs, surtout en cas de changements de traitement.

1.3.1.1. La mise en route de la PMI en MR/S

La mise en place de la PMI en MR/S provoque énormément de changements dans le quotidien des infirmiers (IC1, IC2, IC3, IC4, IC5). Tout d'abord, parce que l'arrivée d'un tel changement bouscule les habitudes des soignants et suscite aussi de nombreuses interrogations. Une infirmière (IC3) se demande par exemple comment elle va pouvoir différencier deux médicaments de même forme galénique et de même couleur au sein d'un seul sachet. Cela fait partie des questions qu'elle a posées à sa pharmacienne : « *« Quand on supprime un médicament, imaginons que dans le sachet, j'ai 2 médicaments roses, comment je sais que c'est celui-là et l'autre pas » ? Alors elle me dit « vous allez avoir un fascicule avec des photos de médicaments et vous pourrez mesurer, voir la différence... » J'espère que l'on ne va pas arriver à ce stade-là où il va falloir trier tel et tel médicament parce que sinon je vais mettre 1h pour vérifier les médicaments.* » (Infirmière en cheffe 3, extrait d'entretien).

Ensuite, parce que le système de PMI nécessite toujours de s'informatiser et que la plupart des MR/S (IC1, IC3, IC4, IC5) ont souvent dû opérer les deux changements en parallèle. Enfin, parce que cela demande aussi une réorganisation totale non seulement dans la gestion des ordonnances, des schémas de médication et des commandes mais aussi dans la gestion des stocks de médicaments. Les infirmiers chefs (IC2, IC3, IC4, IC5) doivent également prendre contact avec l'ensemble des MG pour les en informer et leur demander s'ils sont d'accord de travailler avec ce système de formulaire.

Pour les pharmaciens (P1 et P2), cette mise en route nécessite également un travail préparatoire conséquent. En effet, les pharmaciens (P1 et P2) vont organiser des réunions avec les infirmiers chefs pour les former à ce tout nouveau système mais certains (P2) vont aussi les aider à repenser leur organisation générale quant à la préparation et au rangement des médicaments. En plus de cela, ils (P1 et P2) vont devoir procéder à une analyse complète des schémas de médication de tous les résidents présents au sein de la MR/S, le plus souvent en collaboration avec les infirmiers chefs (IC1, IC3, IC4, IC5). Ils vont aussi devoir prendre contact avec les MG pour effectuer une remise à zéro des ordonnances dues.

Une fois la PMI commencée, les MR/S doivent épuiser leurs stocks de médicaments jusqu'à ne plus en avoir de réserve. Pour pallier à cela, la pharmacie leur demande de créer une pharmacie d'urgence. Les IC (IC1, IC3, IC4, IC6) le font en collaboration avec leur MCC (MG1 → IC1).

1.3.1.2. La PMI d'un point de vue économique

Selon plusieurs infirmiers chefs (IC3, IC4, IC5), les MR/S bénéficient gratuitement de la PMI parce qu'elle est considérée comme un service pharmaceutique de base. Une des infirmières cheffes (IC1) pense, sans grande certitude néanmoins, que ce service est payant. Les pharmaciens (P1 et P2) confirment que ce service est gratuit, tant pour les MR/S que pour les résidents. En revanche, il peut constituer un coût pour les MR/S lors de la mise en place du système. Un infirmier chef (IC5) souligne le fait qu'ils ont dû dégager un budget de 4000 euros pour couvrir non seulement les frais de l'informatisation et du logiciel mais aussi l'investissement dans de nouveaux charriots de soins adaptés aux rouleaux de PMI.

Pour les résidents et pour leurs familles, le système de la PMI représente un gain économique puisqu'elle fonctionne en parallèle de la tarification à l'unité et qu'elle permet aux pharmaciens de remplacer les médicaments originaux par leurs génériques, moins coûteux. Cet avantage est mis en avant par différents professionnels de la santé (IC2, IC4, IC6, P1, P2, MG1). Le pharmacien (P2) ajoute, qu'en PMI, l'honoraire de l'INAMI est calculé sur le prix du médicament dans son conditionnement le plus avantageux financièrement. Pour certains (IC2, IC4, P1, P2), ce mode de tarification représente aussi un avantage économique pour la société.

Le service de PMI en tant que tel ne rapporte pas d'argent aux pharmaciens. Au contraire, selon eux (P1 et P2), il pourrait même parfois constituer un coût supplémentaire. *« Ca ne nous rapporte sûrement pas (...) Au tout début je sais qu'il y avait un souci, c'est-à-dire que (...) l'honoraire de l'INAMI est calculé sur le prix du médicament mais le prix du médicament dans le conditionnement qui est le plus avantageux, c'est-à-dire souvent la plus grande boîte, je crois. Or, parfois elles sont manquantes et (...) je sais que quand parfois ils devaient utiliser une plus petite boîte, ils vendaient à perte parce que la marge n'est pas la même sur une grande que sur une petite. »* (Pharmacien 1, extrait d'entretien). La PMI *« c'est un coût supplémentaire (...) Avant quand tu travaillais dans les MRS, dans les années 90/2000 c'était un gain d'argent parce que c'était des boîtes en plus, c'était beaucoup de boîtes, en plus il n'y avait pas la tarification à l'unité (...) Seulement l'AVIQ et la FMPS ne sont plus de cet avis-là, maintenant il faut vraiment que le pharmacien soit là, et ils ont raison hein (...) et donc le but est de donner moins de ristourne (...) et de vraiment donner un service irréprochable, on mise vraiment plus sur le service à l'heure actuelle que sur le coût. »* (Pharmacienne 2, extrait d'entretien).

Cependant, tous deux (P1 et P2) s'accordent pour dire que travailler avec des MR/S leur permet aussi de vendre des médicaments hors PMI et des produits pharmaceutiques pour lesquels ils ont des marges plus avantageuses qu'en PMI. De plus, selon P1, le fait de vendre à grande échelle leur permet aussi d'écouler plus facilement leurs stocks, là où les périmés sont généralement une grande source de perte d'argent dans les pharmacies.

1.3.1.3. La dispensation des soins pharmaceutiques

Selon les pharmaciens rencontrés (P1 et P2), la formule PMI offre deux services distincts mais pourtant indissociables. D'une part un service de production médicamenteuse sécurisée au niveau d'un centre de PMI, décrit plus haut, d'autre part une dispensation de soins pharmaceutiques plus avancés.

En effet, la particularité des pharmaciens d'officine (P1 et P2) qui fonctionnent avec un centre de PMI est qu'ils ont systématiquement accès aux schémas de médication des résidents présents dans la MR/S avec laquelle ils collaborent. Selon eux, ce n'est pas le cas des autres pharmaciens. Dans les cinq MR/S (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6) rencontrées, les traitements des résidents sont encodés sur un programme informatique réservé à l'encodage des schémas de médication et ce programme est également accessible par leur pharmacie. Selon l'IC3, ce sera également leur cas à partir du moment où la PMI aura débuté chez eux.

Tous deux (P1 et P2) expliquent que le programme informatique va alors automatiquement croiser le nouveau schéma de médication du résident avec le dernier schéma enregistré pour mettre en évidence les éventuels changements. Les pharmaciens (P1 et P2) vont ensuite pouvoir procéder à une vérification simplifiée des schémas de traitement. Selon l'un d'eux (P1), cette analyse permet normalement d'éviter les erreurs qui pourraient avoir des conséquences graves sur l'état de santé du résident, principalement par la mise en évidence de doublons ou d'erreurs de dosage. Le pharmacien interroge ensuite le médecin ou les infirmières en fonction des éventuels problèmes soulevés.

Dans la première maison de repos et de soins visitée, le pharmacien (P1) participe aussi aux réunions pluridisciplinaires et ils font ensemble (IC1, MG1 et P1) de la revue de médication.

Certains pharmaciens (P2) organisent également des formations pour le personnel infirmier et rédigent des manuels de bonnes pratiques médicamenteuses, comprenant notamment un tableau des moments de prédilection de prises de certains médicaments, les interactions fréquentes à éviter, la liste des médicaments écrasables ou sécables, des informations sur la conservation des médicaments ou encore sur la gestion des produits périmés, etc. La plupart des infirmiers chefs (IC2, IC3, IC4, IC5) disent avoir reçu une formation semblable dans leur MR/S. Une autre infirmière (IC6) explique qu'ils viennent parfois aussi pour former les nouveaux engagés.

1.3.1.4. Les avantages de la PMI

Selon les pharmaciens (P1 et P2), l'objectif principal de la PMI est de décharger les infirmiers en MR/S d'une partie du processus de soins médicamenteux, tout en le sécurisant. En effet, la PMI présente de nombreux avantages pour eux. Tous (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6) s'accordent d'ailleurs pour dire que, même si la mise en marche a parfois été laborieuse, ils n'envisageraient en aucun cas un retour en arrière. Nous allons dès lors présenter les points de vue apportés par les différents professionnels, en prenant compte des deux aspects compris dans la formule de la PMI (ceux-ci ont été décrits au point 1.3.1.3.).

Premièrement, tous les professionnels interrogés sont unanimes par rapport au fait que ce système a permis de réduire le nombre d'erreurs médicamenteuses, que ce soit au niveau des prescriptions, de l'encodage ou de la retranscription, ou encore des préparations. Trois chefs (IC4, IC5, IC6) soulignent également une meilleure traçabilité, tant dans le suivi et dans l'historique des traitements, que dans le suivi des erreurs. Selon l'IC2, la PMI a aussi un impact favorable en termes de manipulation et d'hygiène.

Deuxièmement, pour tous les infirmiers chefs qui recourent à la PMI (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6), ce système a aussi permis un gain de temps considérable. En plus de leur avoir fait économiser énormément de temps en termes de préparation et de vérification médicamenteuses, la PMI a également soulagé le travail administratif des infirmiers chefs, notamment via l'informatisation et le support de la pharmacie dans la gestion des ordonnances et des ruptures de stocks. Une infirmière cheffe (IC6) souligne non seulement le côté professionnalisant et structuré du système de PMI mais aussi l'avantage qu'il peut offrir aux équipes qui connaissent un turn-over fréquent.

Troisièmement, tous les infirmiers chefs semblent apprécier la plus-value d'une collaboration étroite avec la pharmacie, et ce ressenti est partagé par les pharmaciens que nous avons rencontrés. Dans cinq MR/S sur six (IC1, IC2, IC3, IC4, IC5), les infirmiers apprécient d'autant plus le fait d'être toujours en communication avec les mêmes pharmaciens. Dans la dernière MR/S visitée, l'infirmière cheffe (IC6) explique que le groupe pharmaceutique avec lequel ils travaillent ne propose pas cette approche plus individualisée de la collaboration.

Enfin, les trois types d'intervenants (IC2, IC4, IC6, P1, P2, MG1) mettent en avant des avantages économiques pour le résident ou pour sa famille, et l'une d'entre eux (IC6) décrit également la clarté et la facilité d'utilisation des PMI pour les proches qui partent en séjour avec le résident. *« C'est facile quand ils partent en week-end, les familles me disent « ah c'est facile, on reçoit le rouleau ! » et donc ça on commande aussi via le programme. Ils sont ou en vacances, ils sont hospitalisation, ben on suspend directement au niveau du coût financier, c'est directement acté au temps T (...) et alors ils font recours aux génériques et je trouve qu'à l'heure actuelle, moi qui suis quand même aussi assez sensible à l'accessibilité aux soins, aux coûts des soins de santé, je pense que c'est relativement judicieux. »* (Infirmière en cheffe 6, extrait d'entretien).

Selon l'infirmière cheffe (IC3) qui ne fonctionne pas encore avec une PMI, ce nouveau mode de fonctionnement aura comme principaux avantages : une diminution des risques d'erreurs médicamenteuses et d'oublis au niveau des commandes à la pharmacie, l'informatisation de leur travail, une diminution de la charge administrative et un meilleur suivi pharmaceutique des résidents. Elle se dit soulagée à l'idée de ce changement imminent et de l'apport qu'il va représenter tant pour elle et ses collègues infirmiers, que pour la qualité de la prise en charge médicamenteuse du résident. Elle a plus de mal à prédire si ce mode de préparation va avoir un réel impact sur le temps de préparation médicamenteuse dans sa MR/S.

1.3.1.5. Les désavantages et les limites de la PMI

La PMI, bien qu'elle fasse l'unanimité auprès des infirmiers en MR/S (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6), présente tout de même des désavantages et des limites. Une première difficulté semble venir du fait que la PMI fonctionne avec un formulaire restreint. En effet, selon des infirmiers chefs (IC1, IC2, IC4, IC5), pour certains MG, cela représente un travail supplémentaire que de devoir s'adapter au formulaire spécifique de chaque PMI en fonction des MR/S où ils consultent.

De plus, certains le perçoivent comme une forme d'entrave à leur liberté dans les choix de prescription. Les médecins (MG1 et MG2) que nous avons interviewés n'ont jamais rencontré de difficultés avec ce mode de prescription.

Selon un des chefs infirmiers (IC5), pour les nouveaux résidents, ce formulaire peut aussi être source d'inquiétude. En effet, les personnes âgées qui arrivent en MR/S et qui consomment un certain nombre de médicaments sont souvent habituées à leurs caractéristiques – nom, forme galénique, couleur, goût – et ce changement peut être compliqué pour eux. De plus, un des pharmaciens (P1) trouve que les factures sont devenues plus compliquées à lire et à comprendre pour les résidents et pour leurs familles, en raison du système de facturation de la PMI.

Pour plusieurs infirmiers (IC2, IC4, IC5), la plus grande contrainte du formulaire vient du fait qu'ils souhaiteraient presque voir disparaître les comprimés hors PMI et que cela s'avère impossible avec un formulaire restreint. Pour les MR/S du CPAS (IC2, IC4, IC5, IC6), une autre difficulté peut venir du fait qu'elles sont parfois amenées à changer régulièrement de pharmacie et donc de formulaire, en fonction de leur marché public, et que ce changement représente un travail supplémentaire.

Une deuxième difficulté peut provenir du fait que, bien souvent, les nouveaux résidents arrivent en MR/S avec toutes leurs boîtes de médicaments et que les infirmiers (IC1, IC2, IC6) doivent d'abord écouler leurs stocks avant de pouvoir passer commande en PMI, ce qui peut prendre jusqu'à un an. Pendant ce laps de temps, selon certains (IC1 et IC2), la préparation et la vérification sont plus compliquées et les risques d'erreurs réaugmentent.

Une troisième difficulté peut être amenée du fait que la PMI offre parfois moins de souplesse que le système des boîtes. En effet, si le MG décide de modifier le traitement de son patient entre deux blocs de production de PMI, il faut attendre la prochaine production avant de recevoir des sachets actualisés. En attendant, les infirmiers doivent corriger manuellement les préparations et cela peut être une source d'erreurs. Cet inconvénient a été soulevé par les pharmaciens, une infirmière cheffe et un des deux médecins rencontrés (P1, P2, IC6, MG2).

Enfin, le plus grand point noir de la PMI semble venir des risques de la déresponsabilisation infirmière face à l'automatisation. Pour certains (IC1, IC4, IC5, P2, MG1), cela s'observe déjà à plusieurs niveaux, et notamment au niveau de la vérification des préparations de PMI.

Dès lors, selon un infirmier (IC5), si des erreurs sont présentes, elles peuvent perdurer plus longtemps. Une des infirmières cheffes (IC4) ajoute également que – comme les infirmiers sont devenus moins vigilants lors de la préparation et de la vérification des traitements – ils ont tendance à ne plus bien connaître les problèmes médicaux de leurs résidents et à perdre une partie de leurs connaissances pharmacologiques. Afin de limiter ce risque, elle a décidé de ne pas investir dans des charriots de soins adaptés aux rouleaux de PMI pour que ses infirmiers aient encore à ouvrir tous les sachets lors de la préparation et qu'ils en analysent leur contenu.

1.3.2. Préparation en officine

Même si la MR/S recourt à un système de PMI, tous les médicaments ne peuvent pas être produits sous forme de PMI. Les pharmaciens (P1 et P2) se chargent donc de compléter les commandes en ajoutant tous les médicaments ou produits qui ne peuvent pas être préparés par un robot : médicaments hors formulaire, préparations magistrales, médicaments injectables, traitements aigus, protections, crèmes, compléments alimentaires, etc. Ils se chargent également d'imprimer les bons pour les ordonnances papier qui arrivent à échéance. Ces commandes font ensuite l'objet d'un envoi journalier vers la MR/S et les médicaments des résidents sont regroupés dans des bacs en fonction de l'étage où ils résident dans la maison.

1.3.3. Préparation en maison de repos

La préparation des médicaments en MR/S va principalement dépendre de la formule choisie en amont. Plusieurs intervenants (P1, P2, MG1, IC1, IC2, IC3, IC4, IC5) expliquent que si la maison de repos ne recourt pas à un service de PMI, l'infirmier reçoit l'ensemble des médicaments sous forme de boîtes et prépare manuellement tous les piluliers, alors que si elle recourt à un service de PMI, la préparation consiste uniquement à ajouter manuellement les médicaments dits « hors PMI » aux sachets déjà reçus. A l'exception d'une MR/S (IC5), les sachets de PMI restent toujours fermés jusqu'au moment de la distribution. La raison de cette ouverture a été décrite dans le point 1.3.1.5.

Quelle que soit la formule choisie, c'est dans la préparation des piluliers que nous retrouvons le plus d'hétérogénéité entre les maisons de repos. En effet, le seul point commun des six MR/S semble résider dans le fait que la préparation est toujours strictement réservée aux infirmiers.

La préparation s'effectue autant de jour (IC2, IC4, IC5) que de nuit (IC1, IC3, IC6) et les infirmiers préparent généralement les piluliers pour trois ou quatre jours d'affilés. Seules deux institutions (IC3 et IC6) préparent des piluliers tous les jours. L'une d'elles (IC6) fonctionne comme ça parce qu'elle reçoit ses sachets de PMI tous les jours, l'autre (IC3) parce que toutes leurs préparations sont encore manuelles et qu'elle remarquait trop d'erreurs quand celles-ci étaient effectuées pour plusieurs jours.

Le temps de préparation varie fortement d'une maison à l'autre. Les infirmiers (IC3 et IC6) qui préparent au jour le jour mettent en moyenne 40 minutes pour préparer l'ensemble des piluliers de leur étage. Dans les autres MR/S, le temps est assez variable – 45 minutes (IC1), 1h30 (IC5) et entre 3 et 4 heures (IC2 et IC4) – et il varie non seulement en fonction du nombre de résidents par étage et du nombre de journées à préparer mais aussi en fonction de la rapidité de l'infirmier.

1.4. La vérification en maison de repos

La plupart des infirmiers définissent la vérification médicamenteuse comme l'étape qui consiste à vérifier que tous les médicaments présents dans les piluliers et dans les sachets correspondent bien aux médicaments encodés sur la feuille de traitement. Cela signifie que les médicaments préparés en centre de PMI subissent une troisième vérification. Selon une des cheffes (IC1), cette nième vérification est superflue et c'est la raison pour laquelle elle a décidé de ne plus l'effectuer.

Dans toutes les MR/S, la vérification est réalisée par un membre du personnel infirmier et cette étape s'opère presque toujours en matinée. Seule une des MR/S (IC2) effectue ses contrôles de nuit. La vérification est relativement rapide, entre dix et trente minutes par étage, puisque la plupart des infirmiers sont habitués à manipuler les médicaments de leurs résidents et les distinguent donc facilement. Tous les chefs précisent que leurs infirmiers doivent tout de même rester vigilants afin de s'assurer qu'il n'y a pas eu de modification dans les schémas de traitements entre le jour de la préparation des piluliers et celui de la vérification. Dans plus de la moitié des institutions (IC1, IC2, IC4, IC6), la vérification n'est pas nécessairement effectuée par la personne qui va ensuite procéder à la distribution des médicaments.

Dans certaines MR/S (IC2, IC3, IC4), il est également demandé aux infirmiers de contrôler régulièrement les stupéfiants. Selon ces IC, ce sont souvent les moins bien vérifiés.

1.5. *La distribution et l'administration*

Les infirmiers décrivent entre quatre et cinq distributions médicamenteuses par jour. Une des cheffes (IC2) précise que, sauf cas particuliers, les résidents reçoivent leurs médicaments à cinq moments de la journée – avant le petit-déjeuner pour les prises à jeun, au petit-déjeuner, au diner, au souper et en début de soirée – et qu'il est relativement rare d'avoir des médicaments à donner la nuit.

Le plus souvent, les médicaments sont répartis par l'infirmier sur les plateaux repas des résidents. Ensuite, il est assez fréquent que ce dernier délègue une partie de la distribution ou de l'administration aux AS. De fait, deux chefs (IC2 et IC5) nous expliquent que la législation permet aux infirmiers de déléguer la distribution médicamenteuse aux aides-soignants ayant accompli une formation supplémentaire de 150 heures et que cette distribution peut dès lors se faire sans surveillance directe d'un infirmier. Ils précisent que pour les autres AS, seule l'aide à l'administration peut être déléguée, ce qui signifie que – pour pouvoir distribuer ou administrer un médicament – ils doivent toujours être sous la supervision directe d'un infirmier.

Sur le terrain, plusieurs écoles semblent exister. En effet, alors que certains infirmiers chefs (IC2, IC5, IC6) tentent d'appliquer cette règle à la lettre, d'autres (IC3) sont plus réticents et préfèrent ne pas déléguer certains actes aux AS ou, au contraire, certains (IC1 et IC4) dérogent plus facilement à cette règle et délèguent alors cette tâche sans faire de distinction. Dans ce cas de figure, il est fréquent qu'ils distribuent et administrent seuls les médicaments, en même temps que les plateaux repas. Selon une infirmière (IC4), cette réalité est d'autant plus fréquente s'il y a un manque de personnel infirmier. Néanmoins, certains chefs (IC1 et IC5) précisent que si l'administration en question nécessite une manipulation supplémentaire, comme le fait de devoir écraser un traitement, alors c'est toujours l'infirmier qui s'en charge. Une autre (IC2) complète en ajoutant que les médicaments qui nécessitent une préparation ou encore une voie d'administration autre que la voie orale sont administrés par un infirmier exclusivement.

Dans la moitié des MR/S (IC1, IC2, IC4), aucune vérification n'est effectuée par l'infirmier qui se charge de déléguer ou d'administrer les médicaments. En revanche, dans toutes les maisons interrogées, il est demandé aux infirmiers de signer leur distribution.

2. Les erreurs médicamenteuses

Diminuer les risques d'erreurs tout au long du trajet de soins médicamenteux est une préoccupation que partagent tous les acteurs interrogés et tous estiment, à leur niveau, avoir un rôle à jouer. Nous allons à présent décrire les types d'erreurs les plus fréquemment rapportés.

2.1. Les erreurs de prescription

Les erreurs aux niveaux des prescriptions médicales semblent encore fréquentes en MR/S et tous les infirmiers chefs et les pharmaciens interrogés estiment avoir un rôle important dans le repérage de celles-ci. Les erreurs les plus couramment rapportées lors des entretiens infirmiers et pharmaciens concernent l'heure et la fréquence d'administration, la présence de doublons, d'interactions ou de cascades médicamenteuses, et des erreurs de dosage. Des erreurs de surdosage ont d'ailleurs été décrites par plusieurs interviewés (P1, IC3, IC6) et, bien que la plupart d'entre elles semblent avoir été évitées à temps, d'autres ont eu des conséquences plus ou moins graves sur l'état de santé du résident. Une infirmière cheffe (IC6) rapporte également des cas d'overdoses médicamenteuses.

Trois infirmiers chefs (IC4, IC5, IC6) ont également mis en avant la problématique de la polymédication en MR/S en évoquant d'une part un risque d'aggravation de l'état de santé de la personne âgée, d'autre part un impact économique tant pour le résident que pour la société. Si un résident leur semble trop médiqué, deux d'entre eux (IC5 et IC6) n'hésitent donc pas à interpeller le médecin à ce sujet. Selon la dernière (IC4), les pharmaciens devraient jouer un rôle plus important là-dedans et développer une véritable campagne de sensibilisation à l'égard des médecins prescripteurs en MR/S.

2.2. Les erreurs dans les sachets de PMI

Selon les infirmiers (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6) et les médecins (MG1 et MG2) interrogés, les erreurs au sein même des sachets de PMI sont rares même si les infirmiers observent parfois des doublons de médicaments ou encore des manquants. Selon un des pharmaciens (P1), ce taux d'erreurs serait de 0,02 % mais il ajoute qu'à partir du moment où l'infirmier est contraint d'ouvrir un sachet suite à un changement de traitement, il y a une nouvelle source d'erreurs.

2.3. *Les erreurs commises en MR/S*

Si toutes les personnes interviewées s'accordent pour dire que le taux d'erreurs semble avoir diminué de manière considérable depuis que les MR/S recourent à un service de PMI, les risques ne restent pas moins présents à chaque étape du trajet qu'effectue le médicament dans la maison. Selon certains (MG1, IC1, IC2, IC3, IC4, P2), ces erreurs sont d'autant plus fréquentes s'il y a un manque de personnel ou si la MR/S travaille avec des intérimaires.

2.3.1. *Les erreurs qui surviennent en amont de la distribution*

Selon les infirmiers chefs (IC1, IC2, IC4, IC5), les erreurs commises en amont de la distribution surviennent le plus souvent au moment de la préparation des médicaments « non PMI » ou lors de la vérification des piluliers complets. Deux cheffes (IC2 et IC4) expliquent que les erreurs sont plus fréquentes s'il y a récemment eu une modification du traitement médicamenteux, puisqu'il n'est pas rare qu'un infirmier oublie de notifier à temps un changement de traitement dans le programme ou encore qu'il oublie de revoir les piluliers ou sachets déjà préparés, et que cela passe ensuite inaperçu lors de la vérification.

Les pharmaciens (P1 et P2) rapportent également des erreurs au niveau de l'encodage des schémas de médication et l'un d'eux (P2) tente d'expliquer cette problématique : « *Dans le meilleur des mondes, le médecin devrait passer, voir avec l'infirmière cheffe, notifier son changement de traitement, mais de manière lisible. Et de suite, l'infirmière devrait faire le changement dans le programme et imprimer la feuille et le médecin devrait signer la fiche de traitement tout de suite, donc il devrait avoir une double vérification. Ce qui arrive souvent c'est que le médecin passe, l'infirmière est occupée à droite, à gauche. Il attend pas forcément parce qu'il est pressé et donc la retranscription est parfois compliquée et donc nous on a eu des problèmes de retranscription à un certain moment.* » (Pharmacienne 2, extrait d'entretien).

2.3.2. *Les erreurs de distribution et d'administration*

Toutes les erreurs évoquées ci-dessus, si elles ne sont pas détectées à temps, peuvent conduire à des erreurs de distribution ou d'administration, et tous les infirmiers chefs interrogés ont déjà eu au moins une erreur médicamenteuse ayant nécessité la venue d'un médecin en urgence.

L'infirmière cheffe (IC3) qui fonctionne encore avec le système de boîtes de médicaments confie d'ailleurs que certaines erreurs commises dans son service ont eu des conséquences telles qu'en conséquence, elle a décidé de se renseigner sur le service de PMI.

Des erreurs peuvent également se produire lors de cette dernière étape, et sans pour autant qu'il y ait eu d'erreurs en amont. En effet, il arrive que, suite à un moment de distraction, l'infirmier ou l'AS intervertisse les petits pots contenant les traitements de deux résidents, souvent des voisins de chambre. Selon l'ensemble des acteurs interrogés, ce type d'erreur était beaucoup plus récurrent avant l'arrivée de la PMI même s'ils précisent qu'il arrive encore parfois que des soignants se trompent de sachets lors de la distribution. C'est d'ailleurs le type d'erreur qui a été le plus fréquemment rapporté lors des entretiens (IC1, IC2, IC4, IC5, MG1, MG2, P1, P2). Parfois, il peut aussi arriver que l'infirmier ou l'aide-soignant distribue le bon traitement au bon résident mais que celui-ci ne le prenne pas correctement. Ce problème a été soulevé par plusieurs intervenants (IC4, IC5, MG1, P1) et selon trois d'entre eux (MG1, IC4, IC5), tous les membres du personnel de la MR/S (paramédicaux, personnel d'entretien) ont de ce fait-là un rôle de surveillance visuelle à jouer dans la prise des médicaments.

2.3.3. Les erreurs « intentionnelles »

Ce type d'erreurs a été rapporté à deux reprises : une pharmacienne (P2) raconte que certains soignants volent des médicaments en MR/S pour les revendre sur le marché noir ; une infirmière (IC2) rapporte des vols de résidents sur les plateaux repas d'autres résidents. Selon un des médecins (MG1) interrogés, c'est d'ailleurs dans le trajet qu'effectue le médicament – entre le local infirmier et la chambre du résident ou le réfectoire de la MR/S – que se situe la plus grande source d'erreurs et il justifie cela par le fait que le passage de l'un à l'autre est le plus souvent effectué par une tierce personne : stagiaire, cuisinière, etc.

Les deux médecins (MG1 et MG2) que nous avons interrogés insistent toujours auprès des infirmiers chefs pour que toute erreur médicamenteuse leur soit rapportée. L'une d'eux (MG2) explique qu'elle est rapidement contactée par téléphone dans ce genre de situation. Tous deux insistent également sur le fait qu'il ne faut jamais avoir peur de les informer et qu'il est toujours préférable d'en discuter par la suite avec l'équipe, sans jugement. Un des médecins (MG1) précise qu'il n'a pas de rôle de rapportage des erreurs auprès de l'INAMI. Selon lui, seuls les effets secondaires médicamenteux graves doivent être rapportés par les MG.

3. Rôles des principaux acteurs du processus

3.1. Infirmiers en chef

Dans le cadre de cette recherche, nous avons rencontré six infirmiers chefs issus de six maisons de repos différentes mais tous ont utilisé des termes relativement similaires pour se décrire. Les rôles de manager et de coordinateur ont d'ailleurs été évoqués par l'ensemble des infirmiers chefs lors des entretiens. Nous allons par la suite nous limiter aux rôles qui peuvent avoir une influence sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse des résidents en MR/S.

Tout d'abord, en tant que managers d'équipe, les chefs sont responsables de la planification des horaires, de la répartition quotidienne des tâches entre les soignants mais aussi de la gestion de l'absentéisme, avec pour objectifs d'assurer – entre autres – la continuité des soins et des prises en charge de qualité aux résidents. Comme décrit dans les points 1.1. et 1.2., ils ont un rôle dans la gestion des ordonnances, des schémas de médication et des commandes pharmaceutiques. Des IC (IC3 et IC4) estiment également devoir exercer une forme de contrôle sur le travail réalisé par leur équipe, par exemple en s'assurant que les feuilles de traitements et les dossiers informatisés soient bien complétés ou que les stupéfiants soient contrôlés de façon systématique. L'une d'elles (IC4) explique qu'elle supervise régulièrement la vérification médicamenteuse pour s'assurer que celle-ci soit faite correctement. Tous les chefs se tiennent également informés des législations en vigueur dans les maisons de repos et certains (IC1, IC2, IC3, IC4, IC5) évoquent certaines règles à suivre en termes de préparation et d'administration médicamenteuses, telles que l'interdiction de préparer les plateaux de médicaments durant la nuit et l'interdiction de les préparer pour plus de trois jours, ou encore les responsabilités propres aux infirmiers, aux AS et aux AS ayant fait les heures de formation supplémentaires.

Ensuite, tous évoquent un rôle de coordinateur de soins mais trois d'entre eux (IC4, IC5, IC6) le décrivent à différents niveaux : au sein de leur service, au sein de la MR/S et au cœur des relations qu'ils entretiennent avec les autres professionnels. Au sein de leur propre service, ils coordonnent les différents prestataires impliqués dans la prise en charge des résidents et collaborent notamment avec la cuisine. Un des chefs (IC5) souligne, en effet, l'importance de communiquer au personnel de cuisine les interactions médicamenteuses qu'il peut y avoir entre certains traitements et certains aliments pour éviter que celles-ci ne se produisent.

Au sein de leur établissement, ils collaborent avec les autres IC. Certains (IC2, IC3, IC4, IC6) expliquent qu'ils veillent ensemble à l'harmonisation de bonnes pratiques entre les différents étages, au partage d'expériences, à l'entre-aide et à l'élaboration de projets communs. Une infirmière (IC4) profite par exemple de leurs réunions pour partager son expérience récente avec la PMI à ses collègues et ainsi les convaincre de modifier leur mode de fonctionnement actuel. D'autres (IC2 et IC3) expliquent qu'elles travaillent avec les autres IC de leur MR/S pour établir un guide de bonnes pratiques médicamenteuses commun aux différents services.

Tous les chefs décrivent aussi l'importance d'établir des contacts réguliers avec les acteurs extérieurs à la MR/S : pharmaciens, MG, MCC et autres professionnels impliqués dans le processus de soins médicamenteux du résident. Deux d'entre eux (IC4 et IC5) évoquent aussi l'importance d'assurer une communication adéquate entre la MR/S, le MG et l'hôpital dans certaines situations. Ces échanges semblent d'autant plus importants si le résident revient d'un séjour hospitalier avec un nouveau schéma de traitement à faire valider par son MG. Un des médecins (MG1) ajoute qu'il accorde beaucoup d'importance à la vision globale de l'infirmier en chef. Il explique que c'est lui qui centralise toutes les informations au sujet des résidents et qu'une collaboration étroite avec lui permet d'améliorer le suivi médicamenteux. En tant que MCC, il souligne également le rôle qu'il joue dans les réunions pluridisciplinaires, notamment lorsqu'il s'agit d'émettre des suggestions en termes de révisions médicamenteuses. Les pharmaciens (P1 et P2) partagent cet avis et encouragent vivement cette collaboration.

Tous décrivent aussi l'importance de prendre soin des familles et une des cheffes (IC6) complète cette idée en ajoutant qu'il est aussi de son devoir de soulager les familles dans la gestion du processus de soins médicamenteux, par exemple en commandant pour eux les rouleaux de PMI au nom du résident pour ses séjours à l'extérieur de la MR/S.

En plus des fonctions qu'ils assument en tant que responsables d'équipe, tous les chefs que nous avons rencontrés passent encore énormément de temps dans les soins, notamment par manque de personnel. Deux infirmières (IC2 et IC3) expliquent qu'elles manquent parfois de temps pour offrir une prise en charge de qualité aux résidents et que, dans ces moments-là, il leur est déjà arrivé de négliger une partie du suivi médicamenteux (commande pharmaceutique, modification des schémas de traitement ou des préparations). Un des MG interrogés (MG1) pense que, pour éviter cela, les infirmiers chefs devraient toujours prévoir un temps dédié uniquement à la gestion des médicaments des résidents dans leur journée.

3.2. *Infirmiers*

Les infirmiers chefs interviewés définissent souvent l'infirmier comme l'acteur principal du processus de soins médicamenteux en MR/S puisqu'il intervient, selon eux, à chaque étape du trajet de soins qu'effectue le médicament au sein même de l'institution. L'un d'eux (IC2) explique que l'infirmier est responsable de l'accueil des médecins en MR/S, de la gestion des ordonnances et des schémas de médication, des commandes de médicaments à la pharmacie, de la réception et du stockage des médicaments, de la préparation médicamenteuse, de la gestion des modifications de traitements, de la transmission des informations aux différents acteurs du processus, de la vérification des préparations, du contrôle des stupéfiants, de la distribution et de l'administration médicamenteuses. De plus, les six chefs évoquent le rôle que les infirmiers ont dans la surveillance des effets thérapeutiques sur les résidents, et donc l'importance qu'ils puissent donner un feedback aux différents MG à ce sujet.

Les médecins que nous avons rencontrés (MG1 et MG2) évoquent principalement les rôles que les infirmiers jouent dans la distribution des médicaments, dans le suivi des ordonnances papier et dans le relais des informations relatives aux traitements à la pharmacie. L'un d'eux (MG1) souligne également l'importance de l'accueil que lui réservent les infirmiers en MR/S. En effet, selon lui, il est primordial que le bureau infirmier soit facilement accessible aux MG et que ces derniers soient présents et à l'écoute lors de leurs passages.

Enfin, les différents chefs interrogés expliquent que les infirmiers peuvent également confier certains actes infirmiers aux aides-soignants mais tous insistent sur le fait que l'infirmier garde une part de responsabilité dans les actes qu'il délègue.

3.3. *Aides-soignants*

Dans les six MR/S analysées, il est assez fréquent que les AS distribuent ou administrent les médicaments aux résidents. Cependant, la place qu'ils occupent au sein de ce processus de soins médicamenteux varie fortement d'une maison de repos à l'autre. De plus, tous les IC insistent sur le fait qu'il faut distinguer l'aide-soignant « classique » de l'AS « plus » – qui a suivi un programme de formation de 150 heures complémentaires – puisque ce dernier peut se voir déléguer un plus grand nombre d'actes infirmiers.

Une des infirmières (IC2) explique que la législation actuelle prévoit que l’infirmier puisse déléguer aux aides-soignants l’aide à l’administration des médicaments, c’est-à-dire que – pour pouvoir distribuer ou administrer un médicament – les AS doivent nécessairement être sous la supervision directe d’un infirmier. Elle précise ensuite que les AS « plus » ont plus de responsabilités puisque la loi leur permet également d’administrer des médicaments, sans surveillance directe de l’infirmière. Selon un autre infirmier (IC5), les aides-soignants ont aussi un rôle dans la surveillance et dans le rapportage d’évènements liés à la prise des médicaments, tels que des difficultés à avaler certains comprimés ou encore des signes de fausse déglutition.

Seuls les infirmiers chefs ont abordé spontanément le rôle des AS dans le processus de soins médicamenteux en MR/S. Les autres intervenants n’ont fait aucune mention à leur sujet.

3.4. Médecins généralistes

Les médecins (MG1 et MG2) que nous avons interrogés ont tout d’abord mis en avant les rôles qu’ils détiennent dans le suivi médical de leurs patients – que ce soit en médecine préventive, en médecine générale ou encore en médecine d’urgence – et dans la prescription des traitements et des schémas de médication.

Pour assurer ses prises en charge de manière optimale, le premier médecin (MG1) que nous avons rencontré explique alors qu’il essaie de toujours rendre visite à ses patients en MR/S, au minimum une fois par mois. Des visites régulières lui permettent non seulement d’entretenir un bon relationnel avec ses patients et avec leurs soignants, mais aussi de pouvoir plus facilement répondre aux questions que les infirmiers pourraient être amenés à lui poser par téléphone. Il nous a néanmoins confié que son emploi du temps chargé ne lui permettait pas toujours d’appliquer cet idéal. Il ajoute également qu’il est toujours préférable pour lui d’avoir plusieurs patients dans une même maison de repos puisque ça lui permet non seulement d’économiser du temps mais aussi d’établir une meilleure collaboration avec les IC. Une des cheffes (IC6) a également souligné l’importance d’inclure les MG dans la MR/S afin de pouvoir échanger régulièrement avec eux les informations pertinentes au sujet des résidents.

Bien que ces rôles aient également été décrits par l’ensemble des infirmiers et des pharmaciens interviewés, ces derniers se sont souvent montrés critiques à l’égard des MG en MR/S. En effet, à l’exception d’une infirmière (IC6), tous s’accordent pour dire que la plupart des MG manque

de disponibilité vis-à-vis de leurs patients mais aussi d'écoute vis-à-vis des autres intervenants. Un des pharmaciens (P1) ajoute qu'il peut parfois s'écouler plusieurs mois entre deux visites.

Lors des entretiens, les médecins (MG1 et MG2) ont relevé la complexité d'occuper la place du MG en maison de repos et ils expliquent cela pour différentes raisons. La première difficulté vient du fait qu'ils manquent de temps pour prendre soin à la fois de leurs patients en cabinet et de ceux qu'ils suivent MR/S, mais aussi que les patients en MR/S peuvent parfois représenter une difficulté supplémentaire en termes d'accessibilité si leur choix de MR/S s'avère loin de leur domicile initial, et donc plus loin du cabinet de leur MG. Selon l'un d'eux (MG1), la seconde difficulté vient du fait que les visites en MR/S sont rarement simples et efficaces puisque le MG doit se rendre jusque-là, trouver son patient – qui bien souvent ne se trouve pas dans sa chambre – et courir après les infirmiers pour pouvoir échanger avec eux des informations pertinentes. Il estime qu'une visite de routine peut lui prendre jusqu'à 1h30 sur place. De plus, il ajoute que les infirmiers ne se montrent pas toujours très accessibles lors de ses passages en MR/S, ce qui le contraint parfois à laisser ses notes dans un carnet plutôt que de pouvoir les discuter oralement avec eux. D'après l'expérience personnelle de la pharmacienne (P2) interrogée, l'implication des MG dans la MR/S dépendra directement de la façon dont celle-ci s'organise. En effet, elle remarque que dans les maisons de repos qui sont bien organisées des règles cadrent les échanges entre médecins généralistes et infirmiers, alors que dans les autres tout le monde agit selon ses propres envies.

Aucune des six MR/S que nous avons analysées ne semble avoir défini de tels moments d'échanges entre ces deux intervenants. Deux infirmières (IC1 et IC2) expliquent qu'elles ont déjà essayé d'instaurer des réunions avec les MG mais qu'ils ne viennent jamais, faute de temps. Selon une des médecins (MG2), le gouvernement devrait les obliger à réaliser au moins une fois par an une réunion pluridisciplinaire qui réunirait à la fois le MG, l'infirmier chef et le pharmacien de la MR/S. Selon elle, cela leur permettrait de revoir tous les traitements chroniques de chaque résident, en interdisciplinarité.

3.5. *Médecins coordinateurs et conseillers*

Les six MR/S que nous avons analysées dans le cadre de cette recherche, dispose d'un, voire de plusieurs, médecins coordinateurs. Un des médecins généralistes (MG1) interrogés est d'ailleurs MCC dans l'une d'entre elles (MRS 1 avec IC1).

Dans cinq MR/S sur six (IC1, IC2, IC3, IC4, IC6) des réunions pluridisciplinaires sont organisées avec le MCC. La fréquence des réunions varie d'un endroit à l'autre : hebdomadaire (IC4), bimensuelle (IC1 et IC2) ou mensuelle (IC6). Ces réunions incluent toujours le MCC et les infirmiers chefs, mais dans certains cas (IC1, IC2, IC4) elles incluent également les paramédicaux (kinés, logopèdes et ergothérapeutes). Dans la 5^e MR/S analysée, aucune réunion pluridisciplinaire n'est organisée et, selon l'infirmier chef (IC5), le MCC n'a d'un médecin coordinateur et conseiller que l'étiquette.

Selon l'ensemble des infirmiers et des pharmaciens interrogés, tous les MCC ont, à un moment ou à un autre, un rôle à jouer dans la prise en charge médicamenteuse des résidents en MR/S, notamment lors de ces réunions pluridisciplinaires. Tout d'abord, tous les infirmiers chefs ont abordé la responsabilité du MCC dans la gestion de la pharmacie d'urgence en MR/S. En effet, plusieurs infirmières (IC1, IC2, IC3, IC4) expliquent que le MCC a établi, en concertation avec elles, une liste reprenant tous les médicaments à donner en cas d'urgence ainsi que leurs indications. L'une d'elles (IC3) ajoute qu'ils ne recourent à la pharmacie d'urgence qu'en dehors des jours et des heures ouvrables de leur officine. Le médecin coordinateur (MG1) explique que, dans les grands groupes de MR/S, la liste des médicaments « urgents » est le plus souvent établie au préalable pour l'ensemble des établissements du groupe, et que, dans ce cas de figure, son rôle consiste uniquement à vérifier que cette liste répond bien aux éventuels besoins des résidents. Si ce n'est pas le cas, il va l'adapter en fonction des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans la maison. Une fois cette liste définie, il se charge de rédiger les ordonnances nécessaires à l'élaboration ou au renouvellement de cette pharmacie de garde. De plus, il explique qu'il leur arrive aussi de conserver des médicaments après le décès de certains résidents pour les ajouter à la pharmacie de garde, surtout si le patient était en soins palliatifs et que la MR/S a accumulé des stupéfiants dans ce contexte-là.

Ensuite, bien que tous les pharmaciens et les infirmiers interrogés semblent trouver que le MCC ait un rôle essentiel à jouer dans les réunions pluridisciplinaires en MR/S, tous n'ont pas les mêmes attentes à son égard. En effet, si tous sont bien conscients du fait que les MCC n'ont pas dans leurs attributions la responsabilité du suivi médical des résidents, certains (IC1, IC2, IC4, IC5, P1, P2) souhaiteraient tout de même le voir s'investir davantage là-dedans. Un infirmier (IC4) explique qu'il a parfois travaillé avec des MCC qui prenaient vraiment le temps de faire de la revue de médication pendant les réunions pluridisciplinaires et que c'était non seulement bénéfique pour le résident mais aussi enrichissant pour le personnel infirmier. Ils travaillaient

ensemble les critères START/STOPP. Une autre infirmière (IC2) explique qu'elle se tourne régulièrement vers ses MCC quand elle a une question mais que les propositions de changement qu'ils lui font en retour ne restent que des propositions puisqu'ils ne peuvent pas non plus empiéter sur le rôle du MG.

Le MCC que nous avons rencontré (MG1) explique que c'est toujours délicat pour eux d'interférer dans la prise en charge d'un autre médecin puisqu'ils ne sont pas supposés s'occuper du suivi médical des résidents. En outre, s'il remarque des erreurs manifestes dans les prescriptions d'un autre médecin, il préfère que ce soit l'infirmier ou le pharmacien de la maison qui contacte personnellement le médecin concerné. Il ajoute également, qu'en tant que MG cette fois, il préfère également que ce soit l'un d'eux qui le contacte plutôt qu'un MCC qui n'est pas supposé rentrer dans les dossiers médicaux de ses patients.

Enfin, certains professionnels (IC2, IC5, P1, P2) attendent aussi du MCC qu'il ait un rôle de sensibilisation auprès de ses confrères généralistes, notamment en les contactant par mail ou par téléphone pour leur rappeler qu'ils sont responsables de prescrire correctement leurs schémas de médication ou encore qu'il est de leur devoir de prescrire en temps et en heure les ordonnances qui sont arrivées à échéance.

3.6. *Pharmaciens en officine*

Les rôles du pharmacien d'officine ont déjà été majoritairement décrits dans les points 1.1., 1.2. et 1.3. de nos résultats et nous allons les résumer en quelques lignes.

Tout d'abord, tous les pharmaciens (P1 et P2) vont jouer un rôle dans la gestion et dans le contrôle de la validité des ordonnances ainsi que dans le renouvellement des ordonnances arrivées à échéance. Cette gestion fait de plus en plus souvent l'objet d'une communication directe avec les MG concernés. Ensuite, les pharmaciens vont traiter les commandes qui proviennent des différentes MR/S. Il faut à présent distinguer le pharmacien qui collabore avec un centre de PMI des autres pharmaciens, pour comprendre au mieux l'apport de celui-ci. En effet, si la MR/S (IC3) ne travaille pas avec un service de PMI, sa pharmacie reçoit uniquement les commandes passées au nom de chaque résident, pour pouvoir ensuite procéder à la facturation. Si, en revanche, elle (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6) fonctionne avec un système de PMI,

les pharmaciens ont alors systématiquement accès aux schémas de médication des résidents présents dans la MR/S, via un programme informatique prévu à cet effet, et ils vont procéder à une vérification des schémas lors de chaque modification. Une fois ces étapes de contrôle effectuées, tous les pharmaciens (P1 et P2) interrogés nous expliquent qu'ils vont procéder à la préparation des commandes : comprimés, préparations magistrales, injectables, compléments alimentaires, protections, crèmes, etc. Dans cinq MR/S sur six (IC1, IC2, IC4, IC5, IC6), les pharmaciens délèguent la majorité de leurs préparations médicamenteuses à un centre de production PMI. Le pharmacien est responsable des préparations qu'il délivre et il est aussi garant de la conservation adéquate des produits. Dans ce sens, une infirmière cheffe (IC2) nous explique que les infirmiers ne deviennent responsables des sachets de PMI qu'après leur ouverture, mais qu'avant cela toute la responsabilité incombe encore au pharmacien. Un des pharmaciens (P2) avait justement soulevé le fait que la législation ne faisait aucune mention à ce sujet mais qu'il ne pouvait, selon lui, pas être considéré comme responsable si les sachets de PMI n'étaient pas conservés adéquatement au sein même de la MR/S.

En outre, les pharmaciens (P1 et P2) jouent également un rôle dans la substitution des médicaments indisponibles. La pharmacienne (P2) précise que, avant le 1^{er} juillet 2022, les pharmaciens ne pouvaient substituer que certains médicaments, tels que les antibiotiques et les antimycosiques. Elle ajoute que cette substitution était même obligatoire pour ces deux classes de médicaments et qu'elle consistait à toujours donner le médicament le moins cher au patient. Depuis le 1^{er} juillet 2022, les pharmaciens sont autorisés à effectuer cette substitution pour tous les médicaments manquants, et ce, sans l'accord préalable du médecin prescripteur. Si le médicament indisponible peut être substitué par plusieurs médicaments, la pharmacienne (P2) nous explique que la règle reste de délivrer le générique le moins cher. Tous deux (P1 et P2) précisent que tout changement doit obligatoirement être notifié auprès des médecins prescripteurs mais qu'ils en informent aussi systématiquement les infirmiers chefs, le plus souvent par téléphone, autrement par mail. Si aucun générique n'est disponible, les pharmaciens prennent alors contact avec le MG pour l'en informer et lui proposer une solution équivalente.

Cette possibilité a été soulignée par l'ensemble des IC interviewés et tous semblent trouver que c'est une aide précieuse. Une infirmière (IC3) explique que, avant juillet 2022, pour tous médicaments indisponibles, les pharmaciens devaient entrer en contact avec le prescripteur pour l'informer de la rupture de stock et lui proposer une alternative. Elle ajoute que, par manque de disponibilité des MG, le pharmacien préférait généralement prendre contact avec l'IC, qui

devait ensuite faire parvenir l'information au MG d'une manière ou d'une autre. Elle se dit donc extrêmement soulagée de toute cette gestion.

L'ensemble des infirmiers chefs perçoivent le pharmacien comme un acteur indispensable au processus de soins médicamenteux, bien que son rôle soit moins marqué dans la MRS qui fonctionne sans PMI. Tous collaborent étroitement avec leur pharmacie et se concertent régulièrement, voire quotidiennement, avec elle. Leurs échanges se font principalement par téléphone mais peuvent aussi bien se faire par mail.

Dans certaines maisons de repos, des réunions sont planifiées de manière plus ponctuelle avec la pharmacie mais une seule MR/S (MR/S 1) organise régulièrement des réunions pluridisciplinaires avec le pharmacien (P1), le médecin coordinateur (MG1) et les IC (IC1). Ces réunions ont lieu toutes les deux semaines et le pharmacien (P1) nous explique qu'il profite de ces réunions pour interpeler les autres acteurs du processus sur les schémas de traitements de certains résidents. Selon lui, il n'y a pas une seule réunion où ils ne modifient pas un ou plusieurs schémas de médication. Ce travail pluridisciplinaire est facilité par le fait que le MCC (MG1) est également le MG de plus de la moitié des résidents de la MR/S.

Une infirmière cheffe (IC6) explique que, chez eux, ils organisent, trois fois par an, des réunions avec leur référente pharmacienne et l'ensemble des infirmières cheffes de la MR/S. Deux autres cheffes (IC2 et IC4) expliquent qu'elles aimeraient planifier des réunions régulièrement avec leur pharmacie mais que ces réunions, puisqu'elles sont organisées sur leur journée de travail à tous et qu'ils manquent déjà de temps pour faire correctement leur travail, sont impossibles à l'heure actuelle. Pour elles, ce temps défini devrait exister mais cela devrait d'abord passer par des meilleures conditions de travail pour les infirmiers comme pour les pharmaciens.

Certains pharmaciens (P2) proposent également des formations en fonction des besoins du terrain. Plusieurs IC (IC2, IC4, IC5) ont abordé la plus-value d'avoir un pharmacien clinicien en MR/S mais cette fonction n'existe pas à l'heure actuelle en Belgique. Les deux pharmaciens (P1 et P2) partagent cet avis. D'autres (IC6) n'ont pas l'impression que ce soit particulièrement nécessaire. Aucun des deux médecins interrogés n'a évoqué spontanément l'idée d'instaurer une fonction similaire dans les MR/S à l'avenir.

3.7. *Pharmaciens coordinateurs de soins*

Nous avons rencontré une pharmacienne (P2) qui a récemment suivi une formation pour obtenir le certificat de soins pharmaceutiques à l'UCL et qui occupe à présent un poste de coordinatrice de soins pour des établissements de santé. En tant que coordinatrice, elle assiste plusieurs MR/S pour l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse des résidents et tente de leur offrir une aide supplémentaire dans les limites de sa profession. Elle travaille uniquement avec des MR/S qui fonctionnent avec une PMI. Elle explique que son rôle ne consiste donc plus uniquement à la délivrance de médicaments mais aussi et surtout à assurer des soins pharmaceutiques supplémentaires : gestion des manquants, suivi et contrôle des attestations médicales, révision médicamenteuse détaillée, formation continue du personnel infirmier, conseils quant à l'organisation et au rangement de la pharmacie, etc.

En ce qui concerne la révision médicamenteuse, elle explique que le pharmacien peut procéder à deux formes d'analyse médicamenteuse. La première est effectuée par l'ensemble des pharmaciens qui proposent un service de PMI et a été décrite plus haut dans le point 1.3.1.3. Elle consiste principalement à repérer les erreurs potentiellement dangereuses pour le résident. Une autre forme d'analyse est possible et c'est la véritable « révision médicamenteuse ». Cette révision consiste à réaliser une étude approfondie des schémas de médication des résidents et à repérer toutes les interactions médicamenteuses et/ou alimentaires possibles, en fonction de leurs données de santé. Les résultats de cette analyse pharmaceutique sont ensuite transmis aux médecins concernés mais ces derniers restent libres de modifier, ou pas, leurs traitements. Selon elle, ce type d'analyse est nécessaire et devrait se faire de manière régulière en MR/S. Elle explique cependant qu'elle n'est pas facile à mettre en pratique à l'heure actuelle. D'une part parce qu'elle prend en moyenne une heure par résident, d'autre part parce que certains pharmaciens éprouvent des difficultés à affirmer leur place aux côtés du médecin prescripteur. Selon elle (P2), ce phénomène est plus marqué chez les pharmaciens âgés.

Dans un autre registre, la coordinatrice (P2) nous explique qu'elle essaie de mettre en place des formations continues pour le personnel infirmier en MR/S. Parmi les thématiques régulièrement abordées en formation, elle évoque les médicaments à haut risque, les médicaments sécables et/ou écrasables, ainsi que certaines classes de médicaments telles que les antipsychotiques et les antidépresseurs. Elle souligne qu'il lui faut en moyenne deux heures pour développer une thématique et qu'elle profite généralement de sa venue pour en aborder deux différentes.

Dans un monde idéal, elle explique qu'elle aimerait se rendre dans chacune de ses MR/S au minimum un demi-jour par mois mais que la charge de travail infirmière ne leur permet que rarement d'atteindre cet objectif.

3.8. *Résidents en MR/S*

Très peu d'acteurs interrogés ont abordé la place des résidents dans le processus de soins médicamenteux en maison de repos. Une infirmière cheffe (IC3) a tout de même mentionné le rôle qu'il exerce lors de son arrivée en institution. En effet, elle explique que quand une personne âgée est admise chez eux, il lui est demandé de signer un mandat pharmaceutique, et que, une fois signé, ce mandat donne à la pharmacie l'autorisation de délivrer des médicaments pour le résident directement auprès de la maison de repos et du personnel habilité. Une autre infirmière (IC6) nous a expliqué que, pour des questions de sécurité et bien qu'elle promeut toujours l'autonomie de ses résidents, elle préfère qu'ils n'aient pas à s'occuper de leurs traitements.

Le rôle des familles pendant les heures de visites et lors de la distribution des médicaments n'a été mentionné par aucun interviewé.

4. Résultats favorables au processus de soins

Maintenant que nous avons présenté l'ensemble de nos résultats, nous allons reprendre de manière synthétique les éléments qui semblent plutôt favorables ou, au contraire, défavorables, à la qualité du processus de soins médicamenteux en MR/S.

Informatisation du processus de soins médicamenteux

L'informatisation progressive de l'ensemble du processus de soins médicamenteux en MR/S (ordonnances électroniques, schémas de médication, commandes) présente de nombreux avantages en faveur de la qualité et de la sécurité des soins médicamenteux aux résidents.

L'utilisation d'**ordonnances électroniques** représente un **gain de temps** pour l'ensemble des acteurs du processus de soins – médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers – mais ce sont les infirmiers qui semblent les plus soulagés par ces changements récents dans les modes de prescription.

Les bénéfices semblent d'autant plus marqués si les prescripteurs passent par une plateforme directement connectée à la pharmacie des résidents : **facilité d'utilisation, rapidité dans les échanges et les mises à jour** des traitements entre médecin et pharmacien.

Le **schéma de médication informatisé** offre une **meilleure traçabilité** des historiques de traitements. En **facilitant les échanges de données** entre le pharmacien et la MR/S, il **diminue le risque d'erreurs** lors des modifications. De plus, l'informatisation des schémas facilite aussi leur vérification par le pharmacien.

Cette informatisation présente tout de même un certain **désavantage**. Deux intervenants (médecins et infirmiers) pointent du doigt une **perte de contrôle et de visibilité** au niveau du suivi des ordonnances. Si pour les infirmiers cela ne semble pas avoir de conséquences sur la qualité du processus de soins, pour certains médecins l'informatisation participe à une perte de vigilance de leur part et peut donc représenter un risque en termes de sécurité.

Préparation médicamenteuse par un centre de PMI automatisé

La préparation de médication individuelle par un centre de production présente de nombreux avantages pour les infirmiers et les résidents en MR/S. Parmi ceux-ci, nous retiendrons :

- Une **réduction du nombre d'erreurs dans les préparations** médicamenteuses ;
- Un **gain de temps considérable** pour le personnel infirmier ;
- Une meilleure **traçabilité** ;
- **Moins de manipulations** des médicaments en MR/S → **hygiène** ;
- Une **facilité d'utilisation** pour le personnel / les résidents / familles ;
- Un **avantage économique** pour le résident / sa famille / la société ;
- Les **soins pharmaceutiques** qu'offre le pharmacien d'officine **en parallèle**.

Principaux **désavantages** :

- Les PMI, si elles sont délivrées par semaine, offrent **moins de souplesse** (changements) ;
- Risques de **déresponsabilisation infirmière face à l'automatisation**.

Dispensation de soins pharmaceutiques par un pharmacien d'officine

La PMI est indissociable de la dispensation médicamenteuse effectuée par le pharmacien :

- Lecture et **vérification des schémas de médication** ;
- **Réduction du nombre d'erreurs** de prescription ou d'encodage dans les schémas ;
- **Informatisation** des échanges ;
- **Conseils pharmaceutiques, formations** pour le personnel infirmier, etc.

Acteurs du processus du soins médicamenteux

Les **infirmiers** chefs, les infirmiers, les **aides-soignants**, les **médecins** généralistes, les médecins coordinateurs et les **pharmaciens** sont autant d'**acteurs impliqués** dans le processus de soins médicamenteux en MR/S et, selon l'ensemble des personnes interviewées, des échanges, réguliers et structurés, entre ces différents intervenants sont essentiels pour garantir la qualité de ce processus. Néanmoins, dans les faits, ces **moments d'échange existent peu**. En effet, une seule des six MR/S analysées organise des réunions pluridisciplinaires comprenant MCC, chefs infirmiers et pharmacien, et aucune d'entre elles n'a mis en place des moments de rencontre structurés avec les MG des résidents. Selon les différents acteurs, le manque de temps et de personnel sont les facteurs les plus limitants.

IV. Discussion

Dans le cadre de notre master en santé publique, nous nous sommes posé la question suivante : « *Dans quelle mesure les modes de préparation et de dispensation des médicaments destinés aux résidents en maisons de repos et de soins peuvent améliorer la qualité du processus de soins médicamenteux ?* » Pour répondre à cette question, nous nous sommes d'abord intéressés au contexte dans lequel cette problématique de santé s'inscrit en Belgique. Nous sommes ensuite partis à la recherche d'informations probantes sur le processus de soins médicamenteux en MR/S, ainsi que sur certains critères de qualité auxquels il doit pouvoir répondre. Une fois l'ensemble de ces données récoltées, nous avons sollicité des acteurs du terrain – infirmiers en chef, pharmaciens et médecins – afin qu'ils partagent avec nous leur propre expérience et les spécificités du processus de soins médicamenteux en MR/S. Nous avons recueilli ces informations par le biais d'entretiens individuels semi-directifs.

A présent, et afin de tenter d'apporter une réponse à notre question de recherche, nous allons confronter les résultats du travail de recherche que nous avons effectué en amont avec l'analyse de nos données empiriques. Cette mise en perspective devrait également nous aider à formuler d'éventuelles pistes de recommandations pour nos décideurs et pour la pratique.

1. Un processus de soins médicamenteux de qualité en MR/S

Dans la littérature, de nombreux auteurs (APB, 2016 ; Azar, 2022 ; Omedit, 2023) décrivent le trajet de soins médicamenteux comme un processus de soins complexe. Outre sa complexité, Cubaynes et al. (2011) insistent également sur son hétérogénéité. Les entretiens menés dans six MR/S et auprès de dix intervenants ont mis en évidence cette diversité. De fait, bien que les processus de soins médicamenteux en MR/S comprennent toujours les mêmes activités, leurs modalités d'application varient non seulement d'une maison de repos à l'autre, mais aussi d'un professionnel à l'autre. Ce sont principalement dans les modes de préparation, de vérification et de distribution que nous avons observé des écarts importants entre les institutions. Ces écarts ont été décrits dans la partie résultats de notre travail. Notre analyse nous a également permis de mettre en avant les forces et faiblesses des différentes pratiques existantes en MR/S et nous allons cibler celles qui nous semblent les plus favorables en termes de qualité et de sécurité, tant pour les résidents que pour leurs dispensataires.

Lors de l'élaboration de notre cadre théorique, trois critères essentiels avaient été retenus pour définir des soins de qualité aux résidents. Nous allons à présent aborder les éléments qui, selon les différents acteurs interrogés, répondent à ces trois critères que sont la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins (Vers une Belgique en bonne santé, 2019).

☺ La sécurité des soins

Le processus de soins médicamenteux est un processus complexe puisqu'il comprend une multitude d'activités (sélection, prescription, stockage, préparation, dispensation, délivrance, administration, suivi thérapeutique du résident et élimination des déchets médicamenteux) et que ces activités sont sous la responsabilité de plusieurs prestataires (Cubaynes et al., 2011). En maisons de repos, la polymédication des résidents, la complexité du trajet médicamenteux et la multiplicité des acteurs impliqués dans le processus sont autant de sources potentielles d'erreurs (Azar, 2022 ; Cubaynes et al., 2011 ; Vers une Belgique en bonne santé, 2019). Étant donné que les erreurs médicamenteuses exposent toujours le résident aux risques de présenter des événements indésirables (Anrys et al., 2016), il est de notre devoir de sécuriser leurs prises en charge médicamenteuses. C'est d'autant plus important que de nombreux résidents ont un profil de santé gériatrique et sont donc plus à risque encore de présenter des événements iatrogènes (Clairet et al., 2018).

Cette problématique n'est pas récente et a d'ailleurs déjà fait l'objet de plusieurs initiatives de sensibilisation à ce sujet (Anrys et al., 2016 ; OMS, 2017). Cependant, malgré ces efforts et selon l'ensemble des acteurs interrogés, des erreurs médicamenteuses persistent. Si toutes sortes d'erreurs ont été décrites lors des entretiens, celles qui reviennent le plus sont les erreurs de résidents lors de l'administration, suivies des erreurs de médicament et des erreurs de dosage. Peu d'erreurs semblent venir de la dispensation pharmaceutique et le taux d'erreurs lors des préparations médicamenteuses est en nette diminution depuis la mise en place de la PMI dans la plupart des MR/S. Des erreurs proviennent également d'une transmission ou d'une retranscription inadéquate de l'information. Ces informations recueillies sur le terrain coïncident avec des données issues de la littérature scientifique puisque nous savons que plus de 2/3 des erreurs surviennent lors de l'administration, moins d'1/3 lors de la prescription et seul un faible pourcentage lors de la dispensation (Alquier, 2020).

Comme décrit plus haut, chaque erreur présente un risque d'évènements indésirables pour le résident qui en fait les frais. Parmi ceux-ci, Anrys et al. (2016) évoquaient les risques d'effets secondaires liés aux traitements, d'hospitalisation et une mortalité potentiellement évitables. Fort heureusement, selon les professionnels interrogés, les erreurs médicamenteuses en MR/S font rarement l'objet d'une hospitalisation en urgence et n'ont jamais provoqué la mort d'un de leurs résidents. En revanche, les effets secondaires restent, quant à eux, relativement fréquents et, bien qu'ils aient des degrés d'intensité variables, beaucoup de participants ont décrit une situation où l'erreur médicamenteuse aurait pu avoir ou a eu des conséquences graves sur l'état de santé du résident. Les erreurs de surdosage semblent être à l'origine des effets indésirables les plus conséquents. Lors des entretiens, plusieurs infirmiers ont également souligné le fait que les erreurs se produisent plus facilement si les soignants font face à une charge de travail élevée et à une pénurie de personnel et qu'ils recourent donc à du personnel intérimaire. Ces deux facteurs ont également été cités comme facteurs de risque par Azar (2022) et BeSWIC (2020).

Selon Alquier (2020), la meilleure manière de réduire le nombre d'erreurs médicamenteuses, et par la même occasion l'apparition d'évènements indésirables liés aux traitements, est de sécuriser chaque étape du processus de soins. Depuis quelques années, différentes pratiques telles que l'informatisation des MR/S, le recours à un service de PMI et la dispensation de soins pharmaceutiques en lien avec ce type de préparation, semblent avoir eu un impact considérable sur la sécurité du processus de soins médicamenteux en MR/S. Cette impression est partagée par l'ensemble des médecins, pharmaciens et infirmiers que nous avons rencontrés, et tous se mettent d'accord sur le fait que ces trois éléments participent à la réduction du nombre d'erreurs médicamenteuses, et plus particulièrement à celles qui surviennent lors de la prescription, de la préparation, de la transmission ou de la retranscription des données médicamenteuses.

Néanmoins, si ces trois éléments permettent de renforcer la sécurité de certaines étapes clés du processus, ils n'ont que très peu d'influence sur les risques d'erreurs au moment de l'administration des traitements aux résidents. Or, c'est lors de cette dernière étape que le plus grand nombre d'erreurs survient. Selon Cubaynes et al. (2011), les infirmiers, de par le rôle qu'ils jouent dans la distribution et dans l'administration, forment le dernier rempart de sécurité au processus et si, avant le 1^{er} septembre 2019, cette activité était effectivement réservée aux infirmiers, elle se partage désormais avec les aides-soignants, sous certaines conditions (AR modifiant l'AR du 12 janvier 2006, 27 février 2019). En effet, bien que les nouveaux actes infirmiers délégués aux aides-soignants n'aient pas encore été repris dans la littérature

scientifique, et que ceux-ci semblent par ailleurs encore mal connus des pharmaciens et des médecins travaillant en MR/S, ils offrent également aux AS la possibilité d'accroître leurs responsabilités face à ce processus de soins.

La PMI automatisée, bien qu'elle sécurise la préparation médicamenteuse et qu'elle facilite la vérification des piluliers et la distribution médicamenteuse par les soignants, ne permet pas d'empêcher les erreurs d'administration. Selon Cubaynes et al. (2011), si ce type d'erreurs survient encore de manière plus ou moins régulière, c'est parce que l'administration repose sur des aptitudes humaines et qu'il n'est dès lors pas rare que, suite à un moment de distraction, l'infirmier ou l'aide-soignant puisse permuter les traitements de deux résidents. Selon eux et pour cette raison, les soignants devraient pouvoir se décharger un maximum des étapes en amont de la distribution pour pouvoir se concentrer uniquement sur l'administration des traitements. C'est également pour cette raison que la règle des 5 « B »¹ est recommandée en toutes circonstances, et ce quel que soit le niveau d'automatisation de la préparation. Or, dans la moitié des MR/S interrogées, aucune vérification n'est effectuée par le soignant qui se charge personnellement d'administrer les médicaments.

☺ L'efficacité et l'efficience du processus

L'efficacité et l'efficience sont également perçues comme des critères de qualité dans les soins de santé et, selon Come-Ruelle (2008), ces critères sont essentiels pour qu'un processus soit à la fois utilisable et utilisé par son public cible. Elle ajoute également qu'à partir du moment où un processus répond à ces deux critères, il peut provoquer de la satisfaction au travail.

Pour la majorité des MR/S, l'informatisation et la PMI sont deux changements relativement récents mais qui font déjà preuve d'efficacité et d'efficience. En effet, tous évoquent un gain de temps précieux et les IC interrogés semblent dégager plus de satisfaction dans les tâches relatives à la gestion des médicaments depuis qu'ils recourent à ces deux innovations.

La dispensation médicamenteuse, bien qu'elle fasse preuve d'efficacité dans le renforcement de la sécurité du trajet de soins (Lepharmacien, 2020), ne peut pas pour autant être considérée

¹ La règle des 5 « B » consiste à se poser 5 questions avant l'administration d'un traitement à un patient : *Est-ce que j'administre au Bon patient, le Bon médicament, à la Bonne dose, au Bon moment et sur la Bonne voie ?* (HAS, 2013).

comme une activité efficiente par tous les acteurs de soins, dans le sens où cette activité demande aux pharmaciens un investissement en temps supplémentaire alors qu'elle n'est pas rémunérée. Malgré cela, les pharmaciens que nous avons rencontrés estiment que la plus-value qui en découle, tant pour les résidents que pour les infirmiers, compense largement cette charge de travail additionnelle. L'un d'eux souligne que les pharmaciens devraient être en mesure d'offrir une revue médicamenteuse beaucoup plus poussée pour les résidents en MR/S mais qu'ils manquent actuellement de moyens pour le faire correctement.

Dans la littérature, tous s'accordent d'ailleurs pour dire qu'il faudrait encore renforcer les rôles du pharmacien dans le processus de soins médicamenteux en MR/S (Anrys et al., 2019 ; Peeters et de Thier, 2017 ; Zorg Magazine, 2013). Les infirmiers chefs interrogés ont également souligné le fait que le rôle du pharmacien est décuplé lorsqu'il travaille avec un centre de PMI. Cette relation avait aussi été décrite par Delhay (2019).

2. La collaboration interprofessionnelle autour du résident en MR/S

La continuité des soins

D'après un rapport de Vers une Belgique en bonne santé (2022), un autre critère est nécessaire pour assurer des soins de qualité aux résidents : la continuité des soins. Les auteurs l'ont définie comme « la capacité à organiser les soins dispensés à un patient spécifique [le résident en MR/S] sans interruption ni dans le temps, ni entre les acteurs, ainsi que la capacité à couvrir le cours de la maladie dans son entièreté » (Vers une Belgique en bonne santé, 2022, para.1). Selon eux, la continuité des soins doit s'opérer à quatre niveaux. Ils distinguent la continuité de l'information ; la continuité relationnelle entre le patient et son MG ; la continuité entre l'hôpital et la 1^{ère} ligne, qui se mesure par le nombre de sorties d'hospitalisation de personnes de plus de 65 ans qui sont suivies d'un contact avec un médecin généraliste endéans la semaine, et la coordination des soins entre les différents dispensateurs.

Si certains concepts tels que la PMI automatisée et l'informatisation ont amélioré la sécurité et l'efficience du processus de soins médicamenteux destinés aux résidents en MR/S, ceux-ci n'ont pas eu un impact aussi favorable sur la continuité des soins. En effet, bien que d'une part la continuité de l'information puisse être améliorée grâce aux avancées technologiques et à une accessibilité partagée aux programmes informatiques et que d'autre part le recours à la PMI et

la dispensation de soins pharmaceutiques qui y est associée semblent améliorer le travail et la collaboration entre le pharmacien d'officine et les infirmiers de la MR/S, cela ne permet pas pour autant d'assurer une coordination optimale entre les différents prestataires impliqués dans le processus. Ce manque de coordination représente donc un risque de discontinuité dans les soins médicamenteux.

😊 La pluridisciplinarité dans les soins

IC, AS, MG, MCC, infirmiers et pharmaciens sont autant d'acteurs impliqués dans le processus de soins médicamenteux en MR/S. Ensemble, ils forment une équipe pluridisciplinaire (voir figure 2). Cela signifie que l'équipe se compose de plusieurs disciplines, et que même si des objectifs sont partagés par les différentes disciplines, elles œuvrent séparément dans la poursuite de ces buts (Drielsma et al., 2016).



Figure 2. Pluridisciplinarité.

Chaque discipline détient un rôle spécifique dans le processus de soins médicamenteux en MR/S et ces rôles ont été largement décrits dans la partie résultats de ce travail. Notre analyse nous a permis de souligner :

- La place centrale qu'occupe l'infirmier chef dans l'ensemble du processus et l'importance que les autres acteurs lui accordent ;
- Le rôle majeur du pharmacien en termes de sécurité médicamenteuse ainsi que le temps qu'il peut faire gagner aux infirmiers en termes de préparation et de support administratif ;
- La responsabilité croissante de l'aide-soignant dans l'administration médicamenteuse et l'ignorance que certains intervenants (pharmaciens et médecins) semblent avoir à ce sujet ;
- Le manque de temps, et non d'envie, dont dispose le médecin généraliste pour répondre aux attentes des équipes soignantes ;
- L'écart entre les attentes infirmières et pharmaciennes à l'égard du médecin coordinateur et conseiller et les responsabilités et moyens dont il dispose réellement.

Dans la loi belge, l'accomplissement de certaines tâches sont légalement placées sous la responsabilité de professionnels en particulier (exemples : prescription, dispensation, stockage et conservation) alors que d'autres sont moins spécifiques et peuvent être réalisées par l'une ou

l'autre personne en fonction du contexte de soins (exemples : préparation, administration et surveillance). En outre, alors que certaines activités du processus, telles que la prescription et la dispensation médicamenteuse, sont clairement explicitées par les textes de loi, d'autres y sont à peine mentionnées (Arrêtés royaux du 10 novembre 1967, du 21 janvier 2009 et du 27 février 2019 ; Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, 22 avril 2019). La gestion des ordonnances, la préparation, la vérification, la distribution et l'administration médicamenteuses en font partie. Pour ces dernières, nous avons pu observer une grande hétérogénéité entre les pratiques des différentes MR/S. Ces écarts ont été décrits dans nos résultats.

La complexité des systèmes de soins de santé actuels et le manque de précision qu'apportent la loi et les autorités, aux sujets de la répartition des tâches entre les professionnels et des moyens et outils de collaboration dont ils devraient disposer, peuvent être à l'origine de confusion et d'incohérence au sein des organisations de santé. Nous avons d'ailleurs pu observer que, si tous se sentent concernés par la prise en charge médicamenteuse des résidents, tous ne participent pas en pratique à l'amélioration du processus de soins médicamenteux dans la MR/S.

☺ L'interdisciplinarité dans les soins

Selon la professeure Louis-Simonet (2017), pour offrir une prise en charge de qualité aux résidents, une approche interdisciplinaire est toujours à privilégier. Dans ce type d'approche, il existe aussi plusieurs disciplines qui travaillent sur un objectif commun mais la poursuite des buts font, cette fois-ci, l'objet d'interactions régulières entre les disciplines (Drielsma, et al., 2016). Nous avons représenté l'interdisciplinarité au moyen du schéma ci-contre (voir figure 3).

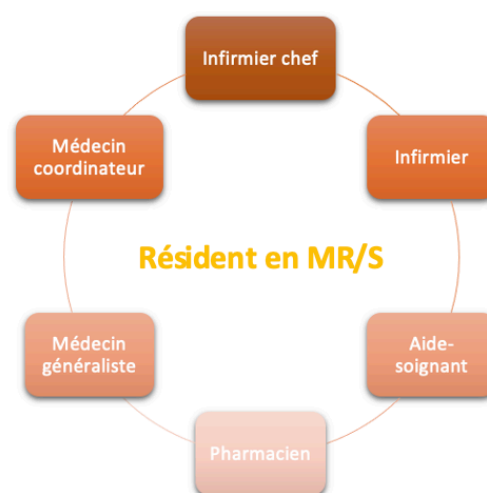


Figure 3. Interdisciplinarité en MR/S.

Louis-Simonet (2017) n'est pas la seule chercheuse à avoir rappelé l'importance de l'interdisciplinarité dans les soins. La coordination et la collaboration interprofessionnelles sont soulignées par de nombreux auteurs comme des facteurs essentiels à la qualité du processus de soins médicamenteux (Anrys et al., 2019 ; Cubaynes et al., 2011 ; Strauven et al., 2019).

L'étude COME-ON avait également mis en avant l'importance de recourir à des approches interdisciplinaires structurées autour de la prise en charge médicamenteuse des résidents en MR/S. Parmi celles-ci, l'instauration de Conférences de Cas Interdisciplinaires (CCI), destinées à la révision des schémas de médication des résidents et réunissant, tous les quatre mois, MG, pharmacien et infirmier, avait été globalement bien appréciée. Cette approche avait notamment permis une meilleure reconnaissance mutuelle et une meilleure collaboration entre les parties prenantes (Anrys et al., 2016). Même si l'objectif principal de cette étude était d'évaluer les effets d'une intervention multicomposante sur l'adéquation des prescriptions médicamenteuses en MR/S, les résultats qui en ressortent et les recommandations émises par les chercheurs peuvent être transposés à l'ensemble du processus de soins médicamenteux. Selon leur étude, le renforcement des rôles du pharmacien et du médecin coordinateur, la responsabilisation du médecin généraliste, le renforcement des relations interprofessionnelles et l'amélioration de la gouvernance sont autant d'éléments sur lesquels il faut agir pour améliorer le processus de soins médicamenteux (Anrys et al., 2019).

Malgré les diverses recommandations en faveur de la Collaboration Interprofessionnelle (CI), dans les six MR/S analysées, peu de pratiques semblent actuellement favoriser une telle collaboration entre les acteurs. Nous allons dès lors nous intéresser à cette problématique.

☺ La collaboration interprofessionnelle en MR/S

Au vu de la multiplicité d'acteurs impliqués dans le processus de soins médicamenteux, de la complexité et de l'hétérogénéité des prises en charge médicamenteuses en MR/S, nous allons nous servir d'un modèle structuré pour analyser la CI dans notre contexte de recherche.

Pour comprendre les freins à la CI en MR/S, nous nous sommes appuyés sur le modèle de D'Amour et al. (2008). Ce modèle a été développé afin de mieux analyser la collaboration dans un contexte où les organisations de santé sont de plus en plus complexes et hétérogènes. Il se base sur deux postulats : d'une part les professionnels de santé, pour prodiguer les meilleurs soins, veulent travailler ensemble, d'autre part ils souhaitent préserver un certain degré d'autonomie et d'indépendance dans leurs prises en charge et ils conservent des intérêts individuels. Ces deux affirmations font de la CI un enjeu central dans chaque organisation.

Le modèle de D'Amour et al. (2008), représenté sur la figure 4, définit quatre dimensions à la CI : la finalité, l'intériorisation, la gouvernance et la formalisation. Les deux premières dimensions concernent les relations entre les acteurs, alors que les deux autres concernent le cadre organisationnel en lui-même. Les quatre dimensions sont interdépendantes et s'influencent mutuellement. Leurs interactions participent au développement de la CI.

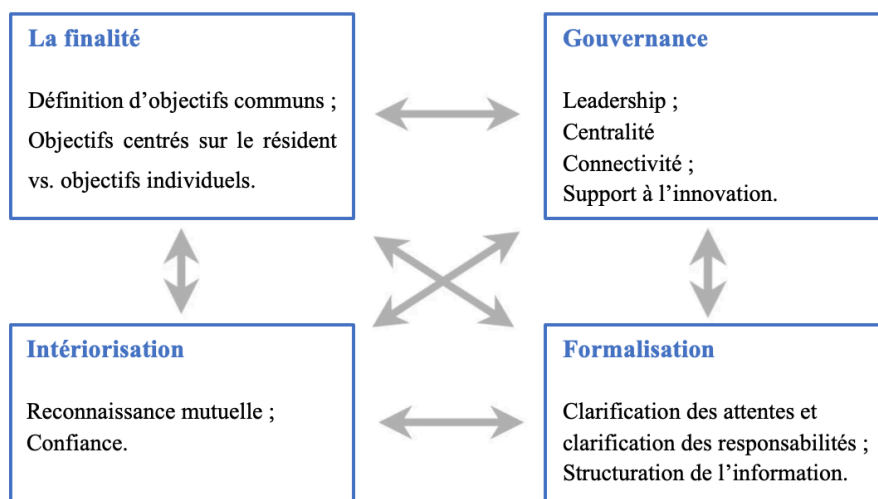


Figure 4. Les dimensions de la structuration de la collaboration (D'Amour et al., 2008)

La finalité réfère à l'existence d'objectifs communs et d'une vision partagée par l'ensemble des acteurs. Chaque intervenant doit parvenir à s'approprier ces objectifs communs. De plus, ils doivent apprendre à accepter leurs dissemblances en termes d'appartenance, de motivations et d'opinions mais aussi en termes d'attentes en matière de collaboration.

L'intériorisation renvoie à l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle mais aussi au sentiment d'appartenance au sein de l'organisation. Elle nécessite l'acceptation de l'interdépendance, la connaissance et reconnaissance des rôles, ainsi que la confiance mutuelle.

La gouvernance correspond au principe de régulation qui vient soutenir la collaboration. Une gouvernance adéquate oriente et soutient les acteurs dans le développement d'innovations telles que la mise en place de pratiques collaboratives interprofessionnelles et interorganisationnelles. D'autres indicateurs opérationnels existent : leadership, centralité et connectivité.

La formalisation permet de clarifier les attentes et les responsabilités de chaque intervenant, ainsi que les moyens nécessaires à la circulation de l'information entre eux.

Ces quatre dimensions sont soumises à des facteurs externes difficilement contrôlables par les acteurs et l'organisation en eux-mêmes. Parmi ceux-ci, nous retrouvons les ressources humaines et matérielles, les contraintes financières et les décisions politiques (D'Amour et al., 2008).

Sur base de ce modèle d'analyse, nous allons tenter de mettre en lumière les forces et faiblesses que nous avons observées sur le terrain et qui peuvent avoir une influence sur la CI en MR/S.

⇒ Du point de vue de la gouvernance

Les organisations (qu'il s'agisse des institutions de soins ou des autorités de santé publique) offrent peu de support à l'innovation et à la mise en pratique d'une collaboration interprofessionnelle en MR/S. Nous pouvons tout de même noter une certaine volonté de la part du gouvernement d'agir dans ce sens puisque toute MRS dispose à présent d'un MCC, qui est responsable d'organiser des réunions pluridisciplinaires avec les infirmiers chefs au sein de la MRS (Arrêté du gouvernement wallon relatif aux missions des MCC en MRS et en MR, 28 octobre 2021). Cependant, ces réunions portent rarement sur la problématique des médicaments en MR/S et ne permettent pas non plus de réaliser des revues de médication. De plus, dans la pratique, les généralistes ne participent jamais à ces réunions, bien qu'ils y soient conviés.

Il existe aussi les concertations médico-pharmaceutiques qui visent à stimuler la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens et qui ont pour objectif d'optimiser les soins dispensés au patient. Les acteurs peuvent bénéficier d'une compensation financière mais elles ne sont pas pour autant obligatoires (INAMI, 2020). Aucun MG ou pharmacien rencontré n'a évoqué sa participation à ce type de concertation. Or, selon Delhay (2019), les révisions médicamenteuses, pour être optimales, doivent s'inscrire dans le cadre de telles concertations.

Aucune approche interdisciplinaire structurée, réunissant au minimum l'infirmier chef, le pharmacien et le MG, n'est donc obligatoire au jour d'aujourd'hui en Belgique francophone. Nous avons cependant pu observer que l'infirmier chef occupe toujours une position centrale au sein du processus de soins et que toutes les informations importantes passent par lui, à un moment ou à un autre, et que, de ce fait-là, il est souvent perçu, par les autres acteurs, comme un interface de communication et de connectivité vers d'autres prestataires. Cette particularité avait également été soulignée par Cubaynes et al. (2011).

Certains IC exercent également un rôle de coordinateur de soins. Ce rôle est décrit à trois niveaux : au sein de leur équipe, au sein de la maison de repos et vis-à-vis des intervenants qui travaillent à l'extérieur. Bien qu'elles soient essentielles, la présence de compétences relationnelles et organisationnelles chez l'IC ne permettent pas à elles-seules de diriger et de soutenir le développement d'une CI en MR/S.

⇒ Du point de vue de la formalisation

Les outils permettant des échanges d'informations entre les prestataires sont nombreux (notes manuscrites, téléphone, e-mails, plateforme en ligne, dossiers informatiques partagés) et, dans toutes les MR/S, nous avons observé une utilisation croissante des dispositifs informatiques. L'informatisation de certaines activités – telles que la prescription, la commande et l'encodage des schémas de médication – facilite la communication mais aussi l'utilisation des données par les différents acteurs du processus. Les outils de formalisation qui semblent les plus couramment exploités en MR/S sont les manuels des bonnes pratiques médicamenteuses fournis par les pharmaciens et les procédures concernant l'utilisation adéquate de la pharmacie d'urgence rédigées par le MCC. Ces deux outils de formalisation sont souvent établis en collaboration avec les infirmiers chefs.

La PMI est une activité pharmaceutique règlementée par arrêté royal et dont les procédures relatives à son fonctionnement sont toujours clairement explicitées par la pharmacien auprès des MR/S (APB, 2012 ; Conseil des ministres, 2012). Une infirmière cheffe avait d'ailleurs souligné le côté structuré et professionnalisant de la PMI. Dans la pratique, des formations sont également données par les pharmaciens aux IC, notamment lors de la mise en route de la PMI.

En dehors de cela, peu d'outils semblent avoir été conçus dans l'optique de formaliser les relations et les pratiques entre les professionnels au sein de l'organisation, ce qui peut être à l'origine d'incertitudes et de discordances. En effet, en l'absence de procédures et de règles de fonctionnement clairement établies, chaque acteur a la possibilité d'organiser son travail au sein du processus de soins médicamenteux comme il l'entend. Or, nous savons que la collaboration interprofessionnelle exige une clarification des rôles, des responsabilités et des attentes de chacun (D'Amour, 2008 ; Louis-Simonet, 2017).

⇒ Du point de vue de la finalité

La finalité regroupe l'ensemble des objectifs qui amènent les différents professionnels de la santé à rechercher une collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 2008). Les acteurs interrogés dans le cadre de cette étude ont évoqué des objectifs centrés sur les soins aux patients. Prodiguier des soins de qualité aux résidents et assurer la continuité des soins en MR/S semblent être deux buts partagés de tous. En ce qui concerne le trajet de soins médicamenteux, peu d'objectifs semblent avoir été clairement définis dans ce sens. La collaboration, bien qu'elle n'ait pas été mentionnée comme un but en soi, semble recherchée et valorisée par de nombreux participants à l'enquête. La définition de ces buts ne fait néanmoins pas l'objet d'une communication structurée entre les différents acteurs de soins. De plus, la construction d'une approche interdisciplinaire ne peut pas se limiter à la définition de buts communs mais nécessite également que la participation et les compétences des différents professionnels soient valorisées pour l'atteinte de ces buts (Louis-Simonet, 2017).

En dehors de cette vision commune, il faut toujours tenir compte du fait que certains facteurs peuvent conduire à une divergence de point de vue au sein d'une équipe et ainsi influencer leur CI. Parmi ces facteurs, nous retrouvons les valeurs et intérêts personnels de chacun, mais aussi des contraintes et un emploi du temps différents (Louis-Simonet, 2017). Notre analyse nous a permis de mettre en lumière les points de vue des différents professionnels et nous avons pu constater que, si certains acteurs se montrent critiques à l'égard d'autres, c'est souvent parce qu'ils n'arrivent pas à distinguer les dissemblances reprises ci-dessus. En outre, pour favoriser leur acceptation mutuelle, les membres de l'équipe devraient avoir la possibilité de discuter ouvertement là-dessus mais ce n'est vraisemblablement pas le cas en MR/S. De plus, nous savons que l'absence d'outils de formalisation à ce sujet peut avoir une influence défavorable sur cette dimension de la CI (D'Amour et al., 2008).

⇒ Du point de vue de l'intériorisation

Chaque professionnel décrit le trajet de soins médicamenteux comme un processus qui requiert l'intervention de plusieurs acteurs. Nous pouvons dès lors supposer qu'ils acceptent leur interdépendance. Cependant, ce n'est pas pour autant qu'ils se perçoivent comme une « équipe » à proprement parler. En effet, ce sentiment d'appartenance ne semble exister que chez les soignants qui prennent directement part à la vie quotidienne des résidents en MR/S.

Nous avons également pu constater une méconnaissance dans les rôles de certains alors que la reconnaissance mutuelle est considérée comme un critère essentiel à la CI. La méconnaissance des rôles, de même que la difficulté à accepter leurs dissemblances, peut non seulement avoir un impact sur la confiance que les acteurs s'accordent mais aussi sur leur communication. (D'Amour et al., 2008 ; Louis-Simonet, 2017). Nous pouvons dès lors présumer qu'une clarification des rôles et des attentes de chacun pourrait conduire à une meilleure reconnaissance mutuelle et ainsi augmenter le sentiment d'appartenance et la confiance entre les différents acteurs du processus de soins médicamenteux.

⇒ D'un point de vue extérieur

Enfin, il ne faut pas non plus oublier que les organisations sont soumises à des facteurs externes en termes de ressources, de financement, de gestion et de décisions politiques et que les professionnels de la santé ont peu de pouvoir là-dessus (D'Amour et al., 2008).

D'une part, dans le système de santé belge, plusieurs secteurs sont touchés par une pénurie de soignants. Selon un rapport de Jobat (2022), les infirmiers, les infirmiers chefs et les aides-soignants figurent en tête du classement des professions en pénurie dans le secteur de la santé. Par ailleurs, ce ne sont pas les seuls métiers à connaître des difficultés. En effet, alors que cela fait déjà quelques années que la pénurie dans le secteur de la médecine générale inquiète (Le Spécialiste, 2022), c'est au tour des pharmaciens d'officine d'éprouver des difficultés à recruter des nouveaux assistants (Liévin, 2022). Le manque de personnel entraîne inévitablement une surcharge de travail pour les professionnels restants (Cubaynes et al., 2011) et cela peut impacter défavorablement le temps que chaque acteur rend disponible au développement d'une collaboration interprofessionnelle.

D'autre part, peu de stratégies sont déployées par nos politiciens pour stimuler la collaboration interprofessionnelle en MR/S. Les institutions manquent donc globalement de ressources pour les accompagner dans cette démarche.

3. Limites de l'étude

En tant qu'infirmière, j'accorde énormément d'importance à la qualité des soins de santé en Belgique. Mon master en Santé Publique a été pour moi l'occasion d'élargir mes connaissances à bien des points de vue et m'a notamment amenée à sortir de ma zone de confort. En effet, si au cours des cinq années passées aux soins intensifs, j'ai pu approfondir mes connaissances pharmacologiques et développer un réel intérêt pour les soins médicamenteux et pour la prise en charge des personnes âgées, le fonctionnement des établissements extrahospitaliers m'était encore inconnu jusqu'à il y a peu. Dès lors, si les fruits de cette recherche ont enrichi mes connaissances personnelles, j'ai en revanche été confrontée à des limites et à des difficultés.

Tout d'abord, parce que les cours dispensés dans le cadre de mes études d'infirmière et de mon master étaient, pour la plupart, hospitalo-centrés, alors que les maisons de repos et les hôpitaux s'organisent selon des modes de financement et de fonctionnement bien distincts. Travailler sur les prises en charge médicamenteuses en MR/S a donc été un challenge supplémentaire pour moi. De plus, mon sujet s'intéressait non seulement aux rôles des infirmiers et des aides-soignants, que je connaissais déjà bien, mais aussi à ceux des médecins généralistes, des médecins coordinateurs et des pharmaciens, qui constituaient une grande part d'inconnue pour moi. Mon manque de connaissances et d'expérience initial dans ce secteur des soins de santé peut être considéré comme une faiblesse dans le cadre de cette recherche. Néanmoins, il peut également être perçu comme une force puisque ma position extérieure m'a aussi permis d'aborder l'ensemble de ce travail avec plus de neutralité.

Ensuite, parce qu'il semble important de préciser que ce travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative et que, en tant qu'apprentie dans ce domaine de la recherche, mon analyse peut encore faire preuve d'hésitation. De plus, pour répondre à la disponibilité des participants, les entretiens étaient limités dans le temps et puisque le répondant conserve une certaine liberté de parole dans le cadre d'un entretien semi-directif, certaines questions n'ont pas pu être abordées, faute de temps.

Enfin, il faut également souligner le fait que, en tant que chercheurs, nous avons parfois été contraint de faire des choix dans la délimitation de notre contexte d'étude et que cela ne nous a pas permis d'examiner toutes les pistes de recherches à ce sujet.

4. Perspectives de recherche et recommandations

Les résultats des nombreuses recherches menées dans le cadre de ce mémoire ont mis en avant les forces et faiblesses des processus de soins médicamenteux en MR/S, de même que la grande hétérogénéité des pratiques observées entre les différentes institutions de soins. Dans ce contexte, il semble important de rappeler que la consommation médicamenteuse en MR/S est encore un problème à l'heure d'aujourd'hui et que les risques, de même que les coûts, liés à cette consommation ne sont pas négligeables. Suite à nos analyses, nous pouvons avancer que certaines pratiques telles que la PMI automatisée, la dispensation de soins pharmaceutiques et l'informatisation de certaines activités liées au trajet de soins médicamenteux, améliorent considérablement la qualité du processus en MR/S. De plus, nous savons que la PMI présente également des avantages économiques, tant pour le résident que pour la société. Dès lors, il nous semblerait opportun que les décideurs politiques envisagent de rendre le recours à la PMI et aux dispositifs informatiques obligatoires en MR/S. Cela permettrait d'une part d'assurer une certaine uniformité dans les processus de soins, d'autre part de réduire les inégalités existantes entre les différentes MR/S.

Toutefois, si l'automatisation de certaines tâches présente de nombreux avantages, elle présente également des risques. Certains acteurs nous ont notamment fait part de leurs craintes face à la déresponsabilisation des soignants face aux tâches automatisées. Si peu de littératures décrivent cet effet « pervers » de l'automatisation, ça n'en constitue pas moins un enjeu à venir pour les soins de santé. De plus, si ces pratiques ont permis de réduire le nombre d'erreurs médicamenteuses liées aux prescriptions, aux préparations et aux transmissions des données de santé, elles ne semblent pas avoir eu d'impact favorable sur les erreurs liées à l'administration médicamenteuse, alors que ce sont les erreurs les plus fréquentes. Dès lors, il serait intéressant que, dans un futur proche, des chercheurs ciblent leurs recherches sur cette problématique.

Ensuite, nous avons également assez d'éléments de réponse pour suggérer que de meilleurs résultats pourraient être atteints avec un renforcement des rôles et des compétences des différents acteurs du processus mais aussi de leurs rapports interprofessionnels. Cette hypothèse avait déjà été émise par les auteurs de l'étude COME-ON (Anrys et al., 2019). En toute logique, nous pensons qu'il serait nécessaire de reclarifier les rôles de chaque intervenant mais aussi de développer des outils pour favoriser la coordination et la collaboration interprofessionnelles en maisons de repos.

Dans ce sens, la valorisation de certaines activités interdisciplinaires telles que les concertations médico-pharmaceutiques et les conférences de cas interdisciplinaires semble indiquée. Un meilleur financement de ces activités mais aussi le développement et la reconnaissance des fonctions d'infirmiers ou de pharmaciens « coordinateurs en MR/S » devraient également être envisagés à l'avenir. En effet, si, à l'heure actuelle, des fonctions semblables se rencontrent fréquemment dans tous les établissements hospitaliers belges, elles sont quasi inexistantes dans les MR/S en Belgique francophone. La possibilité d'introduire un « pharmacien coordinateur et conseiller » dans les MR/S a aussi récemment été évoquée par Solidaris (Lièvin, 2023).

Enfin, au vu des récents changements législatifs et du rôle croissant des aides-soignants dans l'administration médicamenteuse, nous pensons qu'il serait pertinent d'élargir certaines formations données par les pharmaciens aux infirmiers en MR/S aux aides-soignants, mais aussi d'encourager les aides-soignants à participer à certaines discussions interdisciplinaires autour de la prise en charge médicamenteuse des résidents.

V. Conclusion

Dans le cadre de ce mémoire, notre question de recherche était la suivante : « *Dans quelle mesure les modes de préparation et de dispensation des médicaments destinés aux résidents en maisons de repos et de soins peuvent améliorer la qualité du processus de soins médicamenteux ?* » Suite à l'élaboration des cadres théoriques et contextuels, deux hypothèses de recherche¹ avaient été formulées et, grâce aux données dont nous disposons à présent, nous avons assez d'éléments pour tenter de répondre à l'ensemble de ces questions.

D'une part, les résultats de notre étude ont permis d'affirmer notre hypothèse de départ qui était de dire que la Préparation de Médication Individuelle automatisée est actuellement le mode de préparation le plus sûr et le plus efficient pour la préparation des traitements chroniques dans les MR/S puisqu'il permet non seulement de réduire de manière significative le nombre d'erreurs médicamenteuses et qu'il offre également un gain de temps considérable pour les soignants. De plus, ce mode de préparation est invariablement associé à d'autres pratiques médicamenteuses telles que l'informatisation du trajet de soins médicamenteux et la dispensation de soins pharmaceutiques réguliers qui permettent elles aussi d'améliorer la qualité du processus de soins médicamenteux en assurant d'une part un meilleur suivi thérapeutique des résidents, d'autre part un renforcement de la collaboration pharmacien-infirmier. D'autre part, nos résultats ont également mis en avant que, bien que la PMI et la dispensation de soins pharmaceutiques soient des éléments favorables à la qualité du processus de soins médicamenteux, l'hétérogénéité des pratiques médicamenteuses en MR/S ne permet pas toujours d'assurer une prise en charge optimale pour les résidents et les différents acteurs de soins. Dès lors, pour promouvoir la qualité du processus médicamenteux à tous les niveaux, il semble nécessaire d'accorder de l'importance au processus dans son ensemble et, dans ce sens, nos résultats suggèrent qu'une meilleure collaboration interprofessionnelle est requise.

Enfin, il semble important de préciser que nous n'étendons pas les conclusions de notre recherche au-delà du contexte étudié dans le cadre de celle-ci. Il serait intéressant, à l'avenir, de se demander si les conclusions auxquelles nous sommes arrivés à l'issue de ce mémoire, sont transposables dans des contextes de maisons de repos différents.

¹ Les hypothèses de recherche ont été énoncées en page 21, au point 4.

VI. Bibliographie

- Alquier I. (2020). Erreurs associées aux produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits sanguins labiles) déclarées dans la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) [Version électronique]. *Haute Autorité de Santé*, 1-54.
- Anrys P., Boland B., Dalleur O., Declercq A., Degryse J-M., Strauven G. (2016). Collaborative approach to Optimise MEdication use for Older people in Nursing homes (COME-ON): study protocol of a cluster controlled trial [Version électronique]. *Implementation Science*, 11(35), 1-11.
- Anrys P., Degryse J-M., Foulon V., Henrard S., Spinewine A., Strauven G. (2018). Potentially Inappropriate Prescribing in Belgian Nursing Homes: Prevalence and Associated Factors [Version électronique]. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(10), 884-890.
- Anrys P., De Lepeleire J., Foulon V., Ginste M-V., Roussel S., Spinewine A. *et al.* (2019). Process evaluation of a complex intervention to optimize quality of prescribing in nursing homes (COME-ON study) [Version électronique]. *Implementation Science*, 14(104), 1-15.
- Arrêté du Collège réuni de la commission communautaire commune de la région de Bruxelles-capitale du 3 décembre 2009 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter. Disponible à l'adresse : https://etaamb.openjustice.be/fr/arret-du-03-decembre-2009_n2009031584.html, consulté le 10 avril 2023.
- Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Disponible à l'adresse : <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/9/9497/1.html?doc=8789>, consulté le 20 novembre 2022.

Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Disponible à l'adresse : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-12-janvier-2006_n2006022081, consulté le 13 juin 2023.

Arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens. Disponible à l'adresse : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-21-janvier-2009_n2009018031.html, consulté le 4 avril 2023.

Arrêté royal du 27 février 2019 modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Disponible à l'adresse : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2019/02/27/2019040710/justel>, consulté le 13 juin 2023.

Arrêté du Gouvernement wallon du 22 octobre 2021 relatif aux missions des médecins coordinateurs et conseillers en maisons de repos et de soins et en maisons de repos. Disponible à l'adresse : <https://www.aframeco.be/system/files/MCC%20Rôles%20et%20missions%2028%2010%202021.pdf#overlay-context=medecin-coordonateur/roles-fonctions>, consulté le 11 juillet 2023.

Association Pharmaceutique Belge (APB). (2012). Préparation de médication individuelle : fiche explicative [Version électronique]. *APB*, 2.

Association Pharmaceutique Belge (APB). (2016). Médicaments périmés et non-utilisés : actualités. Disponible à l'adresse : <https://www.apb.be/fr/corp/l-association-pharmaceutique-belge/le-fil-de-l-actualite/Actualites/Pages/Medicaments-perimes-et-non-utilises.aspx>, consulté le 1^{er} juin 2023.

Aujoulat I. (2022). *Introduction aux méthodes qualitatives*. 1^{ère} Master en Santé Publique. Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

AVIQ. (2022). Règlement d'ordre intérieur de l'activité médicale. *AVIQ*. Disponible à l'adresse : https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2022-09/ROI%20activité%20médicale%20MR-MRS.pdf, consulté le 13 avril 2023.

- Azar C. (2022). *Épidémiologie des erreurs médicamenteuses : Étude de la prévalence et des déterminants : Prévention et recherche en soins infirmiers*. Mémoire en médecine humaine et pathologie, Université Paris-Est et Université Libanaise.
- Barber B. (1996). Cité par Spinewine A. dans la prescription appropriée chez la personne âgée. *Presses universitaires de Louvain, Bruxelles*, 32-45. Disponible à l'adresse : <https://books.openedition.org/pucl/1669?lang=fr#notes>, consulté le 25 octobre 2022.
- Baum T., Beretz L., Bohand X., Cestac P., Collomp R., Diemunsch P. *et al.* (2014). La revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés. Une méthode d'amélioration de la qualité des soins [Version électronique]. *Société Française de la Pharmacie Clinique*, 7-9.
- BeSWIC. (2020). Charge de travail élevée dans les maisons de repos. *Centre de connaissance belge sur le bien-être au travail*. Disponible à l'adresse : <https://www.beswic.be/fr/blog/charge-de-travail-elevee-dans-les-maisons-de-repos>, consulté le 16 février 2023.
- Boutsen M., Laasman J-M., Maron L., Vrancken J. (2013). Consommation de médicaments en maisons de repos : une analyse longitudinale [Version électronique]. *Direction études Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS)*, 1-17.
- Bureau fédéral du Plan. (2021). Perspectives démographiques 2020-2070 : scénario de référence et variantes [Version électronique]. *Perspectives du bureau fédéral du Plan*, 1-34.
- Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP). (2023). Revue de médication par le pharmacien de référence : nouvelle initiative. *CBIP*. Disponible à l'adresse : <https://www.cbip.be/fr/revue-de-medication-par-le-pharmacien-de-reference-nouvelle-initiative/>, consulté le 17 avril 2023.
- Christiaens W., Kohn L. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances [Version électronique]. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(1), 67-82.
- Clairet A-L., Gérard B., Jouanny P., Fagnoni P. (2018). Médicaments et personnes âgées : situations particulières [Version électronique]. *Pharmacie clinique et thérapeutique*, 61(12), 1109-1118.

- Com-Ruelle L., Zeynep O. (2008). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? [Version électronique]. *Institut de recherche et documentation en économie de la santé*, 19(1), 1-17.
- Conseil des ministres. (2012). Assurer la qualité du système de « préparation de médication individuelle ». *News Belgium*. Disponible à l'adresse : <https://news.belgium.be/fr/assurer-la-qualite-du-systeme-de-preparation-de-medication-individuelle>, consulté le 10 novembre 2022.
- Centre de formation pour les secteurs infirmier et de santé de l'ACN (CPSI). (2020). Formation complémentaire d'aide-soignant (150 heures). *Formation*. Disponible à l'adresse : <https://www.cpsi.be/formations/formation-complementaire-daide-soignant-150h>, consulté le 13 juin 2023.
- Cubaynes M-H., Dahan M., Falip E., Noury D. (2011). Le circuit du médicament à l'hôpital [Version électronique]. *Inspection générale des affaires sociales*, 1(1), 1-113.
- Dalleur O., Boland B., Henrard S., Losseau C., Spinewine A., Speybroeck N. (2012). Inappropriate Prescribing and Related Hospital Admissions in Frail Older Persons According to the STOPP and START Criteria [Version électronique]. *Drugs & Aging*, 29(10), 829-837.
- D'Amour D., Goulet L., Labadie J-F., San Martin Rodriguez L., Pineault R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations [Version électronique]. *BMC Health Services Research*, 8(188), 1-14.
- Décret du 14 février 2019 relatif à l'aide aux aînés et portant modification du Livre V du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. Chapitre II : dispositions relatives au dispositif d'hébergement d'accueil des aînés. Disponible à l'adresse : <https://wallex.wallonie.be/contents/acts/4/4735/1.html>, consulté le 10 février 2023.
- Delhay N. (2019). Nos pharmacies aux services de votre institution : le point sur la PMI. *Multipharma*. Disponible à l'adresse : <https://www.multipharma.be/fr/services-aux-institutions/b2b.html>, consulté le 17 octobre 2022.

- De Rynck P., Dispa M-F., Tegenbos Guy. (2022). Tout le monde a le droit de choisir. Les personnes âgées aussi : les lieux de vie et de soins de demain [Version électronique]. *Fondation Roi Baudoin*, 6-27.
- De Thier T., Peeters P. (2017). PMI en MR – MRS : présentation PowerPoint. *Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)*. Disponible à l'adresse : https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/PDF/GJ_textes/2017_MCC_Peeters_copie.pdf, consulté le 10 novembre 2022.
- Devos C., Gerkens S., Haelterman M., Lefèvre M., Léonard C., Maertens de Noordhout C. *et al.* (2019). Performance du système de santé belge. Rapport 2019 synthèse [Version électronique]. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles : *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*, 313(B), 1-124.
- Drielsma P., Fauquert B., Prévost M. (2016). Pluri-, multi-, inter-, trans- ou in-disciplinarité ? Fédération maisons médicales. *Santé conjugée*, 74(3), 35-40. Disponible à l'adresse : <https://www.maisonmedicale.org/pluri-multi-inter-trans-ou-in-disciplinarite/>, consulté le 10 juillet 2023.
- Duyck J., Hendrik N., Paul J.-M., Vandresse M. (2022). Perspectives démographiques 2021-2070 [Version électronique]. *Perspectives Flash du Bureau fédéral du Plan et Statbel*, 1-4.
- Étude COME-ON. (2015). Module 1 : Pharmacothérapie de la personne âgée et prescriptions inappropriées. *Plateforme de formation en ligne de l'étude COME-ON*. Disponible à l'adresse : <http://comeon-elearning.be>, consulté le 28 octobre 2015.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebad_guide_adm_reduit_261113.pdf, consulté le 15 avril 2023.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2015). Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Version électronique]. *Organisation des parcours HAS*, 1-6.

Institut national assurance maladie et invalidité (INAMI). (2020). Concertation médico-pharmaceutique : médicaments. *INAMI*. Disponible à l'adresse : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/Pages/default.aspx>, consulté en ligne le 10 juillet 2023.

Iriscare. (s.d.). Aînés : maisons de repos. *Iriscare Brussels*. Disponible à l'adresse : https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/aines/maisons_de_repos/, consulté le 10 février 2023.

Jobat. (2022). Six professions en pénurie dans le secteur de la santé. *Jobat*. Disponible à l'adresse : <https://www.jobat.be/fr/art/six-professions-en-penurie-dans-le-secteur-de-la-sante>, consulté le 12 juillet 2023.

Leendertse A., Egberts A., Stoker L., van den Bemt P. (2008). HARM study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands [Version électronique]. *Arch Intern Med*, 168(17), 1890-6.

Lepharmacien. (2020). La dispensation des médicaments sur ordonnances : le spécialiste des médicaments. *Lepharmacien mon partenaire santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.lepharmacien.fr/blog-pharmacien/article/la-dispensation-des-medicaments-sur-ordonnance>, consulté le 4 avril 2023.

Le Spécialiste. (2022). 120 communes se débattent avec une pénurie sévère de médecins généralistes : actualité. *L'actualité des médecins spécialistes*. Disponible à l'adresse : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/120-communes-se-debattent-avec-une-penurie-severe-de-medecins-generalistes.html>, consulté le 15 avril 2023.

Liévin V. (2022). Pénurie de pharmaciens pour les remplacements pendant les vacances : actualités socio-professionnelles. *PharmaSphère*. Disponible à l'adresse : <https://www.pharma-sphere.be/fr/actualites/penurie-de-pharmaciens-pour-les-remplacements-pendant-les-vacances.html>, consulté le 12 juillet 2023.

- Liévin V. (2023). Maison de repos : Solidaris veut renforcer le rôle du médecin coordinateur et propose l'arrivée d'un pharmacien coordinateur. *L'actualité des médecins spécialistes*. Disponible à l'adresse : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/maison-de-repos-nbsp-solidaris-veut-renforcer-le-role-du-medecin-coordinateur-et-propose-l-rsquo-arrivee-d-rsquo-un-pharmacien-coordinateur.html>, consulté le 29 juillet 2023.
- Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Disponible à l'adresse : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-10-mai-2015_n2015024141.html, consulté le 5 mars 2023.
- Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Disponible à l'adresse : https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-22-avril-2019_n2019041141.html, consulté le 11 juillet 2023.
- Louis-Simonet M. (2017). Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : Un véritable défi [Version électronique]. *Revue Médicale Suisse*, 13(579), 1771-1772.
- Medipense Canada. (s.d.). La gestion des médicaments. *Medipense Canada*. Disponible à l'adresse : <https://medipense.com/fr/la-gestion-des-medicaments/>, consulté le 25 octobre 2022.
- Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe [Version électronique]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78(1), 213-220.
- Morin L., Johnell K., Laroche M-L., Texier G. (2016). Prevalence of Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Living in Nursing Homes : A Systematic Review [Version électronique]. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 862.1-862.e9.
- Multipharma. (2022). Impact du vieillissement sur notre stratégie à 10 ans. *Présentation PowerPoint Multipharma*, 3-5.

- Nagels F. (2010). L'approvisionnement des médicaments dans les maisons de repos a tout à gagner avec la contribution active du pharmacien. *Zorg Magazine*. Disponible à l'adresse : <https://zorgmagazine.be/lapprovisionnement-des-medicaments-dans-les-maisons-de-repos-a-tout-a-gagner-avec-la-contribution-active-du-pharmacien/>, consulté le 24 octobre 2022.
- Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedit). (2023). Qualité et sécurité : erreur médicamenteuse. *Omedit Grand-Est*. Disponible à l'adresse : <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/erreur-medicamenteuse-0?parent=6576>, consulté le 3 mars 2023.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (2019). Personnes âgées. Questions thématiques. *ONU*. Disponible à l'adresse : <https://www.un.org/fr/global-issues/ageing>, consulté le 9 octobre 2022.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). L'OMS inaugure une initiative mondiale pour réduire de moitié les erreurs médicamenteuses en 5 ans. *Communiqué de presse de l'OMS*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>, consulté le 10 juillet 2023.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). Vieillissement et santé. *Centre des médias de l'OMS*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, consulté le 20 octobre 2022.
- Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). (s.d.). Polymédication. *SSMG*. Disponible à l'adresse : https://www.ssmg.be/avada_portfolio/polymedication/, consulté le 23 octobre 2022.
- Statbel. (2022). Structure de la population. *La Belgique en chiffre Statbel*. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>, consulté le 20 octobre 2022.
- Storms H., Aertgeerts B., Claes N., Marquet K. (2017). Prevalence of inappropriate medication use in residential long-term care facilities for the elderly: A systematic review [Version électronique]. *European Journal of General Practice*, 23(1), 69-77.

- Strauven G., Anrys P., De Lepeleire J., Foulon V., Henrard S., Spinewine A. *et al.* (2019). Cluster-Controlled Trial of an Intervention to Improve Prescribing in Nursing Homes Study [Version électronique]. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(11), 1404-1411.
- Vandenhove B. (2011). Le projet de vie institutionnel en Maison de Repos et de Soins : accompagnement des personnes âgées dépendantes. *Recueil Annuel d'Ergothérapie par l'Association des ergothérapeutes asbl*. Disponible à l'adresse : <https://benvdh.wordpress.com/2011/01/09/le-projet-de-vie-institutionnel-en-maison-de-repos-et-de-soins/>, consulté le 15 avril 2023.
- Van der Heyden J., Berete F., Drieskens S. (2018). Enquête de santé 2018 : consommation de médicaments [Version électronique]. *Sciensano*, 1-47.
- Vander Stichele R-H., Elseviers M., Smet M., Soenen K., Van de Voorde C., Verrue C. *et al.* (2006). L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges [Version électronique]. *Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)*, 47(B), 1-216.
- Vers une Belgique en bonne santé. (2019). Performances du système de santé : efficience des soins de santé et qualité des soins : sécurité des soins et efficacité des soins. *Vers une Belgique en bonne santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/>, consulté le 12 octobre 2022.
- Vers une Belgique en bonne santé. (2022). Performances du système de santé : qualité des soins : continuité des soins. *Vers une Belgique en bonne santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continue-des-soins>, consulté le 10 juillet 2023.
- Vers une Belgique en bonne santé. (2022). Description du système de santé belge : système de santé. *Vers une Belgique en bonne santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hit>, consulté le 18 juillet 2023.

Von Rauch E., Macken E., Huyghebaert C., Kestens W., Karakaya G., Bruyneel L. (2021). Évaluation des recommandations et outils chez les personnes polymédiquées de 75 ans et plus [Version électronique]. *Étude des Mutualités Libres*, 1-27.

Zorg Magazine. (2010). L'approvisionnement des médicaments dans les maisons de repos a tout à gagner avec la contribution active du pharmacien. *Zorg Magazine*. Disponible à l'adresse : <https://zorgmagazine.be/lapprovisionnement-des-medicaments-dans-les-maisons-de-repos-a-tout-a-gagner-avec-la-contribution-active-du-pharmacien/>, consulté le 24 octobre 2022.

Zorg Magazine. (2013). AR Préparation de médication individuelle exclut erreurs lors de la distribution. *Zorg Magazine*. Disponible à l'adresse : <https://zorgmagazine.be/ar-preparation-de-medicament-individuelle-exclut-erreurs-lors-de-la-distribution/>, consulté le 29 octobre 2023.

Zorg Magazine. (2018). La responsabilité de l'infirmier lors de l'administration des médicaments. *Zorg Magazine*. Disponible à l'adresse : <https://zorgmagazine.be/la-responsabilite-des-infirmiers-lors-de-ladministration-de-medicaments/>, consulté le 16 avril 2023.