

Gérer un **semainier** à plusieurs chez un patient bénéficiaire de soins à domicile

Rev Med Suisse 2014; 10: 2246-51

L. Abrecht
A. Anchisi
D. Widmer
O. Bugnon
S. Du Pasquier
S. Jotterand
M. Karlen
L. Herzig

Interprofessional pill box management in an ambulatory care setting

Complex multimorbid patients are now more common in ambulatory care and the management of their medication more frequently needs interprofessional collaboration. This qualitative study explored health professional's main challenges when introducing, preparing and sharing the use of a pill box for a patient. Another objective of this study was to explore options for improving care in these situations.

* Le terme patient est utilisé dans ce texte de façon générique pour patient ou client. De plus, le masculin est utilisé dans ce texte par souci de simplification et doit aussi être lu au féminin, bien que la majorité des soignantes des CMS soient des femmes.

Les situations ambulatoires complexes de patients* multimorbides, utilisant un semainier pour leur médication et nécessitant une collaboration interprofessionnelle, sont de plus en plus fréquentes. Cette étude qualitative met en évidence les principaux défis rencontrés par les professionnels de santé lors de l'introduction, puis de l'utilisation d'un semainier, ainsi qu'au niveau de leur collaboration. Cet état des lieux sert de base pour discuter des pistes afin d'améliorer ces prises en charge.

INTRODUCTION

En santé communautaire, l'aide à domicile prend une importance croissante et devient de plus en plus complexe pour plusieurs raisons. Avec l'évolution démographique, la catégorie des personnes âgées de 80 ans et plus s'accroît plus vite que le nombre de places en établissements médicaux sociaux (EMS), même si ce problème est atténué par l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé (Office fédéral de la statistique – OFS). Ces personnes, dont seuls 20% sont en EMS, souffrent souvent de multimorbidités et nécessitent un traitement pharmacologique lourd. La volonté des patients et de leur famille ainsi que la pression sur les coûts de la santé incitent au maintien à domicile de ces personnes. Il s'agit donc de voir comment rendre ce maintien possible dans les meilleures conditions.

La polymédication est une source reconnue de problèmes graves (interactions médicamenteuses, erreurs de préparation ou de prise...) avec des impacts sur la santé, les coûts et des implications juridiques. Cela est décrit chez les populations vulnérables et les personnes âgées.¹ Le semainier est un des principaux outils utilisés pour améliorer la prise médicamenteuse²⁻⁴ et favoriser le maintien à domicile, mais c'est également la cause ou le révélateur de nombreux problèmes.⁵⁻⁸

Face à la complexité médicale et soignante croissante des situations rencontrées dans l'aide à domicile, la collaboration interprofessionnelle apparaît comme indispensable,⁹⁻¹² d'où un intérêt de plus en plus marqué de la part du monde médical et politique. Toutefois, la présence de multiples intervenants peut encore compliquer les choses, en rajoutant des problèmes de communication, d'incompréhension ou de confusion des rôles entre les différents acteurs. Il s'agit là aussi de voir comment améliorer cette collaboration.

Malgré la fréquence de ces situations, peu de littérature traite de la collaboration interprofessionnelle autour du traitement médicamenteux de patients à domicile utilisant un semainier.² Nous avons donc constitué un groupe de recherche interprofessionnel pour mener une première étude qualitative par focus groupes sur la question (tableau 1). Pour des raisons pratiques, il a été décidé de ne pas inclure de patients dans cette première étape, alors qu'ils sont bien sûr les acteurs principaux.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les informations recueillies lors des focus groupes ont été regroupées en deux thématiques principales:

Tableau 1. Design de l'étude

Etude qualitative sur les interactions entre professionnels de santé dans les réseaux de soins constitués autour du semainier, basée sur deux focus groupes constitués chacun de huit professionnels de santé (2 médecins de famille, 2 pharmaciens d'officine, 2 infirmiers, 2 assistants en soins et santé communautaire (ASSC) et aide-soignant) et menée selon une grille d'entretiens semi-structurés. Pour des raisons pratiques, il a été décidé de ne pas inclure de patients dans cette première étape, bien qu'ils soient les acteurs principaux. Après retranscription, l'analyse des focus groupes a été discutée et synthétisée par le groupe de travail interprofessionnel.

Six interviews d'experts ont ensuite permis d'éclaircir des questions d'ordres juridique, économique ou encore éthique soulevées par les réflexions lors des focus groupes, et ainsi d'enrichir la discussion.

L'étude a reçu l'aval de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud.

- ce qui concerne directement le semainier, lors de son introduction et de son utilisation, soit :
 - les difficultés et résistances rencontrées et les facteurs facilitant son emploi ;
 - les bénéfices, en regard des risques et limites de l'outil.
- Ce qui concerne la collaboration et la transmission interprofessionnelles.

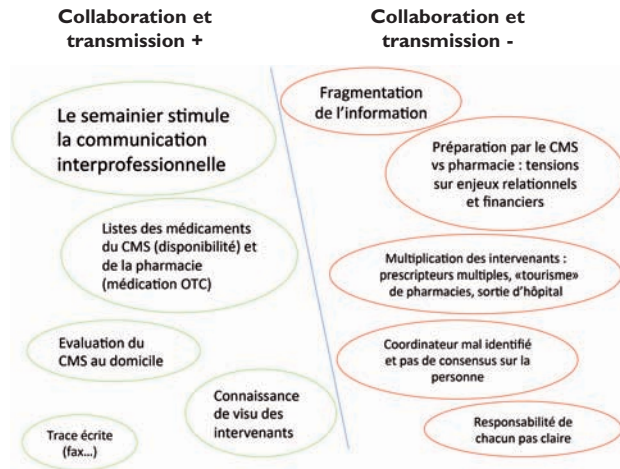
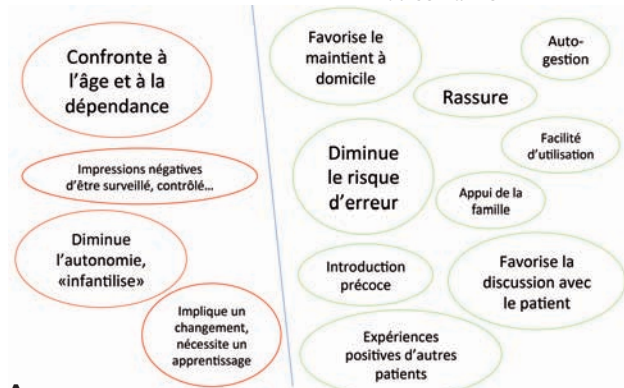


Figure 2. Résultats: interprofessionnalité

N.B.: la taille des caractères représente la prévalence des items lors des focus groupes.
CMS: centre médico-social; OTC: over the counter.

Résistances au semainier

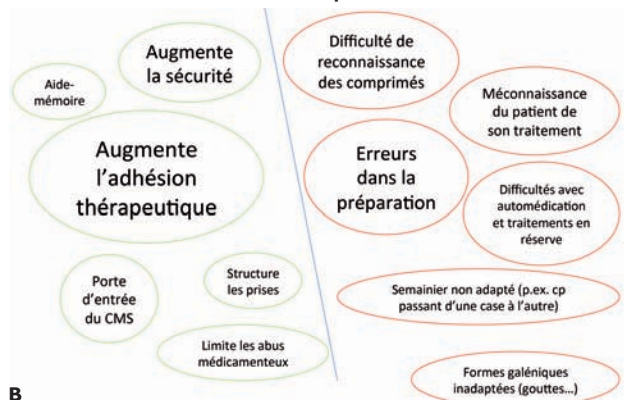
Facteurs facilitant l'introduction du semainier



A

Bénéfices du semainier

Risques et limites du semainier



B

Figures 1A et B. Résultats: introduction et utilisation du semainier

N.B.: la taille des caractères représente la prévalence des items lors des focus groupes.
CMS: centre médico-social; cp: comprimé.

Tableau 2. Catégorisation des différentes situations d'utilisation du semainier

- Semainier préparé par le patient seul ou par sa famille
- Semainier préparé par ou avec le centre médico-social (CMS)
 - Préparation par le patient avec l'aide du CMS
 - Préparation par le CMS, prise du traitement par le patient seul
 - Préparation et remise du traitement par le CMS
- Semainier préparé par la pharmacie
 - Prise autonome par le patient
 - Livraison quotidienne à domicile

Une synthèse des résultats est présentée sous forme de figures (1 et 2). Nous détaillons ci-après certains points particulièrement révélateurs des préoccupations des participants et de la problématique.

Les professionnels de santé soulignent la multitude des situations dans l'utilisation du semainier. Quelques grands groupes d'utilisateurs ont pu être identifiés (tableau 2).

INTRODUCTION ET UTILISATION DU SEMAINIER

Autonomie du patient

Le vieillissement et les multimorbidités souvent associées engendrent une dépendance difficile à accepter pour les patients.¹³ Celle-ci peut être plus ou moins importante, ce qui se traduit entre autres par les différentes formes d'utilisation du semainier, allant de sa préparation autonome par le patient jusqu'à sa mise sous clé avec passage d'un soignant plusieurs fois par jour au domicile pour la remise des médicaments. Au nom du principe de bienfaisance, pour éviter par exemple un risque d'intoxication médicamenteuse, le principe d'autonomie du patient est ainsi mis à mal, ce qui peut être ressenti comme choquant et pénible par celui-ci, mais aussi par les professionnels de soins. L'introduction d'un semainier, et plus encore la façon de l'utiliser, sont donc loin d'être un acte banal, comme



l'illustre ce propos d'un pharmacien: «pour eux c'est la fin (...), comme quand on met de la morphine». Il est ainsi important lors d'une telle démarche, d'engager une réflexion entre les différents intervenants, patients et entourage compris. De la sorte, on respectera au mieux les souhaits et intérêts de chacun, facilitant le maintien à domicile et donc une certaine autonomie.

Saisir le bon moment

Si l'introduction d'un semainier a souvent pour but de faciliter la prise du traitement et l'adhésion thérapeutique, apprivoiser cet outil nécessite un apprentissage. Comme le dit une infirmière: «On casse leurs habitudes, on les met face à une boîte et des fois c'est compliqué pour elles, déjà de savoir comment ça marche». Face à certains problèmes comme les troubles cognitifs, le semainier représente une aide mais peut être perçu comme confrontant. Trouver le moment le plus favorable à son introduction est donc essentiel.

Selon certains participants, introduire le semainier précocement permet de faciliter son intégration avant le déclin cognitif, ou que des abus médicamenteux ne soient installés. L'appropriation du semainier par le patient – et donc son autonomie – peut être favorisée par la préparation en commun du semainier avec l'infirmier. Ceci permet de communiquer sur le traitement et de comprendre les besoins et difficultés du patient.

BÉNÉFICES, RISQUES ET LIMITES DU SEMAINIER

Préparation du semainier

Plusieurs études ont démontré que les personnes âgées ont souvent de la peine à lire mais aussi à ouvrir les emballages de médicament, en particulier ceux comprenant une sécurité pour enfants.¹⁴⁻¹⁷ Le semainier permet potentiellement de contourner certains de ces obstacles comme le fait de ne pas avoir à déblister soi-même un comprimé ou de se tromper de médicament en raison d'une mauvaise reconnaissance de l'emballage. Mais, comme souligné par plusieurs intervenants, il faut rester attentif au fait que ces mêmes problèmes peuvent se poser lors de la préparation du semainier. De plus, une fois rempli, reste encore la difficulté de son ouverture et le risque de confondre les cases.

Bien que le but du semainier soit de diminuer le risque d'erreur médicamenteuse, sa préparation peut être source d'erreurs, notamment si celui-ci est rempli par le patient ou la famille. Les causes d'erreurs de remplissage rapportées comprennent la multitude de formes galéniques et la distraction de la personne en charge du remplissage par des sollicitations du patient.

En pharmacie, la pratique d'un double contrôle de la préparation du semainier est établie pour limiter ce genre de problème, ce qui est rarement le cas à domicile.

Risques

Si les effets positifs du semainier telle une meilleure adhésion thérapeutique (notamment en structurant les prises) sont reconnus par les participants, certains risques ont aussi été rapportés. De nombreux patients désinves-

tissent leurs traitements s'ils ne font qu'ingérer des comprimés préparés par autrui, ne faisant plus de lien entre la prise d'un médicament et la survenue d'un effet, qu'il soit bénéfique (atténuation des symptômes) ou néfaste (effets secondaires).

Identification des médicaments

Dès lors qu'il y a plusieurs médicaments, se pose le problème de leur reconnaissance, pour le patient comme pour les professionnels de soins. Ces derniers relèvent, comme risque majeur, la difficulté d'identification des comprimés dans le semainier. Cette difficulté augmente, du fait de la tendance à la polymédication et de la quantité croissante de génériques et formes galéniques. Ce problème est particulièrement sensible dans la situation – courante – où la personne qui prépare le semainier (infirmier) est différente de celle qui donne les médicaments au patient (assistant en soins et santé communautaire – ASSC ou aide-soignant). Ce dernier donne alors un traitement, avec les risques et les responsabilités que cela implique, sans avoir de contrôle sur ce qu'il distribue (hormis le nombre de comprimés). Une aide-soignante le rapporte ainsi: «je ne sais pas ce que je donne».

Des solutions pour faciliter la reconnaissance des comprimés dans le semainier, comme la possibilité de mettre une image des différentes pilules dans la liste de traitement ou encore de laisser les comprimés dans leur blister, ont été proposées lors des focus groupes et sont utilisées par certains pharmaciens. Cette première solution paraît cependant difficile à appliquer, car nécessitant de réimprimer à chaque changement la liste, en disposant des images. Une liste de traitement électronique pourrait toutefois contourner cet obstacle. Quant à laisser les comprimés dans leur blister, on se heurte au manque de place dans le semainier et à la possible difficulté du patient à le sortir de l'emballage. Cela a toutefois l'avantage de résoudre la question de la stabilité du médicament après déconditionnement.

INTERPROFESSIONNALITÉ

Tensions dans la répartition des tâches

Le semainier pouvant être préparé par le centre médico-social (CMS) ou la pharmacie, il en résulte parfois certaines tensions. Quand le pharmacien prépare le semainier d'un patient depuis longtemps, il se sent investi dans la gestion du traitement et a souvent créé une relation de confiance. Quand le patient n'est plus apte à prendre seul son traitement et qu'il lui est administré par le personnel du CMS, les contraintes légales empêchent que le semainier ne soit rempli par quelqu'un d'externe au CMS. Ainsi, la remise du semainier et les aspects relationnels qui y sont liés reviennent de facto au CMS. Les pharmaciens se sentent alors dépossédés de la gestion du traitement: «on a l'impression de se faire piquer le semainier par le CMS». Les médecins sont rarement conscients de ces enjeux lors de la prescription d'un semainier. Les hôpitaux ont aussi plus l'habitude de mandater le CMS que les pharmaciens pour préparer le semainier, même si le patient est autonome.



Collaboration

Toute collaboration entre des personnes de professions différentes nécessite une bonne communication. Pour y parvenir, l'importance de mettre un visage sur les autres intervenants et de se rencontrer est soulignée par plusieurs participants. Il n'est pas possible, ni nécessaire dans chaque situation, que les professionnels discutent directement ensemble, ou se rencontrent. Mais le fait de se connaître, première étape pour se reconnaître, facilite la communication. Prendre du temps pour établir une «base de connaissance» des différents intervenants de sa région permet certainement d'en gagner ultérieurement. Des lieux d'échanges tels les cercles de qualité peuvent être propices à cela.

Aspects juridiques, responsabilité et coordination

Dans ce contexte de réseau où plusieurs acteurs exercent des tâches et des compétences complémentaires dans une société où la judiciarisation croît, la question de la responsabilité préoccupe particulièrement les professionnels de soins. Ceci d'autant plus que les aspects juridiques liés à la responsabilité ne sont pas forcément clairs ou connus d'eux. Le sentiment de responsabilité est lié au rôle que chacun s'attribue et à l'importance qu'il y perçoit.

Deux sujets importants ont été discutés: l'identification du coordinateur et le partage de la responsabilité juridique. L'incertitude sur la responsabilité juridique de chacun des intervenants augmente si le coordinateur n'est pas bien identifié. Cette responsabilité est ressentie comme pesante pour plusieurs participants, d'autant que le rôle et la fonction exacte des autres intervenants ne sont pas clairement établis. Un médecin le résume ainsi: «il y a quelque chose qui est flottant par rapport à la question de la responsabilité». Il paraît dès lors essentiel de bien identifier et expliciter les fonctions de chaque membre du réseau, en particulier celles de coordinateur et de responsable. Ces rôles peuvent être portés par différentes personnes, y compris par le patient lui-même (ce dernier devant rester l'intervenant principal).

Les experts juridiques consultés considèrent que chacun est responsable de ce qu'il fait ou omet de faire, selon les tâches qui lui sont attribuées de par sa fonction. Il faut souligner que plusieurs intervenants peuvent être responsables d'une même tâche et le fait qu'un autre en soit également responsable ne départit en rien chacun de sa propre responsabilité. Par exemple, la vérification de l'absence d'interaction médicamenteuse doit être faite de façon redondante par le médecin, le pharmacien et l'infirmier, la responsabilité étant toutefois pondérée en fonction des compétences attendues de chacun.

PERSPECTIVES

Selon ce qui ressort de ce travail de recherche, il s'agit de choisir pour coordinateur le professionnel qui a l'accès le plus facile aux informations concernant un patient donné

et d'intégrer les souhaits de ce dernier. Pour faire suite à cette recherche, il serait d'ailleurs intéressant d'étudier les perceptions des patients et de leur famille, ainsi que la question des relations entre milieux hospitalier et ambulatoire mentionnées comme souvent problématiques¹⁸ lors de cette étude. ■

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous remercions les membres du pillbox groupe: Pr Diane Morin, Claudia Ortoleva, Leila Guesmia, Institut universitaire formation recherche soins infirmier, rue de la Corniche, Lausanne et Sebastian Amico, PMU, Ecole de pharmacie Genève-Lausanne, 1011 Lausanne.

Implications pratiques

- Le semainier est reconnu pour augmenter l'adhésion thérapeutique. Son introduction et le moment où elle a lieu ont des répercussions sur l'autonomie du patient
- Une collaboration interprofessionnelle améliore la prise en charge de patients multimorbides avec polypharmacie à domicile. Mais l'intervention de plusieurs professionnels dans un réseau de soins augmente aussi les difficultés communicationnelles
- Les erreurs de préparation et l'identification des médicaments sont des problèmes majeurs rencontrés dans l'utilisation d'un semainier
- Répartir clairement les tâches, identifier un coordinateur et les responsabilités de chaque intervenant améliorent la collaboration

Adresses

Loïc Abrecht
Drs Daniel Widmer, Sébastien Jotterand et Lilli Herzig
Institut universitaire de médecine générale
Université de Lausanne, 1011 Lausanne
loicabrecht@hotmail.com
drwidmer@belgo-suisse.com
sjot@bluewin.ch
lilli.herzig@hin.ch

Pr Olivier Bugnon
Dr Sophie Du Pasquier
Ecole de pharmacie Genève-Lausanne
PMU, 1011 Lausanne
olivier.bugnon@hospvd.ch
sophie.du-pasquier@hospvd.ch

Pr Annick Anchisi
Haute école de santé Vaud
Av. de Beaumont 21, 1011 Lausanne
annick.anchisi@hesav.ch

Martine Karlen
Association vaudoise d'aide et de soins à domicile
Route de Chavannes 37, 1007 Lausanne
martine.karlen@avasad.ch

Bibliographie

- 1 ** Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 2003; 289:1107-16.
- 2 ** Ryan-Woolley BM, Rees JA. Initializing concordance in frail elderly patients via a medicines organizer.



Ann Pharmacother 2005;39:834-9.

3 * Park DC, Morrell RW, Frieske D, Kincaid D. Medication adherence behaviors in older adults: effects of external cognitive supports. *Psychol Aging* 1992;7:252-6.

4 Zedler BK, Kakad P, Colilla S, Murrelle L, Shah NR. Does packaging with a calendar feature improve adherence to self-administered medication for long-term use? A systematic review. *Clin Ther* 2011;33:62-73.

5 ** Gadri A, Pichon R, Zelger GL. A qualitative systemic analysis of drug dispensing in Swiss hospital wards. *Pharm World Sci* 2008;30:343-52.

6 Levings B, et al. Toward the safer use of dosettes. *J Qual Clin Pract* 1999;19:69-72.

7 Bohand X, et al. Medication dispensing errors in a French military hospital pharmacy. *Pharm World Sci* 2009;31:432-8.

8 Bohand X, et al. Frequency, types, and potential clinical significance of medication-dispensing errors. *Clinics (Sao Paulo)* 2009;64:11-6.

9 * Spinewine A, Fialová D, Byrne S. The role of the

pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging* 2012;29:495-510.

10 * Griffiths R. Nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Pract* 2004;10:166-76A.

11 ** Perera PN, Guy MC, Sweaney AM, Boesen KP. Evaluation of prescriber responses to pharmacist recommendations communicated by fax in a medication therapy management program (MTMP). *J Manag Care Pharm* 2011;17:345-54.

12 * Tarn DM, Paterniti DA, Williams BR, Cipri CS, Wenger NS. Which providers should communicate which critical information about a new medication? Patient, pharmacist, and physician perspectives. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:462-9.

13 Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, et al. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med* 2011;171:1854-6.

14 ** Moisan J, Gaudet M, Grégoire JP, Bouchard R. Non-compliance with drug treatment and reading

difficulties with regard to prescription labelling among seniors. *Gerontology* 2002;48:44-51.

15 * Beckman A, Bernsten C, Parker MG, Thorslund M, Fastbom J. The difficulty of opening medicine containers in old age: A population-based study. *Pharm World Sci* 2005;27:393-8.

16 ** Atkin PA, Finnegan TP, Ogle SJ, Shenfield GM. Functional ability of patients to manage medication packaging: A survey of geriatric inpatients. *Age Ageing* 1994;23:113-6.

17 Keram S, Williams ME. Quantifying the ease or difficulty older persons experience in opening medication containers. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:198-201.

18 * Anguish I, Decrey Wick H, Fonjallaz MH, et al. Ordonnance de sortie d'hôpital: un défi pour la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle. *Rev Med Suisse* 2013;9:1021-5.

*** à lire**

**** à lire absolument**