

# LES RISQUES IATROGÉNIQUES À DOMICILE

Le rôle de l'infirmier libéral à domicile



Anne Pirolet-Altman\*, Pascal Lambert\*\*

**E**n 2012, la population âgée de 75 ans et plus représente 9 % de la population générale. Ce pourcentage est estimé à 15 % en 2060 (Insee).

Avec l'allongement de la durée de la vie, la prévention des hospitalisations et des institutionnalisations devient un enjeu majeur. Il convient d'examiner l'apport de **l'infirmière libérale à domicile (IDEL)** dans ce processus d'amélioration du maintien à domicile à travers deux exemples : **les médicaments et le logement**.

## LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE

La population âgée, souvent poly-pathologique, est par conséquent sujette à la polymédication : la prévalence du seuil de polymédication à 5 médicaments et plus par jour est estimée entre 14 et 49 % en 2014 [1]. Par ailleurs, le problème de non-observance (non-adhésion, sous-traitement, mésusage...) est accru pour ce type de population à risque majoré.

\*Infirmière clinicienne certifiée, libérale, membre du collège des soignants de la SFGG  
\*\*Infirmier libéral de pratique avancée (Master SCI), membre du collège des soignants de la SFGG

Tout cela contribue à augmenter les risques de iatrogénie médicamenteuse : par rapport au reste de la population, les personnes âgées de 65 ans et plus ont 2 fois plus d'accidents médicamenteux nécessitant un passage aux urgences et 7 fois plus de cas aboutissant à une hospitalisation [2]. Or, la moitié des hospitalisations associées aux médicaments a pour origine **un défaut de surveillance ou de suivi**. Par ailleurs, les troubles thymiques et cognitifs sont fréquents.

La HAS a détecté 4 domaines de non-qualité [3] :

- **La prescription inadaptée** (non-pertinence) et/ou multiple avec un défaut de coordination qui augmente les interactions médicamenteuses.
- **L'absence de protocole à domicile** (la surveillance clinique et biologique est souvent non prescrite ou inadaptée) et la question du réajustement des traitements.
- **L'information et la formation du patient** (et de son entourage) insuffisantes quant à la gestion de ses médicaments.
- **La continuité et la cohérence des soins** entre les différents acteurs (surtout lors des passages hôpital/ville) : problème de coordination en l'absence d'un dossier partagé opérationnel à domicile.

## ■ MULTIPLICITÉ DES ORDONNANCES ET LISIBILITÉ DES TRAITEMENTS

Il peut y avoir plusieurs prescripteurs donc plusieurs ordonnances (généraliste, psychiatre, cardiologue, urologue, etc.).

La communication de l'IDEL avec le médecin généraliste est importante pour une bonne connaissance du traitement de la personne âgée. La multiplication des ordonnances en lien avec des consultations auprès de médecins spécialistes peut être source d'erreur et l'IDEL doit montrer une vigilance accrue lors de la préparation du pilulier (bon médicament, dosage, répartition journalière), en insistant sur les conditions de la prise du médicament et en essayant de repérer un éventuel oubli.

L'IDEL doit encourager le prescripteur à l'ordonnance unique dans la mesure du possible. **Aujourd'hui, le nom des médicaments génériques reste encore insuffisamment connu des IDEL**, ce qui ne facilite pas la surveillance du traitement.

## ■ PRISE DU MÉDICAMENT, OBSERVANCE ET SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

La préparation des médicaments dans un pilulier est réalisée soit

par une IDEL soit par un pharmacien d'officine. Lorsque la personne âgée a besoin d'une aide à la prise de ses médicaments, elle a recours à une auxiliaire de vie. Dans ce cas de figure, la personne âgée connaît son traitement et l'auxiliaire de vie est seulement une aide à la prise.

Dans la réalité, la personne âgée est souvent perdue dans son traitement et c'est l'auxiliaire de vie qui prend le relai pour vérifier, à chaque prise, les médicaments qui sont préparés dans le pilulier (jour de la semaine, répartition horaire). Le nombre de médicaments, leur couleur et leur forme galénique sont souvent les seuls repères pour l'administration du traitement dans ces cas-là.

En même temps, la couleur et la forme galénique des médicaments peuvent changer selon les laboratoires, ce qui représente un obstacle à la prise. La personne âgée peut ne pas reconnaître son médicament et refuser de le prendre (il faudra donc porter une attention particulière aux médicaments déblistérés). Par ailleurs, l'automédication peut aggraver la polymédication résultant de prescriptions multiples : par exemple, deux antalgiques (paracétamol et Ixprim®) sur la même ordonnance en prise simultanée et la personne achète en plus du Doliprane®, qu'elle a l'habitude de prendre, sans savoir que c'est du paracétamol.

En outre, les différents scandales ont généré beaucoup de méfiance de la part des personnes âgées et une réelle perte de confiance existe.

Or, il ne faut pas oublier que conformément à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) [4], l'IDEL peut se charger :

- de la **préparation du pilulier** et de la **surveillance clinique** (1 fois/semaine cotée AIS 4),
- de **l'instauration d'un traitement** les 15 premiers jours avec fiche de suivi (cotée AMI 1 par jour)
- du traitement et de la surveillance d'un patient ayant des **troubles psychiatriques** avec fiche suivi (cotée AMI 1 par passage les 30 premiers jours : quand supérieur à 1 mois, il faut un accord préalable [Art. 10 NGAP IDE]),
- dans le cadre d'une prise en charge globale, de la **surveillance du patient** (effets secondaires) plus de **l'élaboration d'un plan de soins** (démarche de soins infirmiers [DSI] cotée AIS 3 [Art. 11 NGAP IDE]).

Dans le cas où le patient bénéficie d'une telle prescription médicale, les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse sont donc mino- rés. Mais dans le cas où l'IDEL ne prépare pas elle-même le pilulier, la surveillance du traitement reste plus aléatoire. L'intervention de l'IDEL est alors centrée sur l'acte qu'elle doit réaliser (ex : pansement d'escarre, toilette, etc.) et le suivi du traitement sera donc un "acte bénévole" effectué ou non selon son "bon vouloir".

L'autre question est de savoir comment l'IDEL repère les effets indésirables si elle ne connaît pas l'ensemble du traitement. L'IDEL a une moins bonne connaissance du traitement de la personne âgée lorsqu'elle ne prépare pas les médicaments dans le pilulier. Cette préparation lui permet en effet de mieux appréhender la surveillance et les effets du traitement. La démarche de soins infirmiers en libéral fait partie de son rôle propre et le paiement de la préparation, de l'administration et de la surveillance du traitement est possible dans le cadre du plan de soins. Ces

trois actes sont remboursés par la sécurité sociale dans le cadre de la DSI, sauf pour les diabétiques qui sont pris en charge automatiquement (Art 5 bis NGAP IDE). La liaison et la coordination des intervenants sont importantes pour l'observance et la surveillance des médicaments. Souvent, sur le terrain, l'IDEL assure la coordination et fait le relai entre les différents acteurs. Par conséquent, mobiliser davantage les compétences actuellement sous-utilisées et souvent méconnues des infirmières libérales constitue une piste de solution efficace pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse à domicile.

## LA IATROGÉNIE LIÉE AU LOGEMENT

Une personne âgée qui vit dans son logement depuis de nombreuses années peut avoir du mal à mesurer à quel point son quotidien est devenu compliqué ou dangereux dans cet espace désormais inadapté à son nouvel état (fonctionnel, cognitif, financier...), compromettant un maintien à domicile en toute sécurité.

L'Agence nationale de l'habitat (ANAH) considère que 830 000 ménages français âgés aux revenus modestes occupent un logement dont ils sont propriétaires et qui nécessite des travaux de différentes natures : adaptation à la perte d'autonomie, amélioration des performances énergétiques et, parfois, remise en état du logement [5].

Différents facteurs de dangerosité peuvent être directement liés à l'habitat :

- **Insalubrité du logement** : cette notion est régie par le code de Santé publique et relève d'un signalement immédiat à la mairie du domicile [6].

• **Difficulté d'accès** : de ce fait, la personne âgée prend des risques en sortant de chez elle ou perd de la mobilité et du lien social.

• **Isolation absente ou insuffisante**, rendant le logement sensible aux conditions climatiques (difficile à chauffer en hiver, difficile à rafraîchir en été).

• **Aménagement intérieur et/ou matériel inadaptes** aux modifications liées à l'âge ou au handicap, y compris cognitif.

En intervenant à domicile, l'IDEL est particulièrement bien placée pour repérer la présence des risques liés aux problèmes cités précédemment. Elle n'est certes pas un travailleur social, mais la définition de son rôle lui enjoint de « *protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social* » [6]. En outre, la prévention fait partie des soins infirmiers tels que définis par la loi. De plus, la surveillance clinique infirmière (1 fois/semaine cotée AIS 4, soit 10,40 € brut selon la NGAP) peut inclure en partie les démarches d'évaluation, de conseil, d'éducation et de coordination.

Selon les problèmes rencontrés, l'IDEL pourra initier les actions suivantes :

• **Évaluation** : bien qu'il n'existe pas d'outils spécifiques pour évaluer les risques que fait courir le logement, il est possible d'utiliser les guides proposés par l'ANAH (amélioration et adaptation de l'habitat) [5], l'ANSP (repérage des risques d'accidents domestiques) [7], l'INPES (prévention des risques de chute) [8], le score de

risque de chute SRS-CES du CE-TAF (recommandations HAS) [9].

• **Conseil et/ou éducation** de la personne et de ses aidants naturels : par exemple, en proposant directement du matériel adapté, des aménagements ou la réorganisation de l'espace. Si nécessaire, dans un second temps, faire appel aux compétences spécifiques d'autres professionnels médicaux, paramédicaux ou professionnels de l'intervention à domicile pour la prescription et l'adaptation des nouveaux matériels ou pour l'organisation de la réorganisation de l'espace.

• **Coordination avec les services compétents** : Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), services sociaux.

Ces démarches pourront bien sûr rencontrer des freins :

• Les freins propres à la personne (difficulté à accepter le changement, déni...).

• Lenteur de la réaction des différents services.

• Manque d'anticipation face aux événements de santé modifiant l'utilisation de l'espace (en sortie d'hospitalisation par exemple).

• Capacité financière de la personne et de la famille pour payer les travaux nécessaires et le coût réel de l'intervention infirmière pour démarrer la sécurisation du logement.

L'accumulation de telles difficultés risque parfois de conduire à l'institutionnalisation de la personne âgée, ce qui a un coût humain certain et entraîne des coûts sociaux parfois beaucoup plus élevés que ceux relatifs à ces travaux, qui auraient permis le maintien à domicile. Des réflexions ont déjà été menées pour améliorer cet état de fait [10].

## CONCLUSION

Par sa fonction de coordination et sa place centrale dans le maintien à domicile, l'IDEL est ainsi parfaitement qualifiée en 1<sup>er</sup> ligne pour repérer les difficultés et les risques que fait ou peut faire encourir le logement de la personne âgée, au regard de sa situation sanitaire et sociale réelle actualisée. À travers ces deux exemples, il ressort qu'il faudrait encore plus mobiliser les compétences des infirmières libérales, largement sous-utilisées et mal utilisées à ce jour pour répondre de façon efficace et réactive à tous ces enjeux de santé publique liés au maintien à domicile de nos aînés. ■

✘ Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## MOTS-CLÉS

Iatrogénie, Domicile, Médicaments, Logement, IDEL



## Bibliographie

1. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. Questions d'Économie de la Santé n° 204, IRDES, décembre 2014.
2. Budnitz D, Pollock D, Weidenbach K et al. National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events. JAMA 2006 ; 296 : 1858-66.
3. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Septembre 2014 ; [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs\\_prescription\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf)
4. NGAP. Soins infirmiers. Titre XVI ; p77. [www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf)
5. ANAH. Vieillir et bien vivre chez soi. Guide pour la réalisation de travaux d'amélioration et d'adaptation du logement 2015. [www.metamorhouse.info/PDF/ANAH\\_vieillir-chez-soi.pdf](http://www.metamorhouse.info/PDF/ANAH_vieillir-chez-soi.pdf)
6. Code de la Santé publique. Articles L1331-1 à L1331-31 : Procédure en cas d'immeuble insalubre. Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 : Profession d'infirmier ou d'infirmière.
7. ANSP (Agence nationale des Services à la Personne). Programme de mise en sécurité du domicile des personnes âgées. Outil de repérage des risques d'accidents domestiques.
8. INPES. Fiche pratique : Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
9. HAS. Référentiel concernant l'évaluation des risques de chute chez le sujet âgé autonome et sa prévention. Septembre 2012.
10. Haut comité pour le logement des personnes défavorisées. 17<sup>e</sup> rapport, octobre 2012.