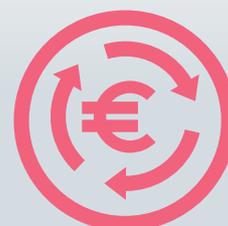




## **Le traitement antibiotique à des résidants dysphagiques Des personnes fragiles en risque inutile? Un enjeu de santé publique et de bienveillance**

**Jean-Marc Rombeaux, Conseiller Expert**

**Septembre 2022**



**LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE A DES RESIDANTS  
DYSPHAGIQUES**

**DES PERSONNES FRAGILES EN RISQUE INUTILE ?**

**UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE BIENTRAITANCE**

**JEAN-MARC ROMBEAUX, CONSEILLER EXPERT**

**SEPTEMBRE 2022**

*Entre le pessimisme désespéré et l'optimisme satisfait, la seule certitude raisonnable est le volontarisme. À nous d'agir, pour que tous les humains combattent ensemble leurs ennemis communs : la maladie, la faim, la misère sociale, (...) Que peut-on faire d'autre que chercher une nouvelle voie quand nous savons les autres irrémédiablement bouchées ?*

*Albert Jacquard<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Albert Jacquard, *Utopie raisonnable*, Interview in le Magazine Voir, 28.09.2006.

## Table des matières

1. Constats et problèmes de base.....	4
2. Cadre legal .....	5
2.1. Compétence .....	5
2.2. Prescription des médicaments .....	5
2.3. Administration des médicaments .....	5
2.4. Usage rationnel des médicaments.....	6
2.5. Les intraveineuses en maison de repos.....	6
2.6. Responsabilité en droit civil.....	6
2.7. Principe de dignité humaine .....	7
3. Retours de praticiens.....	7
3.1. Médecin coordinateur et conseiller .....	8
3.2. Directeur de maison de repos .....	13
3.3. Infirmière-chef .....	14
3.4. Gériatre .....	15
3.5. Pharmacien .....	15
4. Propositions .....	16
4.1. Région wallonne - Projet de circulaire soins - Recommandation pour le MCC .....	16
4.2. Fédération Wallonie-Bruxelles - Formation des médecins traitants .....	17
4.3. Fédéral - Prescription de forme sirop ou poudre et remboursement des intramusculaires.....	17
4.3.1. Prescription de forme sirop ou poudre .....	17
4.3.2. Remboursement des intramusculaires .....	18
4.4. Fédéral et Régional - Les intraveineuses.....	18
5. Pour memoire - Région wallonne - Nutrition - logopède et diététicien .....	19
6. Conseils généraux pour l'alimentation d'un patient dysphagique .....	20

## INTRODUCTION

La présente note d'étude discute un enjeu récemment identifié : le traitement antibiotique à des résidants dysphagiques. À notre connaissance, il n'est point débattu dans les cénacles politiques et non évoqué dans les sphères médiatiques.

Une fort intéressant article médical belge de 2014<sup>2</sup> observe certes que « *certaines médicaments peuvent favoriser les troubles de la déglutition en altérant l'état de vigilance* ». En terme de conseil général, il préconise entre autres d' « *être vigilant lors de la prise des médicaments (broyer le comprimé si nécessaire et si cela est autorisé, ou préférer une forme « sirop » ou effervescente)* ». Ce sont toutefois 2,5 lignes dans un article de 8 pages, sans discussion de la question des antibiotiques.

Qualitative et coconstruite, l'analyse ci-dessous est orientée vers la recherche de solutions pragmatiques. Elle reste avec des questions et appelle des compléments.

Elle pose d'abord les constats et problèmes de base. Outre la dimension qualitative, première et primordiale, il y a un intérêt financier manifeste à prévenir ce type d'épisode (1).

Dans un second temps, le cadre légal est résumé (2). Elle reprend ensuite le retour d'une série de praticiens consultés principalement via la Commission Grand Age (3). Si les avis sont partagés, il y a des convergences. Certains éléments sont interpellants voire consternants en termes de santé publique, de bienveillance, quant au concept de personne prudente et raisonnable ainsi qu'au principe de dignité humaine. Enfin, quatre pistes d'action sont formulées (4) :

- une recommandation de sensibilisation des médecins coordinateurs et conseillers au niveau régional ;
- un accent sur ce problème dans la formation de base des médecins généralistes (compétence communautaire) et/ou leur formation continuée ;
- une interpellation du Fédéral sur la prescription et le conditionnement d'antibiotiques en sirop ainsi que le remboursement des intramusculaires en maison de repos ;
- une poursuite de la documentation et réflexion sur la possibilité d'intraveineuse en maison de repos. En l'état actuel de notre information, elle paraît difficilement praticable voire risquée dans ces maisons et à réaliser en hôpital.

En addendum et pour mémoire, les propositions de la Fédération des CPAS quant à la présence financée d'un diététicien et d'un logopède en MRS ainsi que des recommandations générales à l'endroit des patients dysphagiques.

Ce document pourrait évoluer en fonction de nouveaux éléments collectés. Il a été transmis pour le 20 août<sup>3</sup> en tant que note technique au groupe de travail soins de la Région wallonne, qui vise à réfléchir sur les normes en matière de soins dans les maisons de repos.

Après avis de la Commission Grand âge, cette analyse a été approuvée par le Comité directeur wallon le 22 septembre 2022.

---

<sup>2</sup> Sophie Allepaerts, Sandrine Delcourt, Jean Petermans : *Personnes âgées et troubles de la déglutition : approche pluridisciplinaire* in Revue Médicale de Liège, 2014, 69 (5-6), p. 6.

<sup>3</sup> Deadline fixée par la Région.

## 1. CONSTATS ET PROBLÈMES DE BASE

La dysphagie est un problème de la déglutition, « *un trouble du transfert de la nourriture de la bouche vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage*<sup>4</sup> ». Cette difficulté à avaler peut parfois avoir des conséquences graves comme la fausse route également appelée « fausse déglutition » qui peut amener à l'étouffement. Lors d'une fausse déglutition, le « bol alimentaire » avalé passe dans les voies respiratoires au lieu d'aller dans le tube digestif.

En MR-S, bon nombre de résidents sont dysphagiques. Souvent, il s'agit d'aînés avec troubles cognitifs. Ces aînés représentaient environ un tiers des habitants des MR-S publiques il y a vingt ans (1999). Aujourd'hui, c'est quatre sur dix.

Selon des sources étrangères, « *les troubles de la déglutition touchent (...) plus de 65 ans et plus de 51 % des personnes vivant en institution (...) et 60 % des personnes à un stade avancé de leur démence* »<sup>5</sup> (ndlr : *référer à troubles cognitifs serait plus juste et respectueux*).

L'administration d'antibiotique en forme classique, per os (« obus ») n'est pas des plus appropriées pour ces personnes. Certaines le refusent, le recrachent, voire le vomissent. Une alternative est l'antibiotique en forme liquide ou en poudre. L'administration en sirop est prévue à la base principalement pour les enfants avec un dosage faible. L'utilisation pour des aînés requiert une augmentation de la dose. Il en résulte que le flacon est alors plus vite vide.

Dans certains cas, il y a une hospitalisation pour une administration par voie intraveineuse. Cela permet aussi de faire une mise au point et éventuellement d'identifier le germe. Les coûts et externalités négatives sont évidents tant pour la collectivité que pour l'aîné : sortie de l'aîné avec douleur et stress, pertes de repères hors de son milieu habituel de vie ; risque de dénutrition<sup>6</sup> voire de glissement, frais d'ambulance, frais d'hospitalisation, mobilisation d'infirmiers en hôpital alors qu'ils y sont trop peu nombreux...

A titre illustratif, un cas récemment connu qui a alerté et déclenché la réflexion. Un résident avec sonde vésicale et troubles cognitifs est sujet à infections urinaires. A deux reprises, le traitement par antibiotique per os a été mal « toléré ». Il y a eu passage à une forme sirop à la demande du nursing. Suite à une nouvelle infection chez ce résident présentant des troubles de la déglutition, la prescription par comprimé per os a été maintenue par le traitant sans réaction du nursing. La dose du patch de morphine est augmentée. L'antibiotique a été pour partie non ingéré après trois jours d'administration, suite à des vomissements. La famille sollicite le passage à une forme sirop à 14h00 le quatrième jour<sup>7</sup>. Du sang apparaît dans les urines à la fin de ce quatrième jour. Le lendemain, vu le caractère aigu atteint par l'infection et la présence de sang, le résident a été hospitalisé en service G pour un traitement antibiotique en intraveineuse d'une durée de 10 jours après un dialogue entre l'infirmier-chef et la famille sur conseil du médecin traitant. A son arrivée à l'hôpital, le résident était fort agité et souffrait de très fortes douleurs<sup>8</sup>. Des mesures de contention ont été envisagées, mais n'ont finalement pas été appliquées. Le résident est revenu « soigné », mais amaigri. Sans absolue certitude, une médication en forme liquide aurait pu contribuer à éviter ce « gâchis ».

Dans ce cas toujours, il y a eu des frais supportés par le résident à concurrence de ..... euros pour l'ambulance et ..... euros suite à l'hospitalisation. L'intervention des mutuelles (« collectivisée » ;

<sup>4</sup> <https://www.chu-brugmann.be/fr/edu/dysphagia/brochure.pdf>

<sup>5</sup> Sophie Ammepaerts, Sandrine Delcourt, Jean Petermans, op. cit.

<sup>6</sup> L'aide aux repas est moins conséquente en milieu hospitalier.

<sup>7</sup> La prescription de forme sirop avec posologie pédiatrique semble ce que prescrit spontanément le médecin traitant à un patient gériatrique, mais ne suffit qu'à deux jours. L'inclinaison du nursing apparaît dès lors de suivre la forme per os, au moins au début.

<sup>8</sup> Le séjour en hôpital a identifié deux problèmes au niveau de la sonde : elle était dans l'urètre et non dans la vessie ; le ballon qui en principe la maintient dans la vessie faisait 6 ml au lieu de 10 ml. Il n'est pas matériellement possible de déterminer si ces problèmes découlent d'une défectuosité du matériel, de son placement inapproprié, et/ou de gestes du résident sur la sonde en raison de l'inconfort et des douleurs de l'infection (les saignements ne sont apparus qu'après 4 jours). Par ailleurs, le germe n'était pas multi-résistant.

supportée par les citoyens) s'est quant à elle chiffrée à .... euros. Le résidant a pu assumer sa facture. Si tel n'avait pas été le cas, une aide au CPAS compétent aurait été vraisemblablement demandée.

Au niveau de la maison de repos, il y a eu une non-entrée de 778,5 euros suite à la perte pour 10 jours du forfait Aviq ainsi que d'une réduction à 50 % du prix de journée après une semaine.

Forfait Aviq	70,6	10	705,7
Prix de journée	48,5	3	72,8

De facto, il y a une économie pour l'Aviq et un transfert à charge du Fédéral. Outre la dimension qualitative, première et primordiale, il y a donc un intérêt financier manifeste à prévenir ce type d'épisode pour le résidant, la collectivité, la maison de repos et potentiellement les CPAS.

## **2. CADRE LEGAL**

### **2.1. Compétence**

L'agrément et le financement des maisons de repos est principalement régional.

L'exercice de l'art médical et de l'art pharmaceutique ainsi que le financement y afférents sont essentiellement de compétence fédérale.

### **2.2. Prescription des médicaments**

La prescription des médicaments est une prérogative du médecin traitant.

### **2.3. Administration des médicaments**

L'administration des médicaments est un acte technique infirmier. En vertu de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 18 juin 1990 :

#### *1.7 B2 Administration de médicaments*

*Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : orale (y compris par inhalation), rectale, vaginale.*

Un arrêté royal du 27 février 2019 a modifié 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. Pour les aides-soignantes nouvellement formées ainsi que celles qui, avant le 1<sup>er</sup> septembre 2019, répondaient aux conditions d'enregistrement et prouvent avoir réussi avec fruit une formation complémentaire de 150 heures, 3 nouveaux actes sont possibles.

Pour les aides-soignantes formées après le 1<sup>er</sup> janvier 2019 ou avec formation de 150 heures, l'administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiants, préparés par un infirmier ou un pharmacien, est possible par les voies d'administration suivantes :

- orale (y compris l'inhalation),
- rectale,
- gouttes ophtalmiques,
- gouttes auriculaires,
- percutanée, et
- sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée.

## 2.4. Usage rationnel des médicaments

En vertu de l'annexe 120 du Crwass, le médecin coordinateur et conseiller est investi d'un rôle à ce niveau.

« *En relation avec le corps médical, il coordonne :(...)*

*4° la politique de soins (programme de dépistages, de vaccination...). Pour ce qui est des médicaments, le médecin coordinateur et conseiller sensibilisera à leur usage rationnel. »*

Présente en hôpital, la notion de formulaire pharmaceutique a disparu des normes d'agrément MRS suite à l'AGW 20.10.2021<sup>9</sup>. Antérieurement, elle figurait dans les tâches liées aux soins du médecin coordinateur, sous une forme peu « réaliste » :

*c) coordonner la gestion des soins ainsi que la rédaction et l'actualisation du formulaire médico-pharmaceutique, en concertation avec les médecins traitants.*

## 2.5. Les intraveineuses en maison de repos

En 2015, « in tempore non suspecto », la Fédération des CPAS avait reçu d'un CPAS la demande de la législation sur les intraveineuses en maisons de repos.

Elle avait reçu du SPF Santé publique la réponse suivante :

« *Il n'y a pas de réglementation particulière pour l'exercice infirmier (ou autres professions) en MRS. J'ai un jour entendu dire qu'historiquement, dans les premières normes d'agrément des MRS, il y était interdit d'avoir des patients sous perfusion, ceux-ci devaient obligatoirement être hospitalisés dans ce cas, mais ça doit faire certainement plus de 20 ans...<sup>10</sup>*

*Donc les règles pour les infirmiers (peu importe le milieu de pratique) sont (cf. A.R. 18.06.1990) :*

- *de manière autonome (B1) l'infirmier peut décider de mettre en place un cathéter dans une veine périphérique et y faire couler une solution de sérum physiologique ;*
- *tout le reste dans le domaine veineux sont des prestations techniques de soins infirmiers nécessitant une prescription médicale (B2) »<sup>11</sup>*

## 2.6. Responsabilité en droit civil

En droit civil, pour apprécier la responsabilité en cas de dommage, il y avait le critère du bon père de famille :

« *Le bon père de famille est une personne normalement prudente, attentive, soigneuse et consciencieuse. Le bon père de famille n'est pas excessivement prudent et pas complètement négligent. Ce critère est utilisé pour déterminer si le comportement d'une personne dans une situation donnée est fautif ou non. On examine si un bon père de famille placé dans les mêmes circonstances aurait agi de la même manière ou non. »<sup>12</sup>*

Comme le concept a été jugé sexiste, il a été remplacé par la notion de « *personne prudente et raisonnable* » avec le même contenu jurisprudentiel<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> A.G.W. 20.10.2021 relatif aux missions des médecins coordinateurs et conseillers en maisons de repos et de soins et en maisons de repos et portant modification de l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé.

<sup>10</sup> A titre purement informatif, aucune trace de cette interdiction n'a été trouvée dans l'A.R. 2.12.1982 qui fixait les normes d'agrément des MRS.

<sup>11</sup> Courriel de M. Lardennois, 23.11.2015, Chef de cellule stratégies des professions de santé, DG Soins de Santé, SPF Santé publique.

<sup>12</sup> <https://www.droitsquotidiens.be/fr/lexique/bon-pere-de-famille>

<sup>13</sup> Droit Civil 2019-2020 - ECI Liège.

Dans cette optique, une question légitime peut être posée. Vu les « dommages collatéraux » liés à la (persistance de) prescription ainsi qu'administration d'antibiotiques per os à des résidents dysphagiques, a-t-on toujours bien affaire à des actes de personnes raisonnables et prudentes ?

## 2.7. Principe de dignité humaine

Pour mémoire, en vertu de l'article 1<sup>er</sup> de la loi organique des CPAS : « *Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine.*

*Il est créé des centres publics d'action sociale qui, dans les conditions déterminées par la présente loi, ont pour mission d'assurer cette aide. »*

L'offre d'une maison de repos ne fait pas partie des missions obligatoires des CPAS. Il est toutefois difficilement concevable que la valeur de dignité humaine ne soit pas au minimum inspirante dans la vie de cette maison. C'est d'autant plus vrai qu'en vertu de l'annexe 120 du Crwass :

*« Chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins dispensent, dans l'accomplissement de leur mission, des soins et des services appropriés à chaque résident. Dans ce cadre, elle développe une politique de qualité axée sur la planification, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité des soins et services prestés, ainsi que de son fonctionnement qui est notamment traduite dans le projet de vie institutionnel*

*Celle-ci porte au moins sur :*

*1° la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine (20.1)».*

A nouveau, une interrogation légitime peut être exprimée. Vu les « dommages collatéraux », la (persistance de) prescription ainsi qu'administration d'antibiotiques per os à des résidents dysphagiques est-elle cohérente (congruente) avec le principe de dignité humaine ?

## 3. RETOURS DE PRATICIENS

Le problème de base esquissé a été soumis pour avis à des praticiens de Bruxelles et de Wallonie via le réseau de la Fédération des CPAS en substance dans les termes suivants :

En MR-S, bon nombre de résidents sont dysphagiques. L'administration d'antibiotique en forme classique (« obus ») n'est pas des plus appropriées. Certains la refusent/ la vomissent. Une alternative est l'antibiotique en forme liquide. Ce type d'administration n'est possible que pour certains dosages principalement, pour les enfants, mais une majoration le permet pour les aînés. Mais pas toujours. Votre point de vue/ expérience ?

Dans certains cas, la non-possibilité de l'antibiotique en forme orale amène une hospitalisation pour une administration en voie intraveineuse. Il y aurait quelque avantage à l'intraveineuse en MR-S : maintien de l'aîné dans son milieu habituel de vie, économie de frais d'ambulance et d'hospitalisation tant pour la collectivité que pour l'aîné... D'un premier retour d'un MCC, les objections-opposition ci-après :

*Pour ce qui est de la question de la voie intraveineuse, il faut savoir que nous n'avons pas accès à ces formes en dehors des hôpitaux. Ces médicaments ne se vendent pas en pharmacie. Il fut un temps où nous avions des formes intra musculaires, mais elles ont aussi été retirées du marché. Dès que nous avons accès aux milieux intraveineux pour les traitements, les conséquences sur l'organisme sont beaucoup plus rapides et puissantes (modifications ioniques, allergies, variations de tension, etc.) il en découle une surveillance tout autre à organiser, et nous n'en avons évidemment pas les moyens actuellement en maison de repos (Scope, labo sur place, chariot de réa, ECG, etc.). Il faut signaler aussi que cela s'éloigne de notre projet d'établissement qui va dans le sens opposé : essayer de faire en sorte que la résidence ressemble le moins possible au milieu hospitalier, mais plus à la maison qu'ont quittée nos aînés.*

S'il y a matière, après réflexion, il sera envisagé d'interpeller les Ministres fédéral et régionaux sur cette double problématique.

Dans un souci de transparence et de nuance dans le débat, les réponses sont reprises pratiquement in extenso avec quelques corrections de pure forme et anonymisées.

Des avis subséquents sur un premier jet de cette analyse ont été intégrés. Merci aux 6 médecins coordinateurs, trois directeurs, une ancienne directrice, à l'infirmière-chef, au gériatre et à la pharmacienne qui ont déjà pris le temps de s'exprimer.

Si les avis sont partagés, des « lignes de force » (« convergences ») apparaissent clairement de ce matériel « qualitatif ».

### **3.1. Médecin coordinateur et conseiller**

*3.1.1. « Il peut être pris le temps lors du staff infirmier, de sensibiliser les soignants à essayer d'aiguiller le médecin traitant vers le choix de la galénique la plus adaptée à la situation clinique des patients.*

*Il est judicieux de choisir des formes sirop ou poudres à diluer chez les patients présentant des troubles de la déglutition. Les comprimés étant souvent pelliculés, le broyage de ceux-ci fait perdre des avantages indéniables, la pellicule qui les recouvre étant souvent choisie pour que la résorption du comprimé se fasse au bon endroit dans le tube digestif.*

*La responsabilité du choix du médicament appartient au médecin traitant (...).*

*Nous avons beaucoup moins de choix pour ces formes, mais la dose adéquate peut être atteinte, sans problème et sans surcoût important pour la société.*

*Pour ce qui est de la question de la voie intraveineuse, il faut savoir que nous n'avons pas accès à ces formes en dehors des hôpitaux. Ces médicaments ne se vendent pas en pharmacie. Il fut un temps où nous avions des formes intramusculaires, mais elles ont aussi été retirées du marché.*

*Dès que nous avons accès aux milieux intraveineux pour les traitements, les conséquences sur l'organisme sont beaucoup plus rapides et puissantes (modifications ioniques, allergies, variations de tension, etc.) il en découle une surveillance tout autre à organiser, et nous n'en avons évidemment pas les moyens actuellement en maison de repos (Scope, labo sur place, chariot de réa, ECG, etc.).*

*Il faut signaler aussi que cela s'éloigne de notre projet d'établissement qui va dans le sens opposé : essayer de faire en sorte que la résidence ressemble le moins possible au milieu hospitalier, mais plus à la maison qu'ont quittée nos aînés.*

*Je ne vais donc certainement pas déployer de l'énergie pour essayer de faire rentrer ce type de prise en charge dans les MRS. Cela ne me semble vraiment pas opportun. »*

*3.1.2. « Je partage l'avis du MCC consulté. Je rajouterai les problèmes de résistance bactérienne croissante et le risque de surconsommation d'antibiotiques de seconde ligne. La réflexion doit être globale et savoir comment on définit une MRS ».*

*Ndlr : Sauf erreur, un antibiotique en intraveineuse est beaucoup plus dosé qu'une forme sirop. En termes de santé publique, il y a une recommandation d'un usage prudent des antibiotiques afin d'éviter le développement de germes résistants. Injecter un antibiotique en intraveineuse alors qu'une forme sirop administrée en temps utile aurait (peut-être) suffi est-il cohérent avec cette recommandation ?*

*3.1.3. « C'est un fait évident que déjà surchargés par leurs médications habituelles, l'ajout d'antibiotiques per os surtout les gros comprimés ne sont pas aisés à être absorbés par des personnes âgées dont la déglutition n'est plus optimale.*

*Il faut préférer dès lors les formes poudres (ce qui permet aussi au résidant de boire) ou des formes sirop, mais pas adaptées quant aux dosages.*

*Il reste encore quelques formes injectables en intramusculaire telles que la Rocefine (que j'ai pour ma part beaucoup utilisée) ou le Kefzol.*

*Pour l'administration en intraveineuse, ce serait l'idéal. Rapide, pas d'hospitalisation..., mais nécessitant du matériel et un suivi infirmier.*

*Je ne pense pas que nos infrastructures de maison de repos permettent à ce jour de tels traitements.*

*Si déjà il pouvait y avoir chez le généraliste prescripteur une prise de conscience quant à la difficulté, par exemple, de l'ingestion d'un Augmentin 500 et d'avoir recours dès lors aux formes plus facilement ingérables, ce serait déjà une bonne chose pour le bien-être du résident. »*

*3.1.4. « On peut sans souci donner les sirops pédiatriques en adaptant bien entendu les doses, mais ça coûte plus cher au patient et à la sécurité sociale : 1 flacon dure 2 jours et pas une semaine.*

*La voie intraveineuse n'est pas possible en MRS et ce n'est pas souhaitable de la commencer, car on fait mal ce qu'on fait peu.*

*Certaines molécules, mais pas toutes loin de là, peuvent être écrasées.*

*Et il ne reste quasi plus d'intramusculaires.*

*Donc oui, sûrement un sujet à mettre sur la table ! »*

*3.1.5. « Si on ne considère que les patients qui n'avaient plus de comprimés, mais qui continuent à avaler des textures liquides ou semi-liquides, on peut écraser des antibiotiques.*

*En injection intramusculaire, on peut utiliser amoxicilline remboursée, lincocin remboursé, céftriaxone (spectre large en sous cutanée aussi) non remboursé.*

*De temps en temps, les infectiologues nous renvoient des résidents en hospitalisation « à domicile » avec des antibiotiques intraveineux d'hôpital avec un accès veineux pour la durée du traitement.*

*Il faut noter que la médecine gériatrique infectieuse reste de l'urgence pour les patients âgés fragiles et nécessite en général des armes lourdes intraveineuses et ciblées sur un antibiogramme pour être le plus ajusté aux germes responsables et éviter de rendre ces germes résistants à tous les antibiotiques.*

*A ce titre, je pense que pour des infections sévères, le mieux est d'hospitaliser, car en plus la confusion aiguë qui accompagne ces infections nécessite une réhydratation intraveineuse, souvent une contention et une surveillance infirmière permanente.*

*Tout dépend évidemment du projet de soins personnalisés anticipés et de l'avis de la famille et de l'équipe de soins ».*

*Dans un second temps, il a communiqué la réaction toujours fort intéressante suivante.*

*« Une problématique peu soulevée : l'usage inapproprié d'antibiotiques en MR-MRS. Pas de culture et donc pas d'antibiogramme, bactériurie asymptomatique, usage empirique d'antibiotiques pour des infections virales qui n'en nécessitent pas, ....*

*Je siège dans une commission qui se préoccupe des MDRO (bactéries résistant à tous les antibiotiques). Celles-ci sont une préoccupation importante des autorités.*

*Ceci justifie que les armes lourdes restent à l'hôpital qui traite systématiquement sur antibiogramme de culture obtenue par prélèvement direct de la zone infectée ou sur échantillon de sang (hémoculture).*

*Il faut noter que 3-4 jours sont nécessaires pour obtenir un antibiogramme, du coup un antibiotique large spectre selon l'origine probable de l'infection est utilisé en première intention avant un antibiotique ciblé moins générateur de résistances.*

*S'il s'agit d'un sepsis sévère seul l'hôpital est utile pour les personnes qui le désirent. Sinon, on garde dans le lieu de vie et on essaye un antibiotique à large spectre avec la galénique qui convient aux éventuels troubles de déglutition.*

*Il faut aussi avoir en tête que les troubles de déglutition chez la personne avec des troubles cognitifs surviennent souvent en fin d'évolution de leur démence (si on ne tient pas compte des troubles de déglutition liés à des séquelles d'AVC). La plupart des patients refusent des moyens de nutrition artificielle (gastrostomie et sonde gastrique).*

*Dès lors la dénutrition et ses conséquences sur la musculature de la déglutition et l'incapacité du résidant à encore avoir conscience qu'il faut avaler ce qu'il a en bouche vont conduire à une baisse conséquente des défenses immunitaires et l'impossibilité d'action des antibiotiques par manque de protéines transporteuses avec pour conséquence un décès qu'il nous faut tous accepter... »*

Il a également partagé des informations fort intéressantes d'une source française.

La première porte sur une revue systématique sortie dans The American Journal of Emergency Medicine en mars 2022.

*« L'équipe du Los Angeles County Hospital s'est intéressée à l'antibiothérapie avec un titre de leur étude tout à fait particulier puisqu'il était « L'oral est-il le nouveau IV ? » et qui remet en question des décennies de dogme sur les infections sanguines et osseuses. On le sait, les antibiotiques administrés par voie orale sont clairement équivalents, voire supérieurs aux antibiotiques administrés par voie intraveineuse (IV). Dans cette étude un peu systématique, ils se sont intéressés aux infections considérées comme des infections nécessitant un traitement antibiotique IV de longue durée. Ces infections étaient les bactériémies, les ostéomyélites et les endocardites infectieuses.*

*Ils ont donc retrouvé et analysé 21 études contrôlées randomisées qui ont clairement montré l'absence de différence dans l'efficacité clinique de l'antibiothérapie orale par rapport à l'antibiothérapie IV seule, y compris sur la mortalité. Quant aux événements indésirables liés au cathéter et à la durée de l'hospitalisation, ils étaient bien sûr plus importants dans le groupe traité par IV.*

*Au regard de ce travail qui rejoint d'autres études que l'on a pu voir par le passé, on pourrait penser que tant que le tube digestif fonctionne, la seule différence physiologique possible entre une antibiothérapie par voie orale et une antibiothérapie par voie IV, c'est le temps d'absorption sur les 30 premières minutes de la toute première dose.*

*En dehors des patients qui doivent aller en soins intensifs, où il est logique d'utiliser une voie IV, il faut systématiquement se poser la question de l'utilité des antibiotiques par voie IV. On sait aujourd'hui qu'on est parfois amené à poursuivre une antibiothérapie ou la mettre en œuvre juste pour justifier l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par exemple. Il faudrait peut-être que l'on revoie ces motifs, qui peuvent être délétères aux patients. »*

La seconde porte sur la voie sous-cutanée.

*« La voie sous-cutanée est effectivement une voie qui connaît un véritable regain d'intérêt depuis quelques années, notamment dans le domaine des soins palliatifs et de la gériatrie. Pourquoi ? Tout simplement parce que c'est une voie d'administration qui présente un intérêt particulier, notamment lorsque les voies d'administration conventionnelles, qu'elles soient per os ou parentérales de type IM/IV, ne vont plus pouvoir être accessibles chez le patient. (...) Donc par exemple chez un patient qui a du mal à déglutir ou qui est difficilement perfusable.*

*(...) Exactement. Un patient qui est difficilement perfusable, qui a des problèmes d'agitation, un trouble du comportement, et notamment lorsqu'il a des réseaux veineux très médiocres, et des problèmes de sarcopénie qu'on trouve très souvent en gériatrie.*

*(...) Donc clairement, c'est quelque chose qu'on ne fera pas en routine. C'est à réserver à des situations de sauvetage, compliquées, et comme tu le dis, soit dans du palliatif, soit dans du gériatrique, soit dans des difficultés d'abord. »*

3.1.6. De façon subséquente, une médecin coordinatrice et conseillère a remis un avis très fin sur une première version de la note. Elle est aussi médecin référent d'une équipe de seconde ligne en soins palliatifs et active dans une maison médicale.

*« Effectivement c'est un sujet pertinent, mais difficile. Habitude des généralistes, non-disponibilité pour certains. Réalité épidémiologique, résistance bactérienne. MRS comme lieu de soins aigus, jusqu'où ? Formation du personnel en MRS. Missions possibles et impossibles ...*

*La problématique des bactériuries chroniques en gériatrie concerne souvent les femmes, mais pas uniquement et cela concerne quasi toutes les personnes sondées. C'est un problème spécifique à part entière. On a de plus en plus tendance à ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques car cela crée des résistances. Si on décide de traiter, il s'agit parfois de situations multirésistantes nécessitant à juste titre des produits hospitaliers : amukin, genta, etc.*

*En intramusculaires, nous disposons :*

- de delamoxyle ® (amoxicilline), jamais utilisé en intramusculaire par les médecins généralistes même en per os et sous-utilisé par rapport aux recommandations Bapcoc,*
- de lincocin® (lincomycine) qui ne fait pas partie des recommandations des grands chapitres repris dans les recommandations de bonne pratiques Bapcoc (pas de place dans le système respiratoire et urogynécologique).*
- de ceftriaxone (rocephine®) qui a aussi une place limitée, qui pourrait rarement être utile dans un état infectieux grave qu'on veut lever quand on ne peut pas identifier le germe et qu'on ne veut pas hospitaliser ... mais alors on travaille « à l'aveugle ».*

*« (Sur la possibilité d'intraveineuse en maison de repos), effectivement dans la conjoncture actuelle de personnel qualifié et de présence effective de celui-ci (infirmier et médecins) ça me paraît inenvisageable et dommage.*

*J'ajouterais qu'il y a un risque de ne plus être dans l'usage rationnel des antibiotiques comme le préconise les recommandations Bapcoc. Avec les conséquences inquiétantes sur l'épidémiologie des résistances bactériennes*

*Il y a deux cas de figure. Des antibiotiques dont la nécessité (documentée !) seraient nécessaires et non administrables per os comme l'amoxicilline-acide clavulanique qui ne s'administre pas en intramusculaire, l'alternative au per os est l'intraveineux non disponible en ambulatoire et même si il l'était, impossible à réaliser pour les raisons de disponibilité de personnel. Pour les patients atteints de dysphagie et pour lesquels il faut des textures adaptées, les formes solubles ou les sirops existent ou bien il existe des guidelines pour les produits pouvant être broyés, il est vrai que ces guidelines et leur mise à jour sont souvent intra-réseau hospitalier et non disponibles en MRS.*

*A-t-on accès à un formulaire clair, validé et accessible des médicaments broyables ou administrables par sonde gastrique. Et si oui, est-ce utilisé ? Les documents viennent souvent des pharmacies d'hôpitaux et le dernier document que je possède vient de l'hôpital ... (voir annexe).*

Sites à consulter :

- <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=bapcoc+2021>
- <https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a/318#main>

nb : Ce médecin a été recontactée. Elle a pris une heure pour un échange fructueux. Elle a encore renvoyé un complément écrit. Ci-après, en italique les compléments écrits. Elle a confirmé la

possibilité de certaines intramusculaires qui peuvent déjà aider tout en soulignant que le spectre n'est pas large. En d'autres termes, pour les intramusculaires, le problème n'est pas qu'une question de remboursement, mais de déjà utiliser ce qui existe.

*« L'amoxicilline existe en intramusculaire, disponible en pharmacie d'hôpital également. Cette forme intramusculaire peut être utile en MRS quand on n'a pas besoin d'un large spectre.*

*Outre les formes sachets, il existe un sirop concentré d'amoxicilline. La prescription classique pour un adulte de poids moyen étant de 1 g 3 x par 24h. Il faut 30ml par jour, donc au minimum 2 flacons, voire 3. A doubler si on utilise les sirops à la concentration de 250mg par 5ml.*

*L'antibiotique lincocin® disponible en ambulatoire est parfois utilisé par les généralistes en intramusculaires alors qu'il n'y a pas d'enregistrement chez nous du médicament pour cette voie d'administration. Je viens de m'en apercevoir en rédigeant ceci ! Sur la monographie éditée par la firme Pfizer, il est proposé de l'utiliser en intramusculaires. De plus, aucune indication dans les guidelines pour les affections habituelles pour lesquelles on le voit parfois prescrit en MR-S (infections voies respiratoires quand le patient n'avale plus). Bref il n'a pas sa place ! »*

Comme bon nombre, elle pense que l'intraveineuse en MR-S n'est pas praticable actuellement, surtout avec la difficulté de trouver des infirmières. Elle pense quand même que l'usage de certaines intraveineuses en MR-S ne serait pas onéreux. Elle a donné l'exemple de l'acide clavulanique.

*« En ce qui concerne l'amoxicilline-acide clavulanique, il est bien utile en MRS par exemple si on décide de mettre sous antibiotique après fausse déglutition. Il nous faut alors un plus large spectre que l'amoxicilline, une forme parentérale (intraveineuse) de ce double antibiotique pourrait être utile si le patient ne peut pas avaler une forme orale même adaptée.*

*L'amoxicilline -acide clavulanique ne peut pas s'injecter en intramusculaire. Il faudrait donc disposer de la molécule injectable en intraveineuse en ambulatoire. Je pense savoir que toute molécule **non disponible** en officine peut être délivrée par une pharmacie d'hôpital. Reste les capacités techniques et humaines de placement et surveillance : mettre une perfusion **qui tienne** chez des patients âgés n'est pas si simple, administrer de manière régulière 3 à 4 x par 24 h à intervalle régulier .. Est-ce bien faisable ? Et si la perfusion saute, toutes les infirmières sont-elles capables de la replacer ? A l'hôpital lorsque les perfusions sautent ou si le patient est 'impiquable', une voie centrale est placée. Ça, c'est non faisable en MR-S.*

*S'il est néanmoins décidé de faire un traitement de cette manière, il n'est pas remboursé. Un traitement de 6 ou 9 jours (3g par 24 h) coûterait 2 ou 3 x 20 euros. »*

Elle a exprimé une grande incompréhension quant au fait que les généralistes ne prescrivent pas davantage en DCI. Ainsi, selon elle, une ordonnance en DCI avec mention de la durée du traitement permet d'avoir un antibiotique en forme sirop pédiatrique pour une durée suffisante au traitement d'un résidant. Pour les antibiotiques en sirop, la question du conditionnement n'est pas un vrai problème.

*« Afin d'éviter le calcul de combien de flacons prescrire pour couvrir la durée du traitement, ne sachant pas ce qui est disponible à la pharmacie, on peut prescrire en DCI (dénomination commune internationale) et noter la durée du traitement souhaité. J'ai trouvé sur le site de l'Inami l'explication de comment bien prescrire en DCI. Quasi jamais utilisé par les généralistes. »<sup>14</sup>*

Elle a aussi indiqué que l'administration de médicaments par sonde gastrique ne se limitait pas aux personnes en soins palliatifs et était une réalité dans sa maison de repos après une concertation avec l'hôpital.

---

<sup>14</sup> [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescrire-dci-regles-prescripteur.aspx#Comment\\_r%C3%A9digier\\_une\\_prescription\\_en\\_DCI\\_?](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescrire-dci-regles-prescripteur.aspx#Comment_r%C3%A9digier_une_prescription_en_DCI_?)

De façon plus globale, elle considère que la médecine générale en MR-S est améliorable. Un médecin qui vient en maison de repos a un temps de déplacement, un temps d'examen parfois plus long vu le type de patient ainsi qu'un dossier à compléter. Cela rend dans certains cas au moins la médecine moins « rémunératrice » que par exemple la consultation en Cabinet. Il en découle une inclinaison de certains Cabinets d'envoyer en MR-S le médecin « junior » sans nécessairement une supervision appropriée.

Ndlr : sans généralisation abusive, cela renvoie également à la vieille question de la culture gériatrique au sein du corps médical. Cela fait aussi penser à la situation de certains hôpitaux où c'est le stagiaire qui est en « première ligne ».

Dans le groupe de travail soins déjà évoqué, une circulaire est en discussion sur les soins en maison de repos Elle aborde notamment le règlement général de l'activité médicale. Sur ce point, Unessa, la coupole des MR-S associatives, a notamment fait le commentaire suivant quant à l'avant-projet. *« Il semble important de définir la fréquence minimale de passage des médecins traitants. Dans certaines maisons, certains ne passent plus durant plusieurs mois, même sur demande. Toute leur implication demandée (et normale) dans la suite du document ne peut alors avoir lieu, même pas la validation d'une directive donnée par téléphone »*. Sans se prononcer sur le fond de la proposition, elle est révélatrice d'un problème. A nouveau, sans généraliser, les doléances de professionnels du secteur sur le passage de certains généralistes en MR-S ne datent pas d'hier.

### 3.2. Directeur de maison de repos

#### 3.2.1. *« J'ai demandé leur avis aux infirmières-chef.*

*D'une part, elles me disent avoir souvent trouvé une solution pour administrer les antibiotiques per os, même quand il y a des troubles de la déglutition.*

*D'autre part, elles pensent que vu le risque qui n'est pas nul d'un incident suite à l'administration de l'antibiotique, et vu la charge de travail des infirmières, elles ne sont pas favorables au fait de faire peser sur les épaules d'une de celles-ci la surveillance du résidant ainsi que la gestion d'un éventuel souci, en l'absence probable d'un médecin. »*

#### 3.2.2. *« Voici notre retour d'expérience concernant la problématique des médicaments pour personnes dysphagiques :*

*L'usage des antibiotiques « sirop » (pédiatriques pour la plupart) fonctionne, mais tous les antibiotiques n'existent pas sous cette forme. De plus c'est beaucoup plus onéreux pour le résidant, car le dosage étant faible, on en consomme beaucoup plus.*

*Beaucoup de médecins donnent malheureusement pour ordre d'écraser les antibiotiques ou autres alors qu'ils ne sont pas « écrasables » et perdent une part de leurs propriétés. Ils se rebiffent quand la pharmacie ou le personnel infirmier le leur fait remarquer.*

*Reste l'hospitalisation... et dans ce cas nous avons une fois sur deux la super surprise de revoir notre résidant dysphagique rentrer à la MR avec une prescription ... d'antibiotiques... en gros comprimés ! »*

*« Ce n'est pas que le sirop est plus cher en tant que tel, c'est parce que le dosage est beaucoup plus faible lorsqu'il s'agit d'une forme pédiatrique et qu'il faut donc en utiliser beaucoup plus. De mémoire nous ne tenons que 2 jours avec une bouteille de sirop pour un résidant ! Là où pour un enfant une seule bouteille suffit pour toute la longueur du traitement.*

*En fait, c'est une problématique qui n'est absolument pas prise en compte par l'industrie pharmaceutique ! Également, certains sujets jeunes sont pratiquement incapables d'avaler de gros cachets. Il est possible également de demander à la pharmacie de faire des préparations sous une*

*autre forme avec le bon dosage, mais visiblement ça leur coûte très cher (commande de molécules en quantité pour peu d'usage) et ils répercutent donc la perte sur le prix du médicament.*

*C'est un marché dans lequel les grosses entreprises pharmaceutiques devraient se lancer ! Etonnant qu'aucun ne l'ait fait car il y a un marché dans lequel se lancer ! »*

3.2.3. De façon subséquente, un Directeur Accueil et hébergement des aînés<sup>15</sup> a réagi à une première version de la note.

*« Dans le cadre de la recommandation au médecin coordinateur et conseiller, il pourrait être précisé 3 points :*

- sensibilisation des médecins traitants à la problématique ;*
- suivi de la problématique par le médecin coordinateur et conseiller avec les médecins traitants ;*
- instauration d'un formulaire thérapeutique comme dans les hôpitaux, soit une liste de médicaments couramment utilisés au sein de la MR et de privilégier dans cette liste les formes les plus adéquates plutôt que les obus.*

*La proposition d'intraveineuse est difficilement réalisable tant pour la mise en place qui nécessite une pratique courante afin que l'acte soit bien fait et confortable. Par ailleurs la surveillance de ce type de traitement doit être faite par une infirmière et cela me semble particulièrement compliqué à mettre en place au vu de la présence infirmière en MR- S avec une difficulté la nuit où souvent il n'y a qu'une infirmière au vu de la taille moyenne des structures ».*

3.2.4 Dans un deuxième temps également, la réaction sur une première mouture du document d'une ancienne directrice active aujourd'hui dans le domaine des soins palliatifs :

*« Je suis assez d'accord avec les différents éléments rapportés par les différents interlocuteurs. Le fait d'écraser est toujours sujet à polémique, car modifie le lieu d'action et le temps de réaction de la molécule.*

*Contexte et développements accompagnés des aspects législatifs et financiers. Rien à ajouter.»*

### **3.3. Infirmière-chef**

*« Je suis d'accord sur le principe que l'intraveineuse est économiquement intéressante pour le pensionnaire puisque cela diminue fortement le nombre d'hospitalisations, mais lorsque nous devons passer en antibiotique en intraveineuse, c'est que le résidant ne va vraiment pas bien et cela demande un suivi plus important. Effectivement, il est de plus en plus compliqué d'avoir des antibiotiques en intramusculaires. Il n'y a plus de remboursement pour ce type de voie d'administration. C'était pourtant la solution la plus confortable pour des résidants grabataires.*

*Concernant les antibiotiques « obus », c'est effectivement un peu compliqué. Ils ne doivent normalement pas être écrasés. Il existe certains antibiotiques qui peuvent être dissous dans l'eau, type clavucide, qui sont plus faciles à administrer. »*

Nb : Cette infirmière-chef a été recontactée. Elle a confirmé que l'usage d'antibiotiques dissous en eau limite les problèmes. Elle a aussi observé que les antibiotiques en intramusculaires étaient remboursés sans problème il y a 4-5 ans, mais que ce n'est plus cas aujourd'hui. Cela découlerait d'une réforme de la Ministre De Block sur les médicaments. Selon elle, quatre doses en intramusculaire coûtent aujourd'hui de l'ordre de 400 euros à charge du résidant et un antibio per os environ 2,91 euros. Elle a aussi évoqué qu'il y a déjà eu un débat sur la possibilité d'intraveineuse en MRS.

---

<sup>15</sup> Dans des CPAS ou intercommunales gérant plusieurs maisons de repos, il est courant qu'un Directeur ou coordinateur supervise les différents Directeurs.

### 3.4. Gériatre

Une première version de la note a été envoyée à un gériatre. Ci-dessous l'échange verbal résumé dans ses grandes lignes avec les « observations » de la Fédération des CPAS.

*« La problématique des médicaments aux dysphagiques ne concerne pas que les antibiotiques ».*

C'est exact, mais c'est déjà un « gros morceau ». Si on traite trop de problèmes ensemble, on risque de les empiler et de rester « écrasé » par tout ce qui fait difficulté, sans amorce d'avancée vers des solutions. La démarche est de ce fait analytique, mais pourrait être élargie sur certains aspects.

*« La dysphagie renvoie à d'autres choses que les antibiotiques. Il y a aussi le rôle de la logopède qui peut intervenir notamment pour bien positionner les patients avec la difficulté de trouver des logopèdes suffisamment formées à la dysphagie et plus orientées vers l'aphasie. Dans son hôpital, l'usage du canard, inapproprié, a été proscrit et on recourt dorénavant à des gobelets crantés. De même une diététicienne est intéressante pour les textures afin d'éviter une uniformisation/lassitude au moment du repas. »*

C'est tout à fait pertinent. La Fédération des CPAS plaide de longue date la présence financée d'un logopède et d'une diététicienne pour mieux répondre à l'enjeu de l'alimentation notamment aux personnes dysphagiques avec troubles cognitifs. Cette demande est reprise pour la xième fois dans la note GT encadrement.

*« Il faut davantage réfléchir au trajet de soins et au travail pluridisciplinaire. Pourquoi isoler la MRS du trajet de soins ? Dans ce type de problématique, pourquoi ne pas envisager le conseil d'un gériatre, du pharmacien, voire d'un infectiologue ? Quand la fonction de gériatre a été créée, il y a eu une levée de boucliers d'une partie du monde médical. « Les pédiatres nous ont pris les enfants ; les gynécologues les femmes ; les gériatres vont nous prendre les vieux ». Ce débat est dépassé et il n'y a que 300 gériatres pour 12 000 généralistes. Il est d'ailleurs moins prégnant avec les jeunes médecins. À cet égard les avis 3.1.5. et 3.1.6. sont plus « équilibrés ». En particulier, pourquoi pas d'intraveineuses en MR-S ? Il y a quand même la notion de soins et des expériences d'hospitalisation à domicile avec notamment des intraveineuses. Un dialogue avec l'Aframeco et la Société de gériatrie serait intéressant. Il aurait été souhaitable que la société de gériatrie soit dans le GT soins Plus généralement, il y a tout le problème de la communication entre les acteurs du trajet de soins ».*

Effectivement, il y a eu une levée de boucliers par rapport aux gériatres et le débat a perdu en intensité. La piste intraveineuse a été proposée. C'était une intuition de base. Elle est majoritairement refusée par le terrain vu notamment le problème de la disponibilité infirmière. L'Aframeco sera concertée et la Société de gériatrie peut l'être sans « problème ». La composition du GT soins est un choix politique et l'Aframeco y siège.

### 3.5. Pharmacien

La Directrice mentionnée au 3.2.2. a demandé à sa pharmacienne :

- un comparatif de coût 'antibiotique sirop' et 'antibiotique comprimé' sur une durée moyenne de traitement
- une liste non exhaustive des antibiotiques les plus courants et leurs diverses formes d'administration.

Le sirop revient à +/-150% du prix de la version comprimé dans l'exemple.

*« Voici l'information au sujet des antibiotiques. J'ai choisi comme exemple une semaine de traitement sous Augmentin 875 (= antibio le plus vendu).*

Pour un adulte avec un statut normal à la mutuelle :

1 comprimé 875 3x / jour pdt 1 semaine (1 boîte de 20 comprimés) revient à 6 euros.

17,5 ml de sirop dosé à 250 mg / 5 ml 3x / jour (4 bouteilles) revient à 9.36 euros (4 x 2.34 euros).

Pour info, 17,5 ml correspondent à 1 cuillère à soupe + 1/2 cuillère à café.

Il existe comme antibiotiques sirops :

- Amoclave (Augmentin),
- Amoxicilline (Clamoxyl),
- Zinnat,
- Biclar,
- Azithromicine (Zitromax). »

Nb : Vu les ordres de grandeur, l'argument du surcoût de la forme sirop perd en pertinence.

#### 4. PROPOSITIONS

En l'état de l'information et réflexion, quatre orientations sont esquissées quant au traitement antibiotique à des résidants dysphagiques.

##### 4.1. Région wallonne - Projet de circulaire soins - Recommandation pour le MCC

Un projet de circulaire soins va être discuté au niveau du groupe travail soins de la Région wallonne qui va se réunir trois fois de septembre à décembre 2022. Y siègeront des représentants du secteur, de l'Aviq, des Mutualités, des syndicats ainsi que de l'Aframeco. C'est un choix politique.

Ce projet aborde notamment le rôle du médecin coordinateur et conseiller. Le problème pourrait être abordé dans ce cadre. Ci-dessous, une esquisse d'amendement s'inspirant des retours reçus et à « affiner » notamment en termes de terminologie médicale. Une proposition « équivalente » pourrait être faite à Bruxelles.

Dans cette perspective, un rapport du KCE de 2019 formule des propositions pour une politique antibiotique plus efficace. Il propose de développer la gestion de l'antibiothérapie dans les maisons de repos afin d'améliorer l'usage prudent des antibiotiques et de lutter contre la résistance aux antimicrobiens. Il note que « *comme chaque résidant peut choisir son propre généraliste, différentes pratiques coexistent au sein d'un même établissement* ». Il préconise que le rôle du médecin coordinateur et conseiller soit adapté dans cette perspective<sup>16</sup>.

« 4° la politique de soins (programme de dépistages, de vaccination...). Pour ce qui est des médicaments, le médecin coordinateur et conseiller sensibilisera à leur usage rationnel.

*Bon nombre de résidants de maisons de repos sont dysphagiques et plus particulièrement des personnes avec des troubles cognitifs. Déjà surchargés par leurs médications habituelles, l'ajout d'antibiotiques per os, surtout les gros comprimés, ne sont pas aisés à être absorbés par des aînés dont la déglutition n'est plus optimale. Il est judicieux de choisir des formes sirop ou poudres à diluer chez les patients présentant des troubles de la déglutition. Les comprimés étant souvent pelliculés, le broyage de ceux-ci fait perdre des avantages indéniables, la pellicule qui les recouvre étant souvent choisie pour que la résorption du comprimé se fasse au bon endroit dans le tube digestif. En vue d'un usage rationnel des médicaments pour le bien-être des résidants, il faut dès lors préférer :*

<sup>16</sup> Roos Leroy, Wendy Christiaens, Charline Maertens de Noordhout, Germaine Hanquet, *Propositions pour une politique Antibiotique plus efficace en Belgique*. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 311B, p. 23.

- les formes poudre ; ce qui permet aussi au résidant de boire ;
- des formes sirop avec alors un dosage et une prescription adaptés en conséquence.

*Dans ce contexte, en vue d'un usage rationnel des médicaments pour le bien-être des résidents, il est souhaitable qu'il y ait une prise ou davantage de conscience quant à la difficulté de l'ingestion d'antibiotique per os ainsi qu'au recours dès lors à des formes plus facilement ingérables. Cela vaut tant au niveau des médecins traitants que des infirmières qui interagissent avec ceux-ci.*

*Il est dès lors vivement recommandé que le médecin coordinateur, dans le cadre de sa compétence sur l'usage rationnel des médicaments, sensibilise ses confrères, en tant que prescripteur, et les infirmières, responsables de l'administration des médicaments, à la galénique la plus adaptée à la situation clinique du résident. Cette action peut se concrétiser par une sensibilisation générale à la problématique, un suivi de celle-ci, la mise à leur disposition des recommandations Bapcoc ainsi qu'un document de médicaments broyables ou administrables pas sonde gastrique, l'instauration d'une liste de référence d'antibiotiques couramment utilisés au sein de la maison en vue de favoriser l'usage de la forme la plus appropriée plutôt que celle per os pour les résidents dysphagiques*

*Chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins dispose par ailleurs d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie. Celle-ci porte notamment sur l'efficacité et l'efficience des soins et services offerts ainsi que du fonctionnement. L'administration des antibiotiques aux résidents avec dysphagie peut bien entendu être abordée dans ce programme ».*

*Par ailleurs, le médecin coordinateur et conseiller met à disposition des services une liste actualisée des médicaments que l'on peut écraser ou non et des alternatives. Par exemple : [https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/tab\\_couper\\_ecraser.pdf](https://pharmacie.hug.ch/infomedic/utilismedic/tab_couper_ecraser.pdf)<sup>17</sup>*

## **4.2. Fédération Wallonie-Bruxelles - Formation des médecins traitants**

En toute généralité, agir en amont de façon préventive est efficace et efficient. Outre la sensibilisation par le MCC, un accent sur ce point dans la formation de base des médecins généralistes et/ou leur formation continuée (compétence fédérale ?) serait utile et est, partant, à recommander.

## **4.3. Fédéral - Prescription de forme sirop ou poudre et remboursement des intramusculaires**

A ce niveau, le principal interlocuteur est le Ministre des Affaires sociales et l'Inami. D'autres acteurs pourraient être sensibilisés comme la SSMG, les Mutualités, l'Aframeco voire Respect Senior, vu la dimension « bientraitance ». Notons que la Fédération des CPAS va siéger à partir de septembre 2022 dans le conseil d'Administration de Respect Seniors.

Il serait également intéressant d'interpeller la Commission parlementaire compétente. Une démarche type « carte blanche » est aussi une option.

Le volet fédéral serait aussi à reprendre dans le mémorandum de la Fédération des CPAS.

### **4.3.1. Prescription de forme sirop ou poudre**

Les antibiotiques en sirop sont une solution. Toutefois, comme ils sont prévus pour des enfants, ils ne permettent apparemment qu'un traitement de deux jours et les médecins traitants semblent prescrire le plus souvent un seul « flacon » enfant.

<sup>17</sup> Cette dernière mention reprend une proposition faite par l'Aframeco dans le groupe de travail soins.

Techniquement, une option serait d'avoir des sirops en forme « gériatrique » outre ceux à forme pédiatrique. Cela suppose un nouveau conditionnement proposé par l'industrie pharmaceutique ou en préparation magistrale<sup>18</sup>. Cela paraît difficile à court terme, mais peut être mis sur la table.

Pour parler clair, l'industrie pharmaceutique est lucrative et l'augmentation du nombre d'aînés est un marché en croissance pour ces entreprises. Il est curieux qu'elle n'ait pas développé d'initiative des sirops gériatriques. Est-il plus rentable de vendre des médicaments per os au coût de recherche déjà largement amorti ? Les sirops gériatriques ne sont-ils pas une opportunité de gamme pour des firmes « outsiders », notamment celles développant des génériques ?

Pragmatiquement, si déjà les médecins traitants prescrivaient davantage des antibiotiques en forme poudre ou sirop avec une durée de traitement et une posologie adaptés à un patient gériatrique, ce serait un progrès. Une prescription en DCI avec mention de la durée du traitement est en tous les cas une option pour les sirops pédiatriques. Il est perturbant qu'elle soit apparemment peu activée.

Or, une hospitalisation avec transport en ambulance coûte cher et la volonté politique depuis 1982 est de « déshospitaliser »<sup>19</sup>. En outre, une personne avec troubles cognitifs déplacée en hôpital est en stress, perd ses repères, mange moins et peut connaître un syndrome de glissement.

En termes de santé publique, il y a une recommandation d'un usage prudent des antibiotiques afin d'éviter le développement de germes résistants. Injecter un antibiotique en intraveineuse alors qu'une forme sirop administrée en temps utile aurait suffi est-il cohérent avec cette recommandation ?

#### **4.3.2. Remboursement des intramusculaires**

L'administration d'antibiotique en forme intramusculaire a longtemps été pratiquée. Elle n'est pas possible pour tous les résidents et notamment ceux qui ont des problèmes de coagulation. Certains antibiotiques ne s'administrent tout simplement pas en intra-musculaire.

Selon nos informations, il y a eu un déremboursement décidé par Madame De Block, qui rend cette forme onéreuse, voire prohibitive pour les familles en maison de repos. Toutefois, il reste des possibilités. Elles sont activées ou pas selon le généraliste et la MR-S, avec apparemment un spectre plus « étroit ».

De facto, en l'état de notre information, cela aboutit dans une série de cas au moins à l'intraveineuse et partant à l'hospitalisation.

Sous réserve de vérification de ce qui précède, le Fédéral pourrait être interpellé pour réinstaurer un remboursement au moins partiel des intramusculaires au bénéfice de patients gériatriques.

#### **4.4. Fédéral et Régional - Les intraveineuses**

La majorité des retours reçus donnent à penser que ces intraveineuses sont difficilement praticables voire risquées en MR-S. En l'état actuel de notre information, elles paraissent difficilement possibles dans ces maisons et à pratiquer en hôpital en raison notamment de la surveillance infirmière, du matériel ainsi que de la possible intervention médicale qu'elles requièrent ou peuvent requérir.

Un MCC répond toutefois qu'il y a dans certains cas des intraveineuses dans « sa » maison de repos. Il renvoie à ce niveau au projet de soins personnalisés anticipés et à l'avis de la famille ainsi que de l'équipe de soins tout en argumentant sa « claire préférence » pour l'hospitalisation (cf. supra

<sup>18</sup> [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/magistrales/Pages/default.aspx#:~:text=Une%20pr%C3%A9paration%20magistrale%20est%20un,patient%20d%C3%A9termin%C3%A9%20\(patient%20non%20hospitalis%C3%A9\)](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/magistrales/Pages/default.aspx#:~:text=Une%20pr%C3%A9paration%20magistrale%20est%20un,patient%20d%C3%A9termin%C3%A9%20(patient%20non%20hospitalis%C3%A9))

<sup>19</sup> Sur ce point, Bernard Delvaux, *Les hôpitaux en Belgique, Évolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière*, Courrier hebdomadaire du CRISP 1986/35-36 (n° 1140-1141), p. 9.

2.1.5.). Le gériatre consulté a une vue similaire en mettant en avant les expériences d'hospitalisation à domicile.

En tous les cas, l'option intraveineuse n'apparaît pas « prioritaire » et devrait être à tout le moins davantage documentée et « investiguée ».

## **5. POUR MEMOIRE - RÉGION WALLONNE - NUTRITION - LOGOPÈDE ET DIÉTÉTIEN**

Complémentaire aux quatre orientations qui précèdent, les propositions de la Fédération des CPAS en matière de nutrition sur le logopède et le diététicien sont rappelées<sup>20</sup>. Elles sont en lien mais ont une portée plus large.

Dans une enquête menée en 2013 au niveau belge dans les maisons de repos, 50 % des personnes âgées de plus de 70 ans présentaient un risque réel de dénutrition. En outre, 13 % des sondés étaient effectivement en état de dénutrition.<sup>21</sup>

Les résidents dénutris présentent souvent un risque de déglutition. Une thérapie de la déglutition par une logopède est une réponse dans ce type de situation. Les prestations de logopédie sont comprises dans le forfait, mais ne sont pas couvertes financièrement par celui-ci.

L'intervention d'un diététicien peut contribuer à améliorer significativement la nutrition en maison de repos. La demande de la désignation avec financement d'un diététicien et d'un logopède en maison de repos a été soutenue au niveau de l'Aviq à plusieurs reprises, mais n'a pas abouti à ce jour.

La Fédération des CPAS demande dès lors :

- une norme financée pour la logopédie de 0,2 ETP par 30 résidents MR ou MRS en perte d'autonomie (A, B, C, Cd et D) avec possibilité d'un contrat d'entreprise ;
- une norme financée pour un diététicien de 0,1 ETP par 30 résidents MR ou MRS avec possibilité d'un contrat d'entreprise.

A titre indicatif, dans le cadre du budget 2023, les estimations suivantes ont été faites :

<b>Mesures - Panier prioritaire</b>	<b>Coût estimé (en euros)</b>
1. Norme en logopédie spécifique tant en MRPA qu'en MRS	<b>14.442.530 €</b>
2. Financement d'un diététicien	<b>9.300.000 €</b>

L'état des finances régionales déjà « fragile » avant la crise de la Covid et plus encore après cette crise et les inondations implique des marges restreintes. Selon la Cour des comptes, entre 2019 et 2021 en raison des inondations et de la crise sanitaire, les dépenses ont progressé de 25,5 % alors que les recettes n'augmentaient que de 4,8 %. Dans ce contexte, il paraît peu probable de dégager un volant de 23,7 millions.

Il y a 44 % de personnel soignant en plus que la norme financée et cela a augmenté de 3,3 % en deux ans. Il y a 6,4 ETP aide-soignant par 30 résidents pour 1,5 ETP réactivation<sup>22</sup>. Avoir un peu moins de personnel soignant ne mettrait pas en péril le respect de la norme aide-soignant. Avoir

<sup>20</sup> Elles étaient déjà dans le mémorandum régional de 2019.

<sup>21</sup> Nutri action II.

<sup>22</sup> On entend par personnel de réactivation, les personnes visées par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées ainsi que les personnes exerçant une fonction de réactivation (...) dans les maisons de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou les centres pour lésions cérébrales acquises. Ce sont notamment les logopèdes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, éducateurs et psychologues.

plus de personnel de réactivation plutôt que soignant de façon structurelle augmenterait le niveau et la diversité des qualifications en maison de repos. Cela pourrait aussi aider pour partie à rencontrer la demande la Commission dépendance d'avoir un diététicien et un logopède dans chaque maison sans fixer une norme générale. Le coût est limité puisque la différence du coût moyen aide-soignant vs membre du personnel de réactivation est de l'ordre 8 500 euros.

A titre illustratif, en moyenne, si l'on table sur un glissement de 0,4 ETP par 30 résidents au niveau du secteur en moyenne, cela implique un changement de l'ordre 1 ETP par maison pour un coût total de 4,5 millions. Une telle dépense n'est pas insurmontable pour la Région.

## **6. CONSEILS GÉNÉRAUX POUR L'ALIMENTATION D'UN PATIENT DYSPHAGIQUE**

- Veiller à la bonne hygiène buccale (adaptation et port des prothèses dentaires, soins de bouche).
- Environnement calme sans distraction (pas de TV, radio, conversation, etc.).
- Position assise tête légèrement inclinée vers l'avant.
- S'asseoir au même niveau que le patient s'il faut lui donner à manger.
- Respecter le rythme du patient.
- Utiliser un verre, une tasse ou une paille mais ne pas autoriser la déglutition à la bouteille ou au verre « canard » qui induit une position cervicale vicieuse.
- Privilégier des boissons froides ou chaudes pour stimuler le système nerveux central.
- En fin de repas, vérifier l'absence de résidus dans la bouche -être vigilant lors de la prise des médicaments (broyer le comprimé si nécessaire et si cela est autorisé, ou préférer une forme « sirop » ou effervescente)<sup>23</sup>.

\*\*\*

---

<sup>23</sup> Sophie Allepaerts, Sandrine Delcourt, Jean Petermans, op. cit.



Union des Villes  
et Communes  
de Wallonie asbl

Rue de l'Étoile 14 - 5000 Namur  
[www.uvcw.be/espaces/CPAS](http://www.uvcw.be/espaces/CPAS)



**BRULOCALIS**  
ASSOCIATION VILLE & COMMUNES DE BRUXELLES  
VERENIGING STAD & GEMEENTEN VAN BRUSSEL

Rue d'Arlon 53/4 - 1040 Bruxelles  
[www.brulocalis.brussels](http://www.brulocalis.brussels)