UNIVERSITE PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012 N°

THÈSE

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par
Mme Anne-Laure POMEL HAQUIN
née le 21 février 1981 à Antony

Présentée et soutenue publiquement le 25 janvier 2012

Les personnes âgées de 75 ans et plus et leurs médicaments.

Etude à domicile d'une population de 99 personnes.

JURY :

Présidente du Jury : Madame le Professeur Frédérique NOEL
Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Jean-Claude SCHWARTZ
Monsieur le Professeur Rissane OURABAH
Monsieur le Docteur Tristan CUDENNEC

Résumé

Compte tenu du vieillissement de la population, les 75 ans et plus constituent désormais un enjeu de santé publique. L'augmentation des polypathologies avec l'âge se traduit chez eux par une très forte polymédication. Cette dernière permet en effet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de diminuer la morbimortalité de leurs pathologies, mais induit aussi le risque d'incidents iatrogènes ainsi que des coûts croissants pour la Sécurité Sociale.

Afin de caractériser au mieux cette population assez peu étudiée, nous avons opté pour une étude mixte : un entretien à domicile avec chaque patient basé sur un questionnaire associé à des tests pratiques.

Ainsi, ce travail étudie non seulement les données démographiques mais aussi la gestion médicamenteuse (consommation médicamenteuse, observance, pratiques d'automédication, organisation de leur pharmacie familiale et rôle du pharmacien).

Malgré un manque de puissance statistique, nous avons ainsi pu dégager des tendances afin de proposer quelques pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge et l'observance de ces patients.

Mots clefs : personnes âgées, polymédication, pharmacien, gestion médicamenteuse, pharmacie familiale, médicaments

---

Abstract

Given the aging of the population, people who are 75 years old or more have become a Public Health issue. The increase of polypathology with ageing induce a high polymedication which can improve the quality of life of the elderly and reduce the morbidity and the mortality of their diseases. However it can also induce adverse drug events and increased costs for the Social Security.

In order to better characterize this population, which has been little studied, we chose a mixed study: an indoor interview associated with practical tests.

So, this work studies demographic data but also drug management (drug consumption, compliance, self-medication, family pharmacy organization and pharmacist role).

Despite a lack of statistical power, we found tendencies and thus we could propose a few lines of thought to improve the support and the compliance of this population.

Key Words: Elderly, polymedication, pharmacist, drugs, drug management, family pharmacy

---

Faculté de médecine Paris Descartes,

15 rue de l'école de medicine, 75270 Paris cedex 06

Remerciements

A Madame le Professeur Frédérique Noel pour avoir accepté la présidence de ce jury de thèse et pour son soutien,

A Monsieur le Docteur Jean-Claude Schwartz pour avoir dirigé mon travail de thèse, pour son soutien permanent tout au long de cette étude et pour ses conseils toujours pertinents,

A Monsieur le Professeur Rissane Ourabah pour avoir accepté de participer à mon jury à la dernière minute et ainsi d'avoir sauvé ma soutenance,

A Monsieur le Docteur Tristan Cudennec pour avoir eu la gentillesse de participer au jury de thèse,

A Monsieur le Professeur Jacques Blacher qui n'a malheureusement pas pu assister à ma soutenance,

A Monsieur le Docteur Andronikof qui m'a laissé du temps pour finir de rédiger ce travail,

A Madame le Docteur Marie-Pierre Lang pour ses précieux conseils et encouragements en tant que tutrice,

A Madame Salinesi et Monsieur Fouillé, pour leur gentillesse et leur compréhension

A Audrey, Néji et Sébastien, mes compagnons dans cette étude

Aux Docteurs Archer, Avramov, Cosnard-Simon, Keryer et Klein de m'avoir accueillis dans leur cabinet (parfois très longuement) et d'avoir accepté de participer à ce travail

A leurs patients que je ne peux nommer, pour leur participation, leur accueil et leur gentillesse

A Jean-Baptiste, mon mari, pour sa patience infinie, son soutient indéfectible … et surtout sa maîtrise d'Excel,

A mon père, mon premier relecteur, pour ses encouragements et ses corrections et suggestions, toujours intéressantes,

A ma mère pour ses conseils, son soutien inconditionnel et ses corrections avisées,

A mon frère, qui m'a soutenu par la pensée pendant ces longues années d'études et la rédaction de ce travail.

Sommaire

Remerciements ... 1
Sommaire ... 2
Introduction ... 4
I Généralités ... 4
A) Une population vieillissante ... 4
B) Les modifications physiologiques dûes au vieillissement ... 5
C) La polymédication chez les personnes âgées ... 8
D) Un enjeu de santé publique ... 9
II La prescription chez le sujet âgé ... 10
A) Une population peu étudiée ... 10
B) Règles de prescription/ rôle du médecin ... 11
C) Amélioration de la prescription à l'échelon collectif : les guidelines officielles ... 12
D) Des étapes de réévaluation afin d'améliorer la prescription ... 13
III La personne âgée et ses traitements ... 15
A) Rapport entre le médicament et la personne âgée ... 15
B) Automédication ... 17
C) La pharmacie familiale ... 19
IV Etude de l'observance ... 20
A) L'observance chez la personne âgée ... 20
B) Les modalités d'études ... 22
C) Modalités de notre étude ... 23
Matériels et Méthodes ... 25
I Population ... 25
II Critères d'inclusion, et d'exclusion ... 25
III Questionnaire ... 25
A) Lettre d'information, Formulaire de Consentement (annexe 2) ... 25
B) Questionnaire théorique (annexe 3) ... 26
C) Questionnaire pratique (annexe 4) ... 26
IV Protocole ... 26
A) Randomisation ... 27
B) Inclusion ... 27
C) Etude des données ... 27
Résultats ... 29
I Renseignements généraux sur la population étudiée ... 29
A) Données démographiques : ... 29

B) Mode de vie 30
C) Etude des fonctions cognitives 31
D) Etude des capacités physiques 32
II Etude des relations avec les traitements médicamenteux 33
A) Implication du patient 33
B) Consommation médicamenteuse 36
C) Pharmacie 37
D) Automédication 37
E) Utilité du pharmacien 39
A propos des entretiens 41
A) Caractéristiques de la population 41
B) Relation entre la personne âgée et ses médicaments 42
Discussion 43
I Principaux résultats 43
A) Caractéristiques de la population 43
B) Fonctions supérieures et locomotion 43
C) Relation avec les traitements : 44
D) Relation avec le médecin et le pharmacien 46
II Intérêts et limites de l'étude 46
III vers une meilleure prise en charge ? 48
A) Une organisation en réseaux : 48
B) Une prescription plus sûre : 48
C) La déprescription : 49
Conclusion 51
BIBLIOGRAPHIE 56
ANNEXES 62
ANNEXE 1 : Indicateurs de pratique clinique, programmes et messages clés (PMSA), 31/03/10 HAS 62
ANNEXE 2 : Lettre d'information et formulaire de consentement 64
ANNEXE 3 : Questionnaire théorique 69
ANNEXE 4 : Questionnaire pratique 78
ANNEXE 5 : Résultats bruts du questionnaire théorique 80
ANNEXE 6 Résultats bruts du questionnaire pratique 82

Introduction

Ce travail appartient à un projet mené conjointement par quatre internes de médecine générale. Notre objectif est d'étudier l'observance réelle des personnes âgées polymédiquées considérées comme autonomes dans leur prise médicamenteuse : Néji Azouz s'intéresse aux déterminants de mauvaise observance, Sébastien Morino à l'adéquation entre la vision du médecin traitant et l'observance réelle de ses patients et Audrey Biron élabore un questionnaire destiné à discriminer rapidement les patients autonomes. Ma thèse est axée sur l'étude de cette population, et a donc pour objectif de préciser ses caractéristiques et ses relations avec ses traitements.

Mais pourquoi cette étude ? L'augmentation de l'espérance de vie a conduit à un accroissement continu de la population sénior ; de façon concomitante, l'incidence des polypathologies et des polymédications augmente avec l'âge, entrainant effets secondaires et risques iatrogènes, ce qui en fait un enjeu de santé publique.

Pour prendre en charge cette population d'une façon adaptée, il est nécessaire de connaître ses caractéristiques propres et donc d'étudier en détail cette population.

I Généralités

A) Une population vieillissante

Le vieillissement de la population française explique l'acuité croissante de la question du traitement médical des personnes âgées. D'après l'INSEE (1), la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus devrait presque doubler d'ici 2050, à 16% de la population française contre 8,9% fin 2010.

Cette progression s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie, prédominante dans la population féminine : ainsi celle d'une personne de 60 ans est passée de 19,7 ans pour un homme et 25 ans pour une femme en 1994 à 22,4 ans pour un homme et 27,2 ans pour une femme en 2010.

Ainsi en vieillissant, la population française se féminise : 6,8% des français ont plus de 75 ans, contre 10,9% des françaises (2). Plus particulièrement à Paris, on dénombre 117 768 hommes et 191 435 femmes, soit respectivement 5,4% et 8,7% des parisiens (3).

En tant que patients les personnes âgées constituent un public avec des caractéristiques propres, qu'il est nécessaire de déterminer et de connaître afin d'en assurer la meilleure prise en charge.

B) Les modifications physiologiques dûes au vieillissement

Le vieillissement normal s'accompagne de multiples modifications physiologiques ayant plus ou moins d'incidence sur les activités quotidiennes. La fonction de la quasi-totalité des organes se dégrade avec le vieillissement.

Les modifications du système cardiovasculaire

L'ensemble des modifications du système cardiovasculaire est bien décrit dans la littérature (4). Avec l'âge, l'incidence de certaines pathologies comme l'hypertension artérielle, les pathologies coronariennes ainsi que les accidents vasculaires cérébraux augmente, ce qui est source d'une importante morbi-mortalité. Au niveau vasculaire, la sénescence s'accompagne d'une diminution de la capacité de dilatation des vaisseaux secondaire aux altérations dégénératives de la matrice extracellulaire, ainsi que de l'apparition de sclérose des troncs artériels.

Il existe une dégénérescence du nœud sinusal et de la conduction auriculo-ventriculaire, responsable de l'accroissement des extrasystoles supra ventriculaires et des fibrillations auriculaires à partir de 75 ans (4). La fonction systolique du ventricule gauche n'est pas altérée, de même que la fraction d'éjection systolique ou le débit cardiaque au repos. En revanche, la paroi du ventricule gauche s'épaissit, ce dernier devient ainsi moins compliant, ce qui s'accompagne d'une altération de sa fonction diastolique (5).

Les modifications du système nerveux central

Lors du vieillissement, on observe une diminution du cerveau en poids et en volume, ainsi qu'une dégénérescence neuronale et myélinique conduisant à une altération et une diminution de vitesse de la conduction de l'influx nerveux, ce qui augmente le temps de

réaction. On observe aussi la diminution du nombre de dendrites et de synapse. Le système cholinergique est le plus fréquemment et le plus précocement touché par ce déclin.

Ces modifications s'accompagnent alors de troubles de l'équilibre et de la proprioception (par augmentation du temps de conduction nerveuse des nerfs périphériques), de syndromes dépressifs, d'altération de l'humeur, ou de la mémoire prédominant sur la mémoire immédiate, de maladies neuro-dégénératives mais aussi d'altération du sommeil (fragmenté, survenue de multiples micro éveils) (4, 6).

Les modifications de l'appareil urinaire

Au plan rénal, le nombre et la fonctionnalité des néphrons diminuent, ce qui provoque une diminution du débit de filtration glomérulaire (4). La clairance de la créatinine ne peut qu'être extrapolée à partir de formules validées par la littérature : celle de Cockcroft qui la sous-estime de 2mL/min/1,73 m² et la formule MDRD (Modification of the Diet in Renal Disease) qui la surestime de 1mL/min/1,73 m².

De même la capacité de diluer ou de concentrer ses urines est altérée, surtout dans des conditions de déshydratation ou de surcharge hydrosodée. La fonction endocrine du rein est elle aussi perturbée : baisse de synthèse d'érythropoïétine ou d'hydroxylation de la vitamine D (6).

Les effets sur la miction sont plus complexes : sans provoquer à eux seuls des troubles mictionnels, ils en facilitent la survenue en cas de pathologie intercurrente. Le résidu post mictionnel augmente avec l'âge, la capacité de la vessie, elle, diminue de même que la sensation de plénitude vésicale chez la femme âgée. De plus, la fonction urétérale se modifie avec un retentissement variable selon les individus, chez les femmes par altération de la compliance urétérale et chez les hommes via l'hypertension bénigne de prostate (6).

Les modifications des organes des sens

En ce qui concerne les organes des sens, les plus touchés sont la vue et l'ouïe (4, 6).

Le vieillissement s'accompagne d'une modification de la totalité des composants du globe oculaire : diminution de la courbure et de la transparence de la cornée, de la transparence et de la déformabilité du cristallin, vieillissement de la rétine avec diminution du nombre de cônes et de bâtonnets. Ainsi on constate une diminution de l'acuité visuelle, de la sensibilité aux

contrastes, un rétrécissement du champ visuel et de la perception des couleurs, une presbytie, et parfois des pathologies liées à l'âge comme la cataracte ou la DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge).

L'altération de l'audition est aussi prépondérante dans la vie des personnes âgées et les empêche de discriminer les paroles ou certains sons dans un environnement bruyant. La diminution des cellules ciliées internes et externes de la cochlée, des cellules ganglionnaires et des fibres nerveuses sensitives conduit à une presbyacousie bilatérale portant sur les sons à haute fréquence.

Enfin, la personne âgée a un odorat moins développé, et a plus de difficulté à identifier les odeurs qu'une personne jeune. Cela s'associe aussi à des troubles du goût (augmentation du seuil de détection gustative, prédominance pour le salé ou l'amer), qui mènent souvent à l'apparition d'une anorexie et donc d'une dénutrition.

Les modifications du système musculo-squelettique

L'arthrose est une source de plainte récurrente chez les personnes âgées. Elle résulte d'un déséquilibre entre les fonctions anabolique et catabolique (synthèse et destruction de la matrice extracellulaire) du cartilage articulaire (4). De plus l'ostéoporose est majorée par des facteurs hormonaux (ménopause) mais aussi environnementaux (intoxication tabagique ou alcoolique, apport calcique insuffisant, manque d'activité physique). De plus, la résistance mécanique des os des personnes âgées est diminuée, et ce indépendamment de l'ostéoporose (6).

La masse musculaire diminue avec l'âge. Cette sarcopénie s'explique en partie par une diminution globale du tonus musculaire lisse au niveau de tous les organes, via un déficit progressif d'activité cholinergique (4).

L'impact du vieillissement sur le métabolisme des médicaments

Tout d'abord, la biodisponibilité des médicaments varie lors du vieillissement : il s'accompagne d'une augmentation de la masse grasse d'environ 35%, même en l'absence de surcharge pondérale, tandis que l'eau totale corporelle diminue de 18% environ. Il existe ainsi un risque de surdosage avec les médicaments hydrosolubles, tandis que la demi-vie des médicaments liposolubles est augmentée par relargage de la masse grasse. De plus, l'hypoalbuminémie couramment observée provoque une augmentation de la distribution

tissulaire des médicaments liés à l'albumine, en particulier pour certains médicaments à index thérapeutique étroit comme la digoxine ou la coumadine (5,7).

La pharmacocinétique est aussi perturbée sur d'autres plans (4). La résorption digestive est diminuée par la réduction de l'acidité gastrique, de la diminution de la vitesse de vidange gastrique, de la surface de résorption digestive, de la perfusion sanguine digestive, et augmentée par le ralentissement du transit pour les médicaments ionisables et résorbés par diffusion passive.

En ce qui concerne ceux qui sont très diffusibles (ions, bas poids moléculaire…) comme le lithium, la résorption digestive n'est pas modifiée. Les médicaments utilisant un transporteur (calcium, magnesium, fer) sont à répartir sur le nycthémère afin de ne jamais saturer les sites de résorption.

Entre 20 et 80 ans, la masse hépatique diminue de 20% et le débit sanguin hépatique de 35%. La transformation hépatique est aussi diminuée, en ce qui concerne l'oxydation et les réactions d'hydrolyse. L'excrétion urinaire est aussi diminuée, en particulier pour les médicaments éliminés par filtration glomérulaire.

Quant à la pharmacodynamique, il existe une grande variabilité entre les individus ; il est donc difficile de prévoir l'activité, la durée d'action et la toxicité pour chaque individu.

C) La polymédication chez les personnes âgées

Si, originellement, la polymédication débute à trois médicaments, la plupart des auteurs s'accordent pour la définir à partir de cinq médicaments pris, valeur à partir de laquelle les effets indésirables augmentent fortement (8).

Les personnes âgées sont extrêmement concernées par cette polymédication, en raison de l'augmentation de l'incidence des polypathologies avec l'âge (9) : 30,5% des 65-69 ans et 64,9% pour les 90 ans et plus sont en ALD (Affection de Longue Durée). D'après l'enquête PAQUID (10), menée auprès de 3800 personnes, la consommation médicamenteuse moyenne des personnes âgées de plus de 65 ans est de 4,5 médicaments par jour à domicile. Elle progresse de 4 à 5 médicaments en moyenne entre 65 et 85 ans. Selon une étude de l'URCAM

(Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) (11), 72% des personnes âgées de 75 ans ou plus consomment quotidiennement au moins 6 médicaments différents.

Cette polymédication s'explique en partie par la multiplication des pathologies chroniques, plusieurs prescripteurs, un manque de coordination des soins, la consultation pour des symptômes vagues, la pression exercée par le patient pour prescrire, ainsi que le traitement symptomatique d'un effet secondaire médicamenteux (12).

Elle permet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de diminuer la morbimortalité de leurs pathologies, avec toutefois le risque d'incidents iatrogènes. Certaines études suggèrent même une diminution des activités quotidiennes chez les patients polymediqués (13). La polymédication a également un coût élevé, et constitue de fait un problème de santé publique à part entière : le ministère et l'HAS (la Haute Autorité de Santé) instaurent régulièrement des plans d'action en faveur de la personne âgée.

D) Un enjeu de santé publique

La polymédication de la personne âgée pose tout d'abord le problème de la iatrogénie et des accidents qu'il en découle ; « 20% des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans sont dus à un accident iatrogène » (14). Une étude prospective réalisée en 2004 sur les hospitalisations consécutives à un accident iatrogène met en évidence une très nette prédominance des personnes âgées (15), de façon dose dépendante (16), sans pour autant que cette augmentation soir liée à l'âge en tant que tel (17).

Dans un article paru en 1999 dans l'Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP) (18), le Dr Ankri dénombre plusieurs facteurs de risque iatrogène chez la personne âgée parmi lesquels la polymedication, avec une relation proportionnelle entre le nombre de médicaments pris et l'incidence d'accidents iatrogènes, les modifications physiologiques liées à l'âge, intervenant dans le métabolisme des divers traitements, et au manque de connaissance de ces facteurs par le médecin.

Cette polymédication a aussi un coût financier. Une étude menée en 2001 identifie la polymédication comme un des facteurs de risque d'hospitalisation liée à la iatrogénie (19). On estime à 320 millions d'euros le coût annuel des 1,2 millions de ces journées d'hospitalisation.

Le coût de prescription du médecin généraliste augmente également avec l'âge : 1,5 fois le coût moyen de la population française pour les 65-75 ans (20), de même que le montant des dépenses de santé (de 776 € entre 65 et 74 ans à 971 € pour les plus de 75 ans en moyenne en 2000) (21). Cet accroissement de la consommation médicamenteuse s'explique par trois effets : un effet démographique, un effet générationnel (modification des habitudes culturelles de consommation médicamenteuse) et enfin un effet d'offre (apparition de nouveaux traitements) (22).

Il s'agit donc de prescrire suffisamment, à bon escient, mais aussi de s'assurer de la bonne prise médicamenteuse chez ces patients.

II La prescription chez le sujet âgé

A) Une population peu étudiée

La population sénior est relativement peu étudiée. Une revue de la littérature, menée par le Dr Ankri, ne retrouve que 4% des articles portant sur les personnes âgées, ces dernières étant exclues de manière non justifiée dans 35% des cas (18).

Pour autant, la réalisation d'études sur les personnes âgées pose divers problèmes : éthique avec l'obtention d'un véritable « consentement éclairé » dans cette population fragile (4, 23), méthodologique avec la difficulté de former des groupes homogènes ou encore la gestion d'études longues en cas de traitements chroniques (4, 23), sécuritaire (23).

De plus, les patients âgées alors inclus, ne sont généralement pas représentatifs de cette population (généralement âgés d'environ 65 ans, non polypathologiques et sans comédications, participation à l'étude basée sur le volontariat…) (23, 24) et ce malgré les recommandations internationales publiées en 1993 ou les recommandations de la DGS (Direction Générale de la Santé) de 2003 (24,25). Actuellement, de nombreuses AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) ou RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit) sont donc principalement extrapolées à partir de résultats obtenus chez une population plus jeune (23).

B) Règles de prescription/ rôle du médecin

La plupart des hospitalisations liées à la iatrogénie serait évitable si la totalité des prescriptions suivait les règles de bonne pratique (26). D'après l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), 40% des 80 ans ou plus ont sur leur ordonnance un médicament à SMR (Service Médical Rendu) insuffisant, à prédominance des veinotoniques et vasodilatateurs. Les médicaments à SMR faibles ou insuffisants chez les retraités représentent ainsi 13,9% des dépenses médicamenteuses (27). Or, les trois quarts des consultations de personnes âgées en médecine libérale sont menés par des médecins généralistes, consultations sanctionnées à 91% par la rédaction d'une ordonnance (28), ce qui est un exercice difficile.

Pour tout médecin prescripteur, le premier problème est de discerner le vieillissement normal d'un vieillissement pathologique. Les prescriptions inappropriées peuvent s'expliquer par une analyse des problèmes de santé insuffisante par manque de temps, de connaissance des sensibilités particulières de cette population (29). Les plaintes de la personne âgée ne relèvent pas toujours d'un traitement médicamenteux, mais parfois de réponses psychosociales devant la solitude de personnes âgées dont le seul contact est le professionnel de santé (30).

La rédaction de cette ordonnance est tout particulièrement délicate, ainsi l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) a publié un certain nombre de recommandations (31), selon les classes médicamenteuses mais aussi plus générales (surveillance du poids, recherche d'une hypotension orthostatique, calcul régulier de la clairance de la créatinine, réévaluation de la balance risque/bénéfice et de l'intérêt de chaque traitement).

Ainsi la réalisation de la prescription doit éviter trois écueils (24, 25):

L'overuse ou traitement excessif. Cette surprescription est plus souvent exercée par des praticiens plus âgés, sans affiliation universitaire ou hospitalière, ne connaissant pas ou peu les effets secondaires potentiels, ne reconnaissant pas des troubles liés à l'anxiété ou à une pathologie mentale débutante (32).

Le misuse ou prescription inappropriée, le risque dépassant le bénéfice attendu. Il s'explique partiellement par l'inconfort du prescripteur : à cause de la pression de la demande,

la difficulté d'exprimer un refus, la crainte de perdre sa clientèle mais aussi l'incertitude face au diagnostic (30). Il est d'ailleurs corrélé à la polymédication (13), 21,7 % des personnes âgées auraient eu un traitement inapproprié, et à une confiance moindre dans l'impact de la prescription sur la santé (33). Afin d'éviter la prescription de ces traitements, une classification à été établie par Beers, adaptée secondairement à une population ambulatoire (34) ; mais cette liste reste non consensuelle, certains médicaments de la liste ayant une balance risque/bénéfice favorable. Plus récemment une nouvelle liste a été proposée, adaptée à la population française (35). Une multiplication des prescripteurs augmente aussi la proportion d'ordonnances inappropriées (36).

L'underuse ou insuffisance de traitement efficace. Confirmé par plusieurs études, il touche de nombreuses pathologies (hypertension artérielle, insuffisance coronaire ou cardiaque, ostéoporose, dépression…). Une étude menée sur 236 patients retrouve 55% d'underuse, ce qui a un coût en termes de morbimortalité de ces patients (37).

Ces difficultés de prescription peuvent encore être majorées par l'absence de dossier médical unique, la multiplication des médecins prescripteurs et un manque de communication entre ces derniers (36). Pour autant la prescription médicamenteuse est entourée par un certains nombres de guidelines, tirées de la littérature.

C) Amélioration de la prescription à l'échelon collectif : les guidelines officielles.

Cela passe tout d'abord par le respect des indications de l'AMM et des résumés des caractéristiques du produit de chaque médicament, tenant compte des contre-indications, des précautions d'emploi, des mises en garde ainsi que des restrictions d'emploi. Les nouvelles thérapeutiques mises en avant par diverses revues peuvent sembler prometteuses de prime abord mais ces revues, même prestigieuses, ne possèdent pas le même recul que les grandes agences publiques. Les RMO (Références Médicales Opposables), quand à elles s'axent principalement sur la dangerosité de certaines prescriptions.

Le bénéfice réel de chaque médicament est malgré tout difficile à évaluer que ce soit dans les comptes rendus d'essais cliniques ou les RCP, en particulier à cause d'utilisation de critères de jugement intermédiaires sans sens clinique véritable (comme ce serait le cas pour la

morbidité, la qualité de vie, la mortalité…) et les études, réalisées sur des malades « moyens » sont difficilement applicables à un patient donné, bien réel avec ses comorbidités et sa médication (38).

La prescription chez la personne âgée est aussi un exercice délicat. De nombreux auteurs proposent des règles de prescription afin d'en éviter les divers écueils.

D) Des étapes de réévaluation afin d'améliorer la prescription

Les auteurs séparent couramment une bonne prescription chez la personne âgée en trois étapes successives : avant et pendant la prescription et enfin son suivi (39, 40, 41, 42).

Première étape : avant la prescription

Il s'agit tout d'abord de poser un diagnostic précis, et favoriser ainsi un traitement étiologique à un traitement symptomatique (43). Devant l'apparition d'un nouveau symptôme, l'hypothèse iatrogène doit toujours être évoquée chez la personne âgée surtout en présence de signes cliniques évocateurs (chute, anorexie, confusion) ou d'événements intercurrents favorisants (fièvre, déshydratation). La totalité de la consommation médicamenteuse du patient doit être connue, que ce soit les ordonnances issues des divers médecins rencontrés ou l'automédication (38), afin de hiérarchiser les traitements, de rechercher des contre indications éventuelles et de définir les objectifs du traitement mis en œuvre, différents pour chaque patient (espérance de vie, qualité de vie, préférence du patient…). Enfin avant de prescrire tout médicament, à fortiori chez la personne âgée, le médecin doit bien connaître leur pharmacologie.

Deuxième étape : la prescription

Le praticien informe de la façon la plus appropriée son patient des bénéfices attendus et des risques encourus (40), et ce plus efficacement lorsque cette information est reçue au moment de la prescription initiale (44). Les posologies doivent être adaptées aux caractéristiques physiques et biologiques de chaque patient (42,43) et un suivi adapté mis en

œuvre. Lorsqu'un nouveau médicament est prescrit, il est débuté à petites doses et augmenté progressivement afin d'obtenir, selon les cas la dose minimale efficace ou maximale tolérée. L'ordonnance ainsi rédigée doit être lisible, compréhensible et la galénique adaptée, facilement utilisable par le patient.

Cette prescription doit être particulièrement attentive pour quatre classes médicamenteuses particulières qui sont responsables de la moitié des accidents iatrogènes : les médicaments à visée cardiovasculaires, les psychotropes, les antalgiques et anti-inflammatoires ainsi que les antibiotiques. De plus les médicaments à demi-vie courte ou intermédiaire sont à privilégiés afin d'éviter les surdosages.

Il existe de plus des outils d'aide à la prescription comme les critères MAI de Hanlon qui analysent l'indication de la prescription, sa justesse, ses modalités, son dosage, les interactions médicamenteuses, l'existence d'une double prescription et sa durée (40,44).

Troisième étape : suivi et surveillance de la prescription

Cette surveillance permet de suivre l'efficacité du traitement, mais aussi de l'observance réelle et la tolérance. On peut aussi arrêter les médicaments qui ont été introduits initialement de façon transitoire. Les traitements chroniques doivent eux aussi être réévalués de façon régulière, lors de consultations spécifiques (25, 43): efficacité prouvée?, persistance de leur utilité?, posologie optimale?, existence de contre- indications?, galénique adaptée pour chaque médicament? Ainsi il faut à chaque consultation réfléchir à la balance risque/bénéfice de chaque médicament (38, 40).

Lors de l'arrêt d'un traitement de fond, il est aussi nécessaire de prévoir un éventuel sevrage graduel, et de surveiller la réapparition de symptômes consécutifs au retrait du médicament ou à une manifestation de la pathologie causale initiale ou d'un autre problème de santé (40).

L'ensemble de ces recommandations a été résumé par l'HAS dans plusieurs tableaux reproduits en annexe 1.

III La personne âgée et ses traitements

Il ne faut toutefois pas oublier une chose principale, cette prescription s'inscrit dans le cadre d'une consultation, la personne âgée a donc un rôle évident dans l'élaboration et la composition de son ordonnance

A) Rapport entre le médicament et la personne âgée

Une inadéquation médecin/malade

La personne âgée attend un certain nombre de choses d'une consultation médicale, en particulier qu'elle soit sanctionnée d'une ordonnance. Selon Tamblyn et all en 1996 (45), cette pression de la part du patient âgé est telle que 68% ressortiraient avec une prescription médicamenteuse lorsque seulement 45% serait justifiées. Cette divergence de point de vue se retrouve aussi dans les motifs de consultation : le plus souvent des douleurs, très éloignées des sujets de préoccupation de leur médecin traitant (46).

De plus, les personnes âgées ont un comportement de consommation bien particulier. Selon le Dr Ankri (30), cela pourrait s'expliquer par un besoin de reconnaissance et le gain d'un nouveau statut social (celui de malade) après le passage à la retraite. Cette consommation médicamenteuse est d'autant plus facile en France que les personnes âgées bénéficient d'une bonne couverture sociale.

Une conception du médicament particulière à la personne âgée

De plus, les personnes âgées ont leurs propres représentations de leurs médicaments et de leurs maladies. Le Dr Collin (46) souligne l'existence d'une maladie phare, généralement l'arthrite, les problèmes cardiovasculaires ainsi que les troubles sensoriels, sur laquelle se focalise le patient et qui cristallise ses appréhensions face à ses pathologies. Elle décrit aussi trois grands groupes conceptuels de médicaments :

- Le médicament obligation, chez les personnes souffrant de pathologies invalidantes. Le médicament est alors vécu de diverses façons, considéré comme un outil indispensable dans le cadre de douleurs chroniques, comme le symbole de l'expertise du médecin, ou encore comme une fatalité indispensable à la survie ou au bien être du patient.
- Le médicament concession, objet concret de soulagement ou preuve de l'état de malade. Cette concession peut être faite par le patient, qui reconnaît alors l'expertise de

son médecin traitant, mais aussi par le médecin qui prescrit parfois des traitements sous la demande de son patient.

- Le médicament compassion, ou le recours aux psychotropes. En vieillissant, les patients deviennent plus fragiles psychiquement, émotivement et physiquement, symptômes qui peuvent être partiellement masqués par les psychotiques, ce qui peut leurs permettre de sauvegarder plus longtemps leur autonomie.

Le Dr Hauchard (47), quand à elle, détermine 5 types de liens entre la personne âgée et ses médicaments. Outre le médicament en tant que « lien social » et « lien sécurisation » - prendre un traitement permet de se rassurer sur sa santé, elle distingue aussi un « lien dépendance » rappelant le médicament compassion, expliqué par la grande consommation de psychotropes chez la personne âgée, un « lien normatif » où le médicament fait partie d'un vieillissement normal, et finalement le « lien faire face » par le biais de stockage de traitements, majoritairement analgésiques, afin de se défendre contre une douleur chronique. Ces trois derniers liens prédominant en cas de polypathologie.

La consommation médicamenteuse des personnes âgées

La consommation médicamenteuse est de plus en plus étudiée chez la personne âgée. Pour autant les chiffres recueillis dans la littérature sont disparates : on estime que 51 à 76% des personnes âgées consomment au moins un médicament à visées cardiovasculaires (principalement du système rénine angiotensine) et qu'ils sont entre 21 et 41% à consommer des médicaments agissant sur le système nerveux central (21, 48) : en particulier 28,7% des personnes âgées prendrait des somnifères et 12,8% des antidépresseurs (47).

En ce qui concerne les proportions de médicaments consommés, on retrouve la même classification : une consommation de médicaments cardiovasculaires prédominante (21-35%), suivie des médicaments du système nerveux central- composés à 90% par les analgésiques et les substances psychoanaleptiques et psycholeptiques (15-18%), puis des diurétiques et supplémentations potassiques (14%) (39, 49). Par ailleurs une étude de l'URCAM (11) sur la consommation médicamenteuse des personnes âgées de 75 ans et plus dissocie les différentes classes, et place les analgésiques en premier des médicaments prescrits.

Les sujets âgés consomment donc principalement des analgésiques, des médicaments à visée cardiovasculaire, ainsi que des psychoanaleptiques et psycholeptiques. Mais, quelle est la connaissance réelle des sujets âgés vis a vis de leurs traitements ?

Connaissance du traitement médicamenteux

On considère généralement que les personnes âgées connaissent bien leur traitement, qu'ils prennent parfois depuis plusieurs années ou décennies. Une étude anglaise, menée chez les 65ans et plus en 1981, a mis en évidence une connaissance plutôt moyenne : en effet les sujets ne connaissaient pas le nom de leurs médicaments dans 44% des cas et/ou leurs fonctions dans 59% des cas (50). Malgré l'ancienneté de cette étude ces chiffres perdurent de nos jours : une étude parue dans le BMJ en 1995 (51) montrait une connaissance de la fonction de leurs traitements de 44%, pourcentage passant à 90% dans un groupe test dont la bonne gestion médicamenteuse était vérifiée à chaque prise et ayant reçu un complément d'information sur leurs traitements. Une autre étude menée sur 80 personnes de 75 ans ou plus (52) retrouve quand à elle une meilleure connaissance des traitements (fonction donnée dans 72% des cas et posologie dans 75%), à noter toutefois que ces patients ne sont pas polymédiqués.

Ainsi, des facteurs de mauvaise connaissance se dégagent. (53) Certains sont liés au patient lui-même : un âge plus avancé (les patients de 70 ans et plus), un placement en institution, vivre seul, recevoir son traitement d'une tierce personne. Mais d'autres sont liés à la consultation et au médecin prescripteur. Ainsi une bonne information sur l'utilité et la nature du traitement améliore sa connaissance par le patient.

Les personnes âgées ont donc une connaissance lacunaire de leur ordonnance, mais qu'en est-il des traitements non prescrits, de leur automédication ?

B) Automédication

On parle d'automédication vraie lorsque le patient décide de se traiter lui-même, sans demander conseil à un professionnel de santé (médecin, pharmacien). Il décide alors de son propre traitement en fonction de ses connaissances propres (conseils amicaux/familiaux, expérience personnelle…) ainsi que des messages commerciaux retrouvés dans les media (54). Elle est alors constituée des médicaments « hors liste » (qui ne nécessitent pas de prescription

médicale), ce qui inclut des médicaments remboursables s'ils sont prescrits mais aussi des médicaments non remboursables, en particulier les substances bien-être et autres compléments alimentaires (55). Ces substances en vente libre sont rarement considérées comme de véritables médicaments et les risques d'utilisation ainsi que leurs effets secondaires sont souvent minimisés par le grand public. De même le passage d'un médicament à la vente libre (ou switch) produit un effet péjoratif sur les patients qui considèrent ce médicament comme n'étant pas assez efficace ou le dosage trop faible (comme dans le cas du passage en vente libre du Nurofen 400mg à la sortie du dosage à 600mg)(54) ….

Cette automédication a aussi des risques (54, 55, 56). Tout d'abord, comme pour toute prise médicamenteuse, sans mésusage, le patient s'expose aux effets secondaires connus, généralement rares pour ce type de traitement. Cette utilisation peut aussi être inadaptée, que ce soit sur l'indication, le non respect des contre-indications, les erreurs de posologies, de durée de traitement, ou encore le dopage. Chez les sujets polymediqués se pose particulièrement le problème des interactions médicamenteuses, souvent sous-estimées par le patient. Enfin, l'automédication est généralement un traitement symptomatique, qui ne guérit pas les pathologies causales mais en masque les symptômes, ce qui peut induire un retard diagnostique. Ainsi une charte du bon usage de l'automédication a été proposée par Dr Queneau en 2008 (56).

L'automédication chez les séniors est sous-estimée par les professionnels de santé, que ce soit les médecins traitants ou les pharmaciens (57). Les chiffres publiés sont assez disparates, ce qui peut être expliqué par de faibles effectifs. Selon une revue de la littérature américaine (39), plus de 4 séniors sur 5 prendraient de l'automédication. Une autre étude multicentrique américaine a montré des chiffres comparables, avec une large prédominance de l'automédication par les femmes (64-76% contre 52-68% par les hommes) (56). En France on l'évalue à 30-60% chez les plus de 65 ans (59). Selon le rapport de l'URCAM qui reprend une étude du CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) : en un mois, 8,6% des personnes de plus de 65ans achètent un médicament sans ordonnance, ce qui représente 4% des médicaments achetés par les personnes âgées (60). Cette médication, choisie, est alors mieux connue (fonction, nom) et les posologies mieux suivies que les traitements « subis» puisque prescrits par le médecin (50). Elle porte principalement sur les AINS (Anti-Inflammatoires non Stéroidiens), les antalgiques, les

médicaments antirhumatismaux, les laxatifs et les tranquillisants (61) et augmente progressivement entre 40 et 79 ans, avant de diminuer après 80 ans (55). Cette diminution s'explique par la fréquence des consultations chez ces patients âgés, généralement consécutives à des pathologies chroniques, ce qui rend la prescription médicamenteuse plus facile et diminue de fait l'automédication (61).

Après une première utilisation ou dans l'attente d'une utilité future, ces médicaments sont alors entreposés dans un endroit précis: la pharmacie familiale.

C) La pharmacie familiale

La pharmacie familiale mérite une attention toute particulière : très peu étudiée, rarement vérifiée par les médecins traitants, c'est le lieu de stockage des médicaments utilisés en automédication, généralement selon des traditions familiales. Ces traitements « familiaux » sont alors considérés comme un « gold standard », avec lequel les autres prescriptions ne peuvent rivaliser (61). On y retrouve principalement des analgésiques et des antipyrétiques (50).

Une étude réalisée en Lorraine et Champagne Ardenne portant sur 500 pharmacies familiales (62) permet de définir un peu ce terme : dans 40% des cas, il s'agit d'une véritable armoire à pharmacie, mais dont seuls 9% sont fermées à clefs, alors que dans 49% il s'agit d'un meuble ayant d'autres fonctions. Bien que les familles soient pourvues de tels sites de rangements, les médicaments étaient rangés dans plusieurs endroits différents dans 13% des cas. Cet examen a permis de découvrir des stocks de médicaments non utilisés dans 54% des cas, ce qui a eu des répercussions sur l'ordonnance : le médecin ne prescrivait donc pas les médicaments stockés, ce qui a permis de faire des économies dans 35% des cas, principalement sur les pathologies chroniques. Le rangement de chaque médicament est aussi dépendant de la conception qu'en a le patient : ainsi des médicaments non utilisés, mais gardés quand même, peuvent être stockés dans les chambre d'amis ou avec d'autres objets gardés « au cas ou »… En particulier, le rangement des médicaments dans la cuisine, espace familial et social primordial dans un foyer, démontre un contrôle familial de la prise médicamenteuse (63).

Mais la visite de ces pharmacies peut aussi nous renseigner sur un autre sujet : un médicament gardé en grandes doses ne peut être qu'un médicament non pris, ce qui nous informe sur l'observance de nos patients.

IV Etude de l'observance

A) L'observance chez la personne âgée

Une bonne observance de la personne âgée ?

De façon intuitive, on a tendance à considérer que cette population, pourtant très hétérogène, a une bonne observance. Une enquête de l'URCAM pointe du doigt une discordance entre une observance supposée et des signes de dysobervance manifestes (60) ; il existe donc une absence de corrélation entre l'observance déclarée et l'observance véritable (52). Dans la littérature, les chiffres retrouvés sont très variables, passant de 34 à 90%, pour 40-60% des pathologies sévères (64), 90% de ces dysobservances se présentant sous la forme de sous-médication (20), et donc au prix d'une moindre efficacité thérapeutique. Cette inobservance peut être volontaire ou non. Dans ce dernier cas, le patient est alors considéré comme « la victime passive d'une situation thérapeutique qui le dépasse » (32).

Les déterminants de l'observance thérapeutique

La littérature les regroupe selon 3 classes (20) :

- Les déterminants liés à l'individu. Ainsi des capacités cognitives comme la concentration et la mémoire (36, 65, 66), l'utilisation de pense-bêtes ou de piluliers (67), tout comme le stress (67, 68) sont corrélés à l'observance, tout comme des capacités physiques telles que la force et la dextérité (36, 39, 52, 65, 66), ou la vision (36, 65, 66). Le sexe masculin semble être corrélé à une meilleure observance, mais les études restent contradictoires (39, 67, 69), même si certaines retrouvent une prédominance d'effets secondaires médicamenteux chez les femmes. De plus, un niveau socio économique plus haut (68), le mode de vie (vivre seul), l'absence d'accès à la sécurité Sociale sont des facteurs reconnus de mauvaise observance (67). La représentation de la santé, soit l'avis du patient sur sa consommation médicamenteuse, influence aussi l'observance.
- Les déterminants liés au traitement comprennent, comme nous l'avons déjà observé, la connaissance du traitement, la polymédication ainsi que l'existence d'une automédication.

Les études retrouvent d'autres facteurs de mauvaise observance : l'existence d'une hospitalisation récente (67), une mauvaise compréhension de la maladie (gravité/séquelles à court ou long terme), l'absence de symptômes (70), la survenue d'effets secondaires (36) de même que le propre galénique du médicament (41).

- Les déterminants liés au professionnel de santé sont conditionnés par les relations entre le patient et son médecin d'une part et son pharmacien d'autre part. La compliance est ainsi corrélée négativement à la multiplication des prescripteurs mais positivement par un nombre de consultations plus important (67). Une organisation inadaptée des soins, les contraintes liées au temps médical grèvent aussi l'observance des patients (70). De même un contact direct avec le pharmacien, la fidélité envers une pharmacie ainsi que la dispensation d'information en officine améliorent la compliance de ces patients. (20)

Selon ces déterminants, le médecin peut se faire une opinion sur l'observance potentielle de son patient, aucune méthode d'amélioration de l'observance n'ayant fait preuve de sa supériorité (71). Le praticien doit donc s'adapter à chaque patient, et s'appuyer sur diverses constructions psychologiques.

Un abord un peu psychologique de la compliance

Les raisons de cette non compliance peuvent être variées : l'oubli, l'existence d'autres priorités, la décision propre d'omettre des doses, le manque d'information, et enfin des facteurs psychologiques (72). Le Dr Fainzang distingue deux types de patients différents : ceux qui s'inscrivent dans une logique de cumul, qui augmentent leurs prises médicamenteuses afin d'accroitre leur chance de guérison, et ceux qui suivent une logique d'identité, qui vérifient ou diminuent les prises afin d'adapter la posologie à leur corps (63). On peut considérer l'inobservance comme un ensemble. Elle s'explique parfois par une précarité sociale ou un état dépressif (70). Trois notions se distinguent dans l'inobservance (32):

- la « dérogation », fondée sur la notion d'autorité médicale : Le patient se plie aux ordres du médecin,
- la « méconnaissance », qui implique une information régulière du patient sur ses pathologies et ses traitements afin de palier son manque de connaissances scientifiques valables,
- le « comportement irrationnel », non compréhensible par les professionnels de santé, sans planification ni cohérence.

Cette non–observance peut aussi ce voir comme une appropriation du traitement par le patient, qui de ce fait procède à une classification par importance de ses pathologies et donc de ses traitements. Prise en considération par le médecin, elle peut mener à une implication plus importante du patient dans son traitement, et de ce fait à une meilleure gestion (32).

Une amélioration de la compliance

De fait, de nombreuses études portent sur la compliance et les moyens de l'améliorer. L'observance est grandement liée à l'implication du patient dans son traitement, à ses connaissances, et son amélioration ne peut passer que par une association de diverses méthodes reposant sur la totalité de l'équipe soignante (73, 74, 75).

Ainsi, la littérature retrouve une grande importance du suivi médical : l'augmentation du nombre de consultations, et la mise en place d'un suivi téléphonique ont une action bénéfique sur l'observance (73), tout comme la mise en place de réunions d'informations individuelles ou en groupe (74).

De même, elle préconise la simplification de l'ordonnance : simplification en termes de nombre de médicaments, en nombre de prises quotidiennes (73, 74, 75). Le pharmacien joue aussi un rôle capital : il est en première ligne afin de dispenser connaissances médicamenteuses et conseils et peut aussi aider le patient sur le plan de l'organisation de la prise médicamenteuse : délivrance de flacons comportant le traitement mensuel, confection de piluliers ou de pense-bêtes (73, 74).

B) Les modalités d'études

Le colloque des 12 et 13 septembre 2001 sur l'observance thérapeutique organisé par le Comité Régional d'éducation pour la santé et le Dr Osterberg dans son article paru dans le New England (72) recensent les différents modes de mesure de l'observance :

- Les mesures quantitatives directes (dosages plasmatiques ou urinaires du médicament), surtout utilisées dans les études cliniques expérimentales. Elles peuvent être biaisées par des variations du métabolisme ou la prise des traitements les jours précédants le test et ont un coût important.

- Directly observed therapeutic- prise du traitement sous control visuel d'un professionnel de santé, méthode la plus précise sans pour autant être parfaite (prise médicamenteuse feinte, méthode non utilisable à grande échelle).
- L'observation des effets thérapeutiques, pharmacologiques cliniques ou biologiques. Ce sont des valeurs objectives, mais qui peuvent aussi témoigner de l'influence d'autres facteurs.
- Comptage des comprimés restants et de conditionnements, comptage de l'ouverture d'un pilulier (avec des piluliers informatisés) : ces valeurs objectives permettent d'avoir une analyse fine de la prise médicamenteuse et de faire ainsi la distinction entre la non –observance en terme d'horaire ou de nombre de prises du traitement (76). Mais la disparition de comprimés ne signifie pas automatiquement que ces traitements ont effectivement été ingérés.
- L'entretien avec le patient, permettant de déterminer les conduites individuelles et sociales liées à la santé.
- L'observation du patient, la ponctualité aux rendez-vous,
- Le questionnaire, voir l'auto-questionnaire : la méthode la plus simple et la moins chère. Elle est donc le plus souvent utilisée dans les études mais ne repose que sur les déclarations du patient sans pour autant être sûr de leur véracité.

Toutes ces méthodes ont leurs avantages et leurs inconvénients : les mesures très précises (quantitatives, piluliers électroniques, dosages sanguins ou urinaires) sont difficilement mises en œuvre, voir coûteuses. Les études à base de questionnaires sont plus simples mais plus facilement biaisées. Ainsi, les études comparatives retrouvent des chiffres assez différents : la compliance déclarées est généralement mal corrélée à celle qui est calculée d'après comptage de pilules ou informatique (52). Les entretiens donnent des données qualitatives mais sont très chronophages.

C) Modalités de notre étude

Compte tenu du vieillissement de la population, les 75 ans et plus constituent désormais un enjeu de santé publique à part entière. L'affaiblissement général de leur organisme, de leur

système cardiovasculaire, nerveux, musculaire ou osseux, les expose davantage que le reste de la population à la plupart des pathologies.

Par ailleurs, l'augmentation des polypathologies avec l'âge, et en particulier des pathologies chroniques, se traduit par ailleurs par une très forte polymédication chez les plus de 75 ans. Si l'augmentation des traitements permet effectivement d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de diminuer la morbimortalité de leurs pathologies, elle présente toutefois le risque d'incidents iatrogènes ainsi que des coûts croissants pour la Sécurité Sociale.

Pourtant, cette population des plus de 75 ans reste finalement peu étudiée en tant que telle, et ses principales caractéristiques sont souvent extrapolées à partir de patients plus jeunes. L'ambition de notre étude est donc de répondre à la question : qui sont-ils exactement et quel est leur relation avec leurs traitements ? Nous n'avons généralement qu'une vision partielle de ces patients qui nous présentent une facette différente selon la situation ou notre profil.

Si les personnes semblant autonomes constituent une part non négligeable de la patientèle d'un médecin généraliste, une meilleure connaissance de cette population, par ailleurs hétérogène, doit permettre d'améliorer leur observance. En effet, alors que les personnes âgées font l'objet d'un suivi médical plus intensif que celui de la population générale, leur autonomie reste souvent plus faible.

Afin de caractériser au mieux cette population, nous avons choisi d'opter pour une étude mixte : un entretien avec chaque patient basé sur un questionnaire associé à des tests pratiques permettant de caractériser cette population et d'analyser son observance.

Matériels et Méthodes

I Population

Elle se compose de parisiens âgés de 75 ans ou plus vivant à domicile, ayant au moins 5 médicaments différents. Selon la direction du service médical de la CRAMIF (Caisse Régionale de l'Assurance Maladie d'Ile de France), elle comprend à Paris 86 867 personnes de plus de 75 ans avec au moins 5 classes médicamenteuses ATC 5 caractères (Anatomical Therapeutic Chemical classification system).

Nous avons fixé l'échantillon représentatif pour notre étude à 100 patients remplissant ces critères.

II Critères d'inclusion, et d'exclusion

Les patients inclus dans l'étude sont âgés de 75 ans ou plus, ont au moins 5 médicaments prescrits et sont considérés comme autonomes dans leur gestion médicamenteuse par leur médecin traitant.

Les patients bénéficiant de l'aide d'un tiers dans leur gestion médicamenteuse sont exclus de notre étude.

III Questionnaire

Un formulaire de 13 pages a été distribué à chaque patient. Il contient :

- Une lettre d'information et un formulaire de consentement
- un questionnaire théorique
- un questionnaire pratique

A) Lettre d'information, Formulaire de Consentement (annexe 2)

Cette lettre décrit l'étude et est remise au patient au début de l'entretien. Elle permet d'expliquer plus en détail l'étude, ses objectifs et ses modalités pratiques. Le patient se voit assurer de plusieurs points fondamentaux : la participation est entièrement volontaire, les réponses à l'entretien sont couvertes par le secret médical et anonymisées avant l'utilisation des données, le patient est libre de quitter l'étude à tout moment s'il le désire.

Elle se termine par un formulaire de consentement et un engagement de la part de l'investigateur à en faire respecter les termes.

B) Questionnaire théorique (annexe 3)

On recueille tout d'abord des informations générales : âge, sexe, situation socio-économique, mode de vie (seul ou accompagné) et nombre de médicaments prescris sur l'ordonnance. Dans un second temps, le patient répond à un questionnaire constitué de 31 questions, inspirées de la littérature, afin de tester la cognition (questions 1, 2, et de 4 à 11), l'existence de troubles locomoteurs et la dextérité (questions 3 et de 12 à 22) et finalement l'implication du patient dans son traitement (questions 24 à 31).

Chacune de ces questions est cotée de 0 (incapacité totale) à 5 (aptitude parfaite), ce qui permet de classer les patients par groupe d'aptitude homogène.

C) Questionnaire pratique (annexe 4)

Ce questionnaire étudie la gestion médicamenteuse à domicile et l'autonomie réelle du patient. Il porte sur l'organisation pratique et explore :

- l'automédication,
- le stockage des médicaments : divers modes de rangement, inspection de la pharmacie du patient,
- la prise quotidienne médicamenteuse : organisation habituelle des prises, préparation d'une journée complète de traitement ou inspection d'éventuels piluliers.

Le patient est défini comme non autonome dans sa gestion médicamenteuse dès lors que, pendant le test, il existe une erreur de préparation de la prise quotidienne de ses traitements.

IV Protocole

Quatre internes de médecine générale ont mené de façon conjointe cette étude, réalisant chacun le quart des inclusions et des entretiens.

A) Randomisation

L'inclusion de 20 médecins généralistes parisiens constitue la première phase de l'étude. Ce recrutement est effectué à partir d'une liste aléatoire fournie par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Les médecins exerçant à l'hôpital ou ne pratiquant plus la médecine générale sont exclus de l'étude. Les praticiens ainsi randomisés sont ensuite recrutés lors d'un entretien téléphonique puis d'un rendez-vous à leur cabinet.

Au cours de cette deuxième phase, l'enquête est expliquée en détail à chaque généraliste. Si ce dernier accepte d'intégrer l'étude, une liste de patients éligibles pour l'enquête est constituée : pour chaque médecin, une lettre alphabétique est tirée au sort, les dossiers des patients sont ensuite examinés selon l'ordre alphabétique à partir de cette lettre et les patients répondants aux critères d'inclusion sont sélectionnés.

B) Inclusion

Les patients sont ensuite inclus lors d'une troisième phase. Pendant un entretien téléphonique, l'étude est brièvement décrite au patient qui décide alors de sa participation. Dans l'affirmative, une date de rencontre à son domicile est décidée. Les patients sont appelés dans l'ordre de la liste jusqu'à inclusion de 5 personnes par médecin.

Enfin, la quatrième phase comprend l'inclusion réelle et définitive du patient et la réalisation du questionnaire lors de l'entretien à domicile. Il débute par une explication détaillée de l'étude, une présentation du déroulement des questionnaires et la lecture de la lettre d'information. Au terme de cette introduction, le patient signe le formulaire de consentement tandis que l'investigateur s'engage à le respecter. Les questionnaires théorique et pratique sont ensuite réalisés successivement.

C) Etude des données

Les résultats de chaque entretien sont rassemblés par les quatre enquêteurs dans un même fichier Excel, regroupant ainsi la totalité des données des 100 patients.

Chaque investigateur a donc disposé de l'intégralité des informations, utilisées selon leur pertinence vis-à-vis de leur sujet de thèse. J'ai donc sciemment décidé de ne pas

retranscrire l'intégralité de mes données mais de choisir celles qui me semblaient les plus pertinentes, capables d'illustrer au mieux ma thématique. Ainsi les questions 6, 11, 15bis, 16, 18, 20, 23 du questionnaire théorique et 17 du questionnaire pratique ne seront pas décrites dans ce travail. L'ensemble des résultats des deux questionnaires est réuni dans les annexes 5 et 6.

A partir des informations collectées nous avons pu calculer des statistiques descriptives (moyenne, écart-type) afin de caractériser la population et son observance par rapport à son âge (plus ou moins de 75 ans) et son sexe. Nous avons également mené des tests statistiques du Khi-deux afin de déterminer si les différences observées au sein de la population étaient significatives.

Le Khi-deux est un test d'hypothèse basé sur la différence entre les valeurs observées dans une population et des valeurs calculées à partir d'une répartition théorique. Dans cette étude, les valeurs calculées reposent sur l'hypothèse que le sexe ou l'âge n'ont aucune influence sur l'observance : si la répartition réelle de notre population par sexe ou par âge est sensiblement différente de cette répartition théorique, cela signifie que les différences observées sont significatives. Inversement, le test du Khi-deux permet de ne pas sur-interpréter les écarts constatés quand ceux-ci ne sont pas statistiquement significatifs en raison d'un échantillon trop limité. De manière habituelle les tests sont effectués au seuil de 5%, ce qui signifie que nous n'avons que 5% de chance de nous tromper en affirmant qu'un écart est significatif.

Résultats

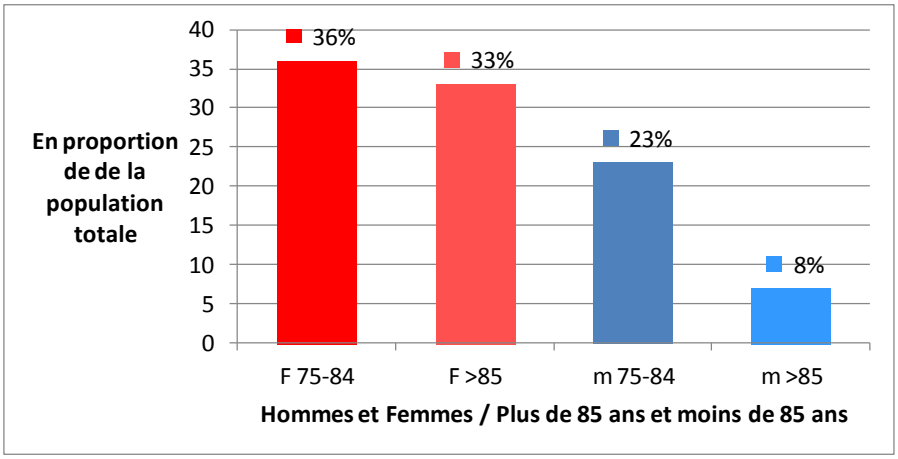
I Renseignements généraux sur la population étudiée

99 patients ont été inclus, le centième patient étant finalement injoignable pour une longue période. Chaque entretien a duré entre 45min et 2h.

On peut dans un premier temps analyser les informations générales sur la constitution de cette population : âge, sexe, mode de vie, le niveau socioéconomique.

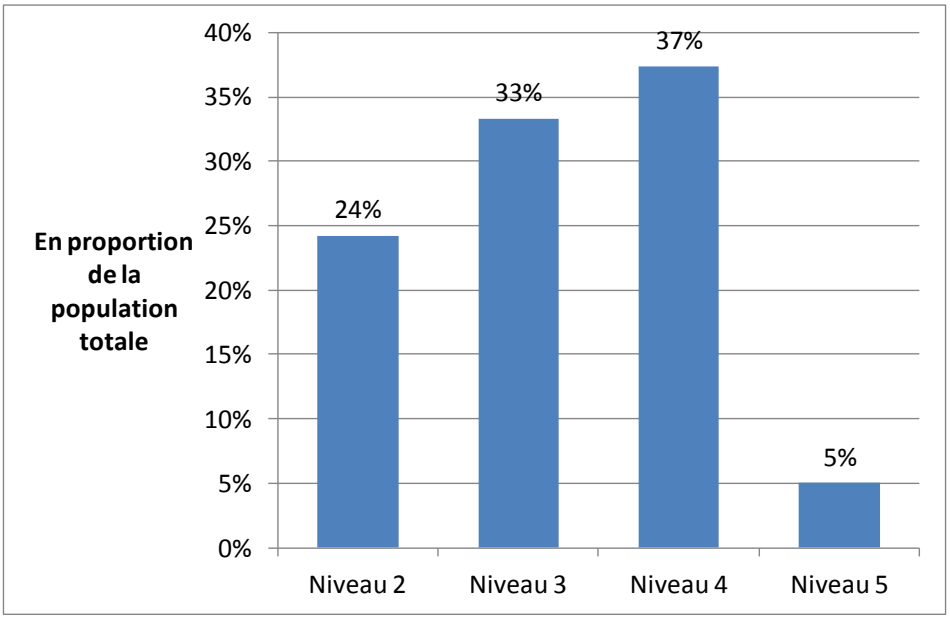
A) Données démographiques :

La population étudiée est constituée d'un tiers d'hommes, plus jeunes que les femmes : 81,6 ans vs 84,5 ans en moyenne, de façon significative (p= 0,022)



Composition de la population classification par sexe et par âge (stadification entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus)

Les revenus de ces patients n'ayant pas été étudiés, leur niveau socioéconomique a donc été évalué grâce à la classification établie par M. Desrosières (77), décrivant 6 groupes différents. Le groupe 1 regroupe les agriculteurs, le second les artisans et commerçants, le troisième les cadres et professions intellectuelles supérieures, le quatrième les professions intermédiaires (anciennement appelé cadres moyens et contremaîtres et clergé), le cinquième les employés et le sixième les ouvriers.



Analyse du niveau socio économique de la population

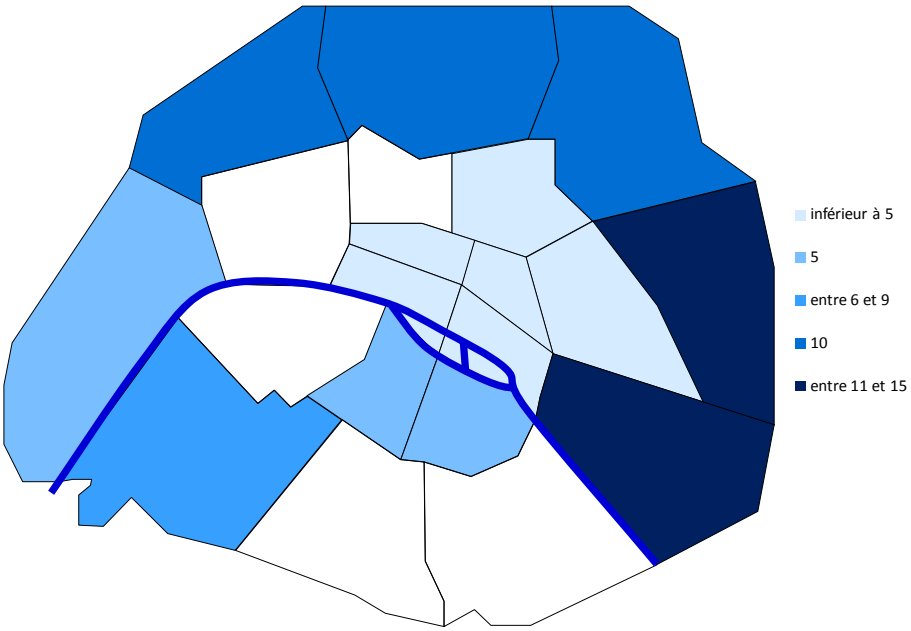
Par construction les groupes 1 et 6 ne sont pas représentés dans notre étude strictement parisienne.

B) Mode de vie

40,1% de ces patients vivent avec un proche (époux/épouse, enfants, petits enfants…). Il est à noter que ce sont majoritairement des hommes (62,5% des personnes vivant avec un proche). Seulement 19,4% des hommes inclus dans notre étude vivent donc seuls contre 78% des femmes.

44,4% de la population ont accès à des aides à domicile, principalement le passage d'une aide ménagère plusieurs fois par semaine, même si ils sont plus des trois quart à reconnaître le besoin d'être aidé.

Notre étude se déroulant à Paris, la totalité des patients vivent en appartement, avec néanmoins des différences notables selon les revenus et le niveau socioéconomique : du petit studio dans le XX° arrondissement au quadruplex avec jardin au centre de paris.



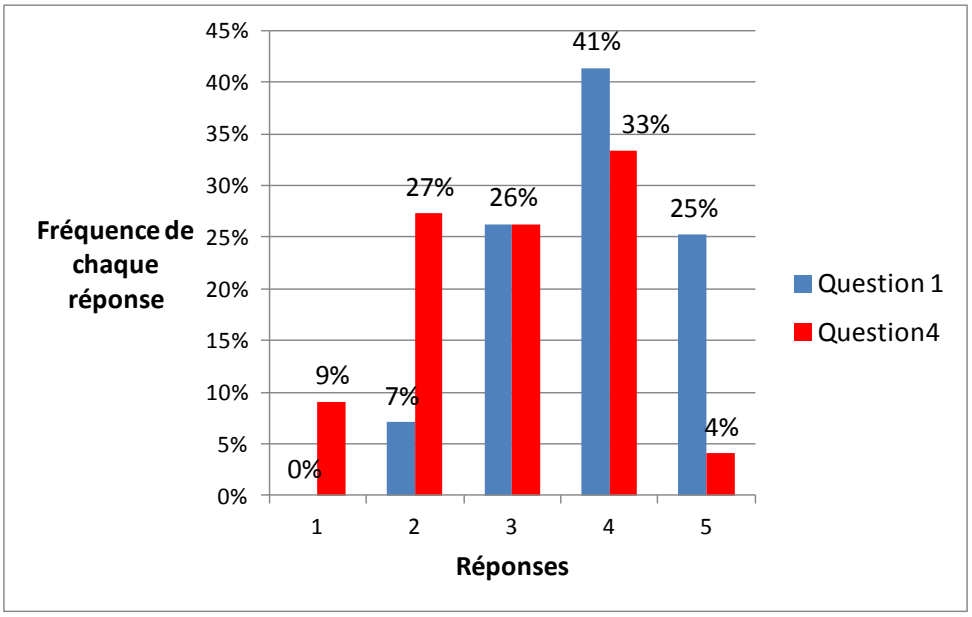
Répartition géographique de la population

Toutes ces personnes âgées ont conservé un médecin traitant proche de leur domicile. Ainsi les 7°, 8°, 9°, 13° et 14° arrondissements ne sont pas représentés.

C) Etude des fonctions cognitives

Cette étude est menée chez des patients considérés comme autonomes dans leur gestion médicamenteuse. Ils sont donc censés avoir des fonctions supérieures conservées

L'orientation dans le temps et l'espace est en effet particulièrement bonne (et même parfaite pour 75,7% des patients)



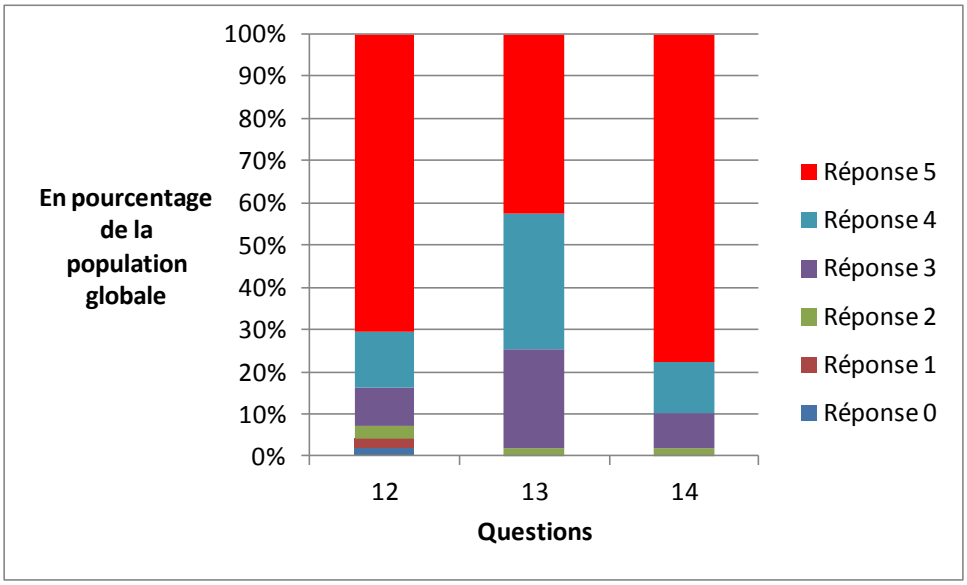
Analyse de la mémoire : étude du nombre de mots restitués immédiatement (question 1) ou après quelques minutes (question 4)

On remarque tout de même des troubles mnésiques portant sur la mémoire immédiate mais aussi le stockage puisque sur les 66,7% qui se rappellent immédiatement de 4 ou 5 mots prononcés, seuls 37,4% sont capables de les restituer après quelques minutes, sans que ces troubles mnésiques soient influencés par le sexe ou l'âge, tandis que les patients évaluent majoritairement leur mémoire de moyenne à bonne. Seules les moitiés d'entre eux utilisent des pense-bêtes de façon régulière (question 10).

D) Etude des capacités physiques

Une minorité de patient est incapable de lire ne serai-ce qu'une lettre en gros caractère d'imprimerie, puisque la totalité des participants savaient lire et écrire (questions 7, 8 et 8bis). Ces patients ont donc des troubles de la vision non ou mal compensés par des lunettes. De plus, un tiers des patients interrogés n'arrivent pas à déchiffrer leurs ordonnances ou ne la trouvent pas lisible.

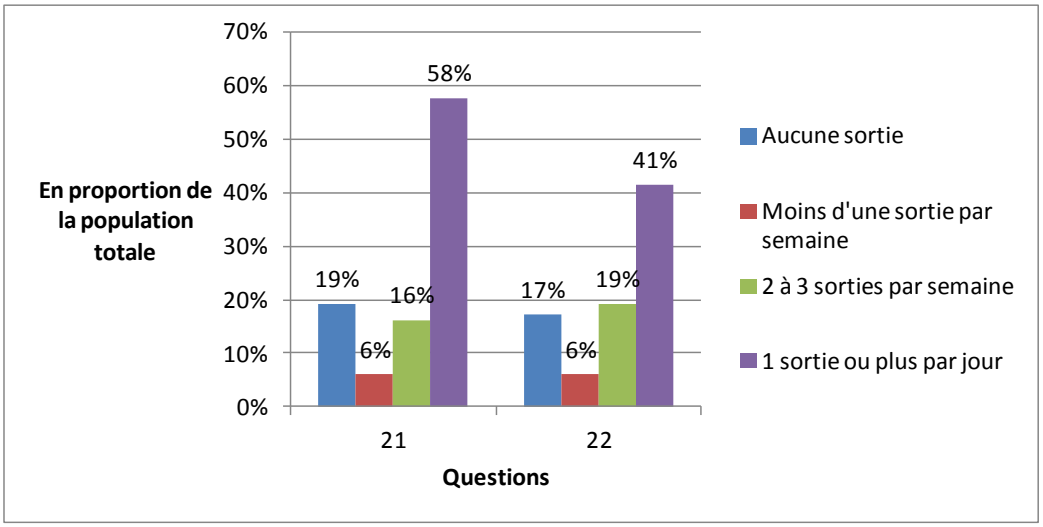
Si les manipulations d'objets usuels comme la télécommande de la télévision est simple pour l'écrasante majorité (question 14), la manipulation de petits objets comme les boutons (question 15) ou les médicaments (questions 12 et 13) pose des problèmes à un quart de notre population.



Capacité des patients (score 0 : incapacité totale, 5 aptitude parfaire) à sortir des emballages ou à manipuler ses traitements (question 12) sans les faire tomber (question 13), à manipuler la télécommande TV (question 14).

Alors qu'ils ne sont que 5,5% à ne pas avoir la pince pouce index (question 19). L'ouverture des blisters ne posent aucun problème mais le fractionnement des comprimés reste délicat pour un quart de la population, qui n'hésitent pas à utiliser des aides diverses et variées allant de la boite prévue à cet effet à des manipulations plus hasardeuses à base de couteaux voir de fourchettes.

Outre la prise médicamenteuse, ces troubles de la dextérité retentissent aussi sur la vie quotidienne : 42,4% des personnes arrivent difficilement à ouvrir une bouteille d'eau (question 17), difficulté prédominant dans la population féminine de façon significative ($p<0,05$).



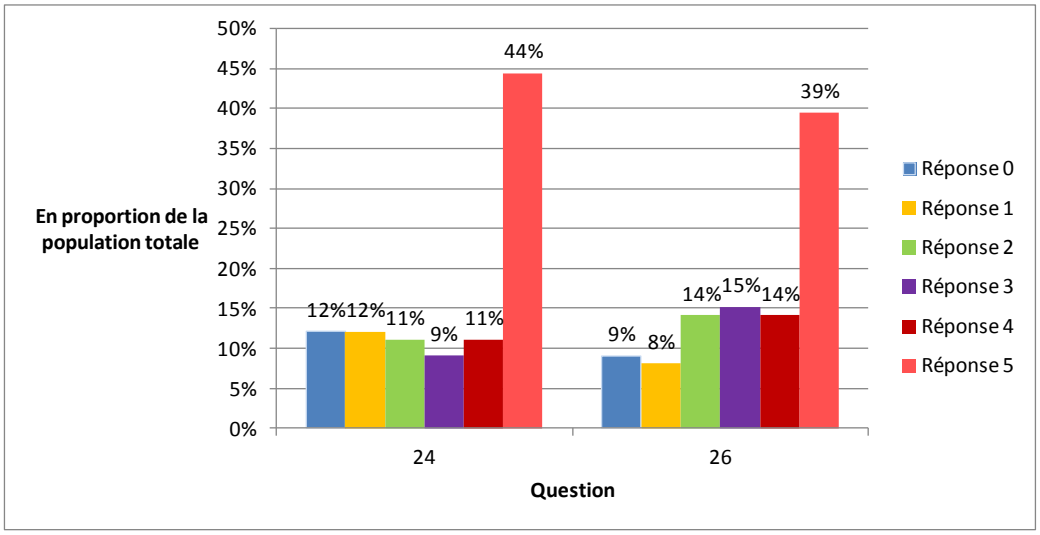
Autonomie locomotrice : analyse des sorties sans (question 21) et avec aide (question 22)

Plus de la moitié sortent quotidiennement sans besoin d'aucune aide extérieure tandis que le cinquième de la population ne peut absolument pas sortir sans aide, et que 7% sortent de chez eux moins d'une fois par mois.

II Etude des relations avec les traitements médicamenteux

A) Implication du patient

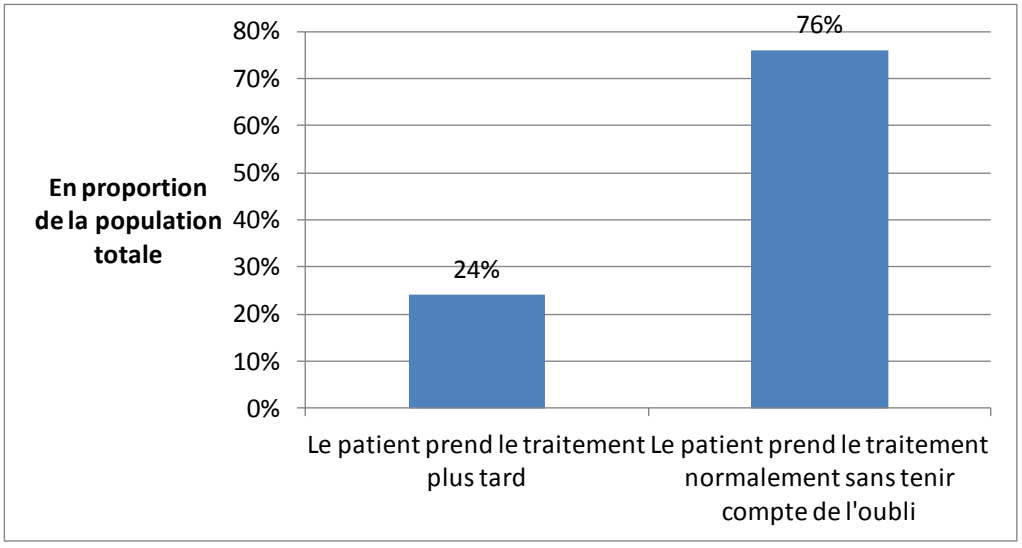
La connaissance des traitements ainsi que de la fonction de leur traitement est assez disparate. Seule la moitié des patients peut citer le nom ou la fonction de 4 de leurs traitements ou plus (40% connaissent bien leur traitement puisqu'ils sont capables de citer le nom et la fonction de 5 de leurs médicaments).



Connaissance du nom (question 24) et de la fonction (question 26) de 5 des médicaments de l'ordonnance

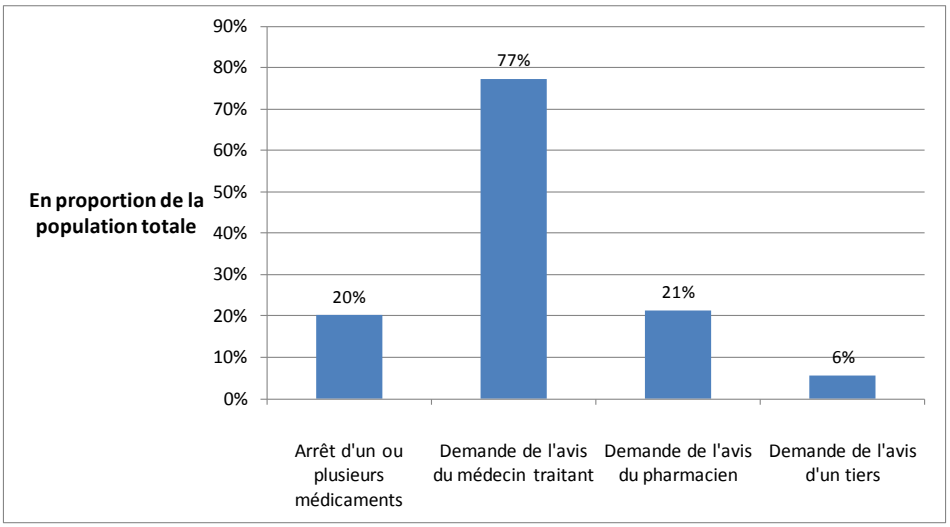
Alors même qu'ils déclarent n'avoir besoin de leur ordonnance qu'exceptionnellement pour leur prise médicamenteuse dans 83,8 % et être sûrs de leur prise médicamenteuse à 53,5% (question 27).

Il est intéressant de constater que 78% des patients déclarent ne jamais se tromper, et que 18% le font exceptionnellement alors que 33,3 % des patients font des erreurs de préparation dans leur traitement quotidien devant l'observateur. De plus, ces patients ont tous initialement déclaré gérer leur traitement médicamenteux seuls, mais 20% d'entre eux font appel à une aide extérieure, au moins ponctuellement (question 14 questionnaire pratique).



Comportement face à l'oubli d'une prise médicamenteuse

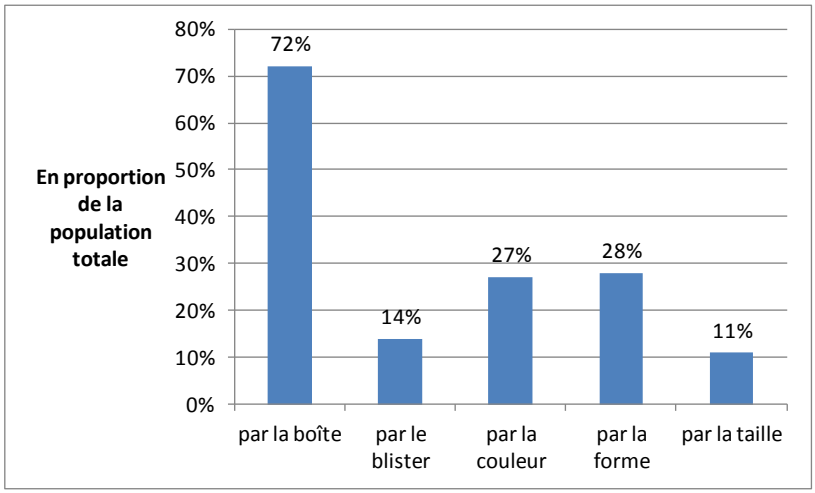
De même lorsqu'ils ont été interrogés sur leur conduite en cas d'oublis de prise médicamenteuse, 4% ont refusés de répondre, la situation ne « leur était jamais arrivé ». Heureusement aucun des patients ne pense doubler sa dose en cas d'oublis et les ¾ poursuivent leur traitement comme si de rien n'était.



Comportement de la population face à l'apparition d'un effet indésirable

En cas d'apparition d'un effet indésirable, plus des deux tiers des patients ont donc un bon réflexe et posent la question à leur médecin traitant. Les femmes sont plus enclines à recourir à l'aide de leur pharmacien et prennent moins souvent la décision d'arrêter leur traitement.

Les doublons médicamenteux présents chez 78,8% des patients sont reconnus comme tels dans 74,3% des cas, ce qui veux aussi dire que le quart de la population ne les reconnaît pas.



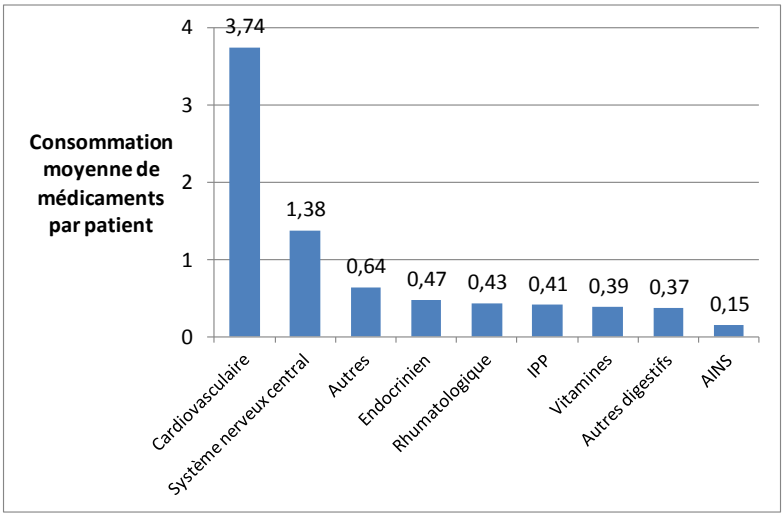
Modalités de reconnaissance du traitement médicamenteux (question 10)

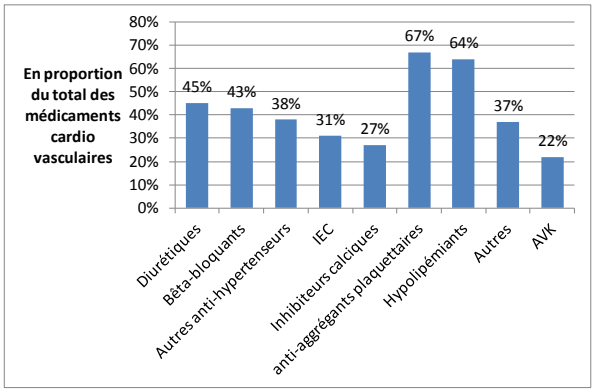
Les médicaments sont ainsi reconnus très majoritairement par leur boite, puis la couleur et la forme des comprimés.

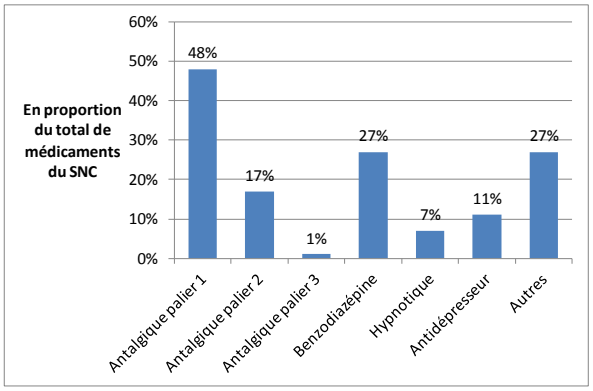
B) Consommation médicamenteuse

Les patients prennent en moyenne 8,03 médicaments (avec un écart type à 2), chiffre qui est indépendant du sexe mais non de l'âge puisque les 85 ans et plus prennent 8,5 médicaments en moyenne, toutefois, cette différence n'est pas significative sur cet échantillon

Les médicaments, les plus consommés sont les médicaments à visée cardiovasculaire, puis du système nerveux central (médicaments neuropsychiatriques et antalgiques) puis les médicaments à visée digestives.



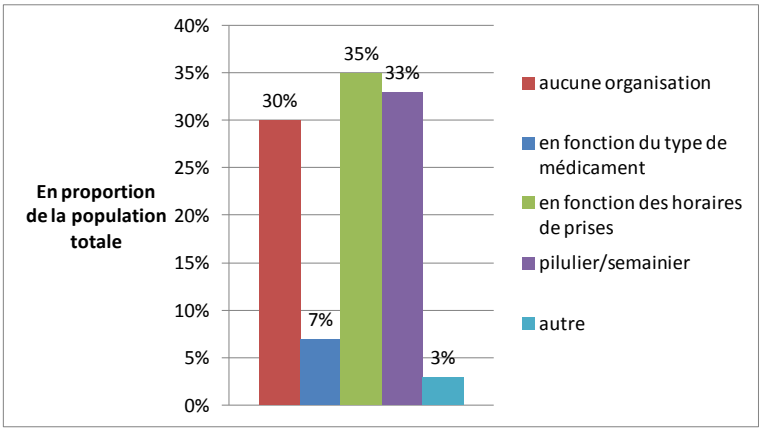




Consommation médicamenteuse et détail de la consommation des médicaments à visée cardiovasculaire et du système nerveux central

En ce qui concerne la prise médicamenteuse, les patients s'organisent en fonction de l'horaire de prise ou utilisent des piluliers, pour autant qu'une organisation particulière soit

mise en place. Les femmes et les plus de 85 ans ont d'ailleurs moins tendance à utiliser des piluliers sans que cela soit significatif.



Organisation de la prise médicamenteuse (question7)

C) Pharmacie

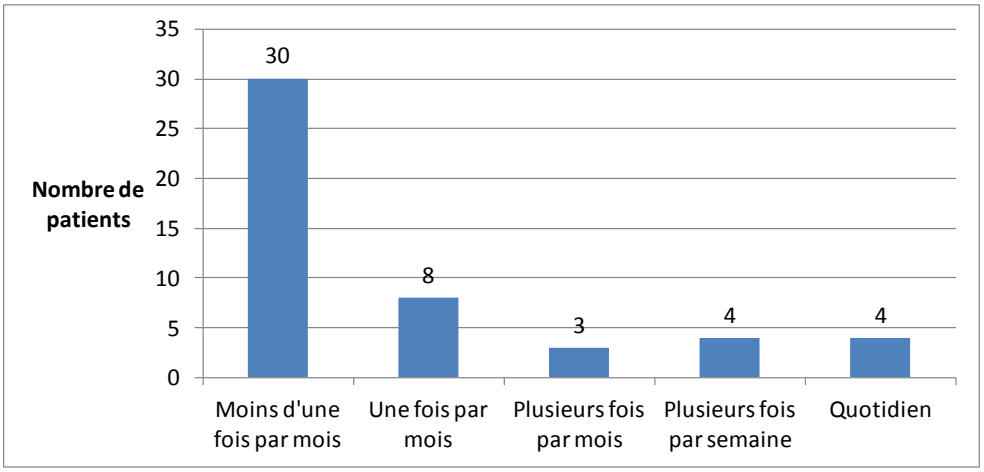
Bien que, dans 73,7% des cas une pharmacie bien individualisée soit présente, les médicaments sont généralement stockés de manière dispersée, et ce principalement chez les femmes (46% chez les femmes vs 39,4% dans la population générale de façon significative p=0,03) et seuls 40% des personnes vivant avec un proche possède une pharmacie familiale avec un mélange des médicaments des divers habitants. Les médicaments chroniques sont très majoritairement sortis, et disposés dans des pièces comme la cuisine ou la salle à manger.

Dans 21,2% des cas, des boites de médicaments concernant une pathologie chronique ont été retrouvées périmées dans l'armoire à pharmacie.

A contrario, dans 10,1% des cas, des médicaments appartenant au traitement de fond étaient manquants.

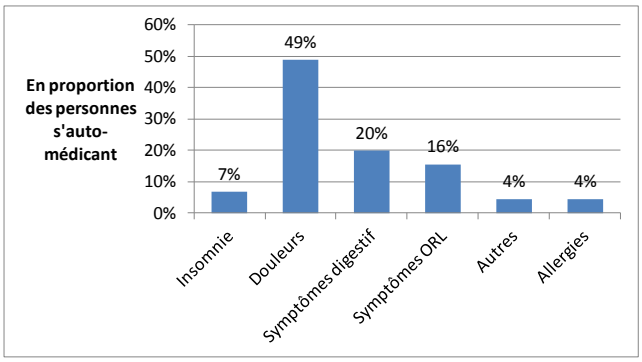
D) Automédication

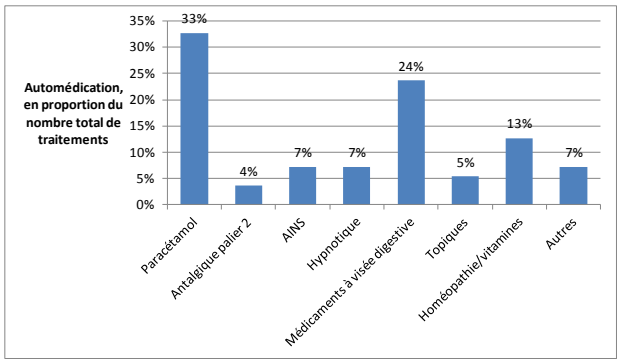
L'automédication concerne un peu moins de la moitié de cette population, qui n'informe son médecin traitant que dans un tiers des cas seulement.



Fréquence de l'automédication

6O% de ces patients ont donc recours à l'automédication moins d'une fois par mois et presque un patient sur six en prend plusieurs fois par semaine ou quotidiennement. Le recours à l'automédication reste donc limité





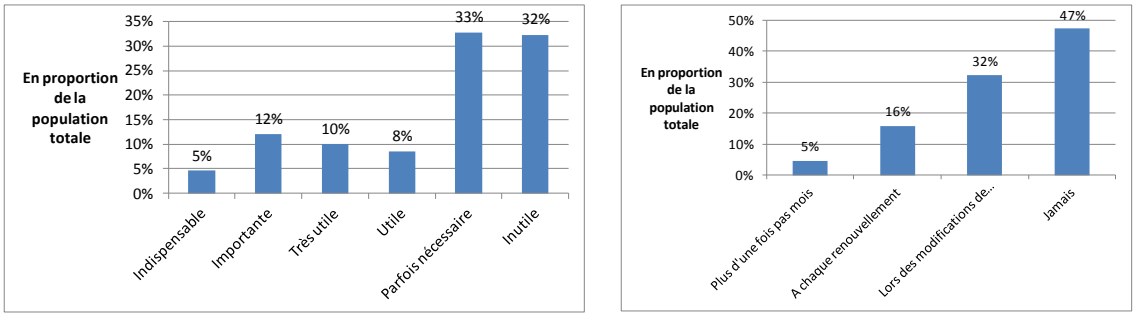
Répartition des motifs puis des traitements utilisés lors de l'automédication

Le motif principal d'automédication est la douleur, suivi par les symptômes digestifs assez variés (reflux, douleurs abdominales, constipation, ballonnement, diarrhées…). Pour y répondre, les patients prennent majoritairement des antalgiques de palier 1, ainsi que des médicaments à visée digestive (antiémétiques, laxatifs, protecteurs gastriques…) Seuls 4 patients prennent des AINS en automédication, association gênante avec les IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) de l'un et la bithérapie IEC/diurétique d'un second, tandis qu'une troisième patiente associée sans le savoir deux AINS.

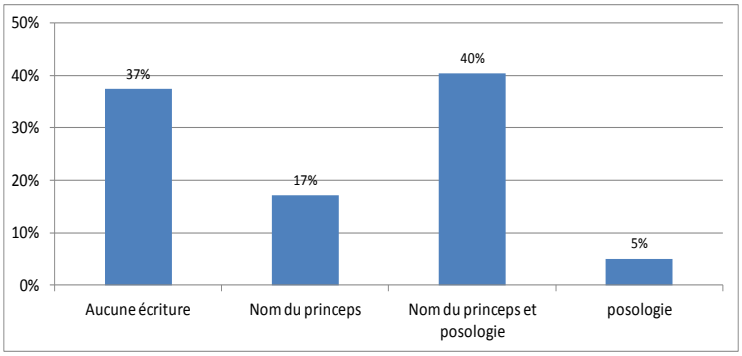
Ces médicaments ont été achetés pour les deux tiers sans ordonnance et dans un quart des fois par l'intermédiaire d'un médecin autre que le médecin traitant (données indépendantes de l'âge ou du sexe). Aucune automédication n'est fournie par un tiers dans notre étude.

E) Utilité du pharmacien

L'utilité du pharmacien semble négligée par notre panel de patient. Pour 68,7% des personnes âgées, il est au mieux parfois nécessaire, ce qui s'explique par le fait que le patient n'ai pas l'impression de recevoir une quelconque aide du pharmacien dans 50% des cas ou uniquement à chaque modification de traitement dans 35,3% des cas.



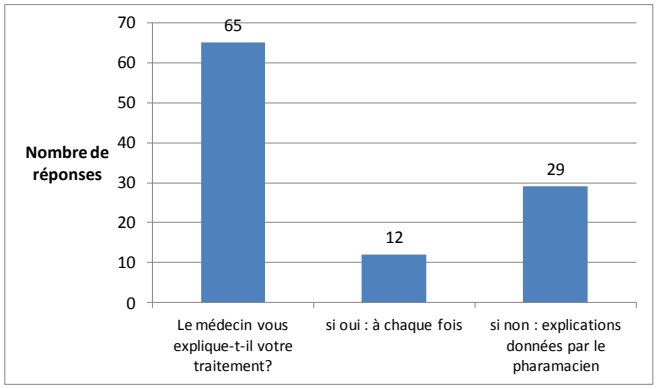
Importance attachée à l'aide du pharmacien (question 28), fréquence de l'aide apportée par le pharmacien ressenti par le patient (question 29)



Fréquence des inscriptions par le pharmacien sur les boites de médicaments délivrés.

On constate que les pharmaciens écrivent la posologie et/ou le nom princeps en cas de générique dans 60% des cas, et ce indépendamment de l'âge ou du sexe. Ils participent, de concert avec le médecin traitant à l'information du patient sur la médication : 30% de notre population reçoit des explications par son pharmacien, informations qui semblent être

dépendantes de l'âge et du sexe puisqu'elles ne sont reçues que par 22,5% des plus de 85 ans et 21% % des hommes, sans que cette tendance ne soit significative.



Source d'information du patient sur ses médicaments

A propos des entretiens

Cette enquête a permis de rencontrer des personnes extrêmement diverses, et ce fut une expérience très enrichissante. Ce paragraphe recouvre quelques phrases, idées ou situations auxquelles j'ai été confrontée.

A) Caractéristiques de la population

Une de mes plus grandes surprises a été l'immense hétérogénéité des personnes rencontrée : le « jeune » retraité de 75ans, ex PDG, encore très actif, une adorable vielle dame, ancienne chercheuse qui, constatant son déclin cognitif, attend avec impatience son départ pour une maison de retraite, ou cette autre femme de 94 ans, française mais polyglotte, avec qui l'entretien s'est déroulé en partie en anglais !

Et que dire de l'accueil ! il y a un monde entre l'accueil chaleureux « venez, vous savez, ça me fait plaisir de voir un peu de monde », le classique « je ne vous reçois que parce que vous venez de la part de mon médecin traitant que je connais depuis plus de vingt ans, vous savez » répété 2-3 fois pendant le premier quart d'heure d'entretien et l'improbable « ah ! C'est vrai que vous deviez venir, mais vous savez, j'ai réfléchi et mon mari est quand même trop sourd pour participer à cette étude »

La question sur la lisibilité de l'ordonnance a suscité des réponses assez soupçonneuses : « mais bien sur, vous savez bien que le Dr X. est informatisé ! « ou «oh oui! Je n'ai jamais vu un médecin écrire aussi lisiblement » ou encore, « mais vous êtes surs de connaître le Dr Y. ? Ses ordonnances sont totalement illisibles »

En ce qui concerne les sorties avec ou sans aide, une réponse identique sur le formulaire recouvrait des réalités différentes : cette patiente de 76 ans qui a déjà récupéré presque totalement d'une neuropathie post chimiothérapie n'ose pour l'instant pas s'aventurer dans la rue en l'absence d'une amie ou de sa kinésithérapeute, alors que cette autre patiente de 90 ans est elle totalement incapable de marcher sans son déambulateur et sort comme la première accompagnée 2-3 fois par semaine par son aide ménagère.

B) Relation entre la personne âgée et ses médicaments

L'existence d'une organisation de la prise médicamenteuse n'est pas toujours caution d'une meilleure observance ou d'une diminution des erreurs :

M. A., mecontent d'avoir des boites incluant 28 ou 30 jours de traitements, fait durer toutes ses boites 1 mois : ainsi après l'examen de son semainier, nous avons constaté une bonne prise médicamenteuse 1 jour sur 7.

Mme V., elle, utilise son pilulier pour préparer 15 jours de traitements, et remplis les casiers avec ses médicaments d'une façon plus qu'approximative.

Et indépendamment des troubles physiques ou psychiques, certains patients trouvent certains médicaments plus difficiles à prendre que d'autre. Ainsi Mme M. m'a expliqué a propos de son Kardegic (qu'elle oublie tout le temps) qu'elle « avait tout fait pour penser à le prendre » : en effet, à défaut d'être avalé, son Kardégic était d'abord dans la cuisine avec les autres médicaments à prendre le matin, puis au salon, avant de passer par la table de nuit puis de finir à la salle de bain, sans pour autant améliorer son observance.

Le rangement des médicaments pourrait d'ailleurs à lui seul créer un travail de recherche : il trahit certains traits de personnalité du patient. Quelques uns sont obsessionnels comme Mme B. qui garde tous ses traitements dans une boite, sans ordre apparent mais ne supporte pas qu'on en déplace un seul, ou d'autres dont la prise correcte des traitements semble relever du miracle (médicaments en vrac rangés dans des boites d'autres traitements, comprenant des médicaments à marge thérapeutique étroite)

En fait, la réalisation de ces questionnaires sous forme d'entretiens à domicile nous a aussi permis de réaliser la complexité des situations et l'incroyable hétérogénéité de cette population, de mieux comprendre leurs problèmes et leurs relations avec leurs traitements et bien entendu, leur attachement à leur médecin traitant.

Discussion

I Principaux résultats

A) Caractéristiques de la population

Cette population regroupe une minorité d'hommes, en moyenne plus jeunes que les femmes et vivant en couple ou avec un membre de leur famille dans plus de la moitié des cas. Ces proportions s'expliquent par une espérance de vie plus longue chez la femme (1) et se retrouvent dans la population parisienne (composée elle aussi de 33% d'hommes pour les habitants de plus de 75 ans) (3).

Le niveau socio-économique est d'ailleurs assez élevé: aucun ouvrier ou agriculteur et seuls 5% d'employés dans la population testée, ce qui s'explique par les tarifs immobiliers de la capitale. Pour autant l'existence de patients aux revenus plus modeste s'explique aisément par l'inclusion d'arrondissements « populaires » dans l'étude mais aussi par l'ancienneté de l'acquisition de leur domicile (la plupart des patients que j'ai moi même interviewé habitaient en effet leur logement depuis plusieurs décennies).

B) Fonctions supérieures et locomotion

L'étude portait sur une population présumée autonome à domicile. Les fonctions cognitives sont donc conservées dans une large majorité. Ils ne présentent finalement que des troubles mnésiques portant principalement sur la mémoire à court terme.

Sur le plan physique, il est intéressant de constater qu'un tiers des patients ne peut déchiffrer leur ordonnance.

Mais l'incapacité physique prédominante repose sur une altération de la mobilité et l'incapacité d'un peu plus de 40% de la population de sortir seuls de chez eux. Cette augmentation des troubles de la mobilité avec l'âge se retrouve dans la littérature, comme par exemple dans une étude de population canadienne de 1996 qui constate des troubles de la mobilité chez 23,5% des femmes et 14,8% des hommes de plus de 75 ans, s'accroissant avec le nombre de pathologies chroniques (78), ou dans une étude longitudinale anglaise déterminant l'âge de survenue de l'incapacité (79).

Concernant la dextérité, plus d'un quart de la population manipule difficilement les objets de petites tailles comme les boutons ou les médicaments. De plus 10% de la population déclarent avoir une certaine difficulté avec la manipulation des emballages. C'est en effet le problème pratique principal rencontré par ces patients âgés (52, 80). Dans son étude, Le Dr Nikolaus suggère un contrôle de la capacité à manipuler les médicaments dans cette population afin d'en améliorer l'observance (80).

C) Relation avec les traitements :

Ces personnes âgées sont donc confiantes dans leur prise médicamenteuse et n'ont généralement pas besoin de l'ordonnance pour leurs préparations quotidiennes. Elles ont aussi des comportements adaptés face à l'oubli d'un traitement ou l'apparition d'un effet indésirable. Paradoxalement, ils connaissent assez mal leurs traitements : seule la moitié des patients connait le nom et la fonction de plus de 4 de leurs médicaments tandis que 20% environ ne peuvent en citer plus qu'un seul, et ce indépendamment du sexe ou de l'âge. Ce manque de connaissance est d'ailleurs retrouvé dans la littérature mais y semble lié à l'âge, au nombre de médicaments prescrits ainsi qu'au déclin cognitif (81).

Ces patients âgés ne reconnaissent pas les doublons dans un quart des cas, mais reconnaissent leurs traitements par la boite (nom/couleur) puis la forme et la taille du comprimé. Or la couleur des boites des génériques est uniquement conditionnée par la marque de celui-ci et non par la molécule contenue. De plus, la galénique propre du traitement peut être différente qu'il s'agisse du princeps ou de génériques de firmes concurrentes. Leur utilisation doit ainsi être très entourée et introduite progressivement sous peine de déstabiliser le patient et de provoquer des accidents iatrogènes (confusion des traitements, perte de la reconnaissance, prise combinée du générique et du princeps) (4, 82). Une organisation de la prise en elle même existe chez 70% des gens, privilégiant une préparation des médicaments de la journée selon leurs horaires de prise ou les piluliers. Il est d'ailleurs un peu étonnant que les femmes et les plus de 85 ans soient moins enclins à utiliser des piluliers.

De plus, comme dans la littérature (52), il existe une différence de taille entre l'observance déclarée et celle qui est mesurée. Dès lors, on ne peut que s'interroger sur le fondement de cette divergence : « mensonge » du patient qui n'ose pas révéler ses faiblesses

ou ses fautes à l'enquêteur de peur d'être réprimandé/dénoncé à son médecin traitant ? Ou réponse de bonne fois de patients qui procèdent à des erreurs sans le savoir ? Que dire des 4% qui ont répondu avec indignation n'avoir JAMAIS oublié de prendre un traitement ?

Ce défaut d'observance concerne le tiers de nos patients. C'est une proportion identique (41) ou plus faible (40) que dans la littérature. Mais l'étude teste plus la capacité d'être observant que son observance véritable : ainsi le patient peut être capable de préparer ses médicaments devant un tiers, mais fait-il le même effort tous les jours ? Et rien ne nous indique qu'une fois les médicaments préparés, ils sont effectivement ingérés par le patient. D'autre part, ces maladies chroniques sont généralement pauci ou asymptomatiques, ce qui diminue encore l'observance (41).

Ce travail est mené chez des patients polymédiqués, et donc prenant plus de 5 médicaments par jour. Notre étude retrouve, comme dans la littérature, un lien entre l'augmentation du nombre de médicaments et l'âge (13, 14, 16, 49) mais ne retrouve pas celui avec le sexe féminin (49, 83).

En ce qui concerne les médicaments consommés, cette étude confirme la littérature (24) et retrouve une consommation de médicaments à visée cardiovasculaire prédominante, suivie des médicaments du système nerveux central, puis des médicaments à visée digestive. Le détail de répartition des diverses classes médicamenteuses dans les grandes familles différait par contre par rapport à l' Enquête Santé et Protection Sociale menée par l'IRDES en 2000 (24).

L'automédication est plutôt bien représentée dans cette étude qui retrouve des données comparables à la littérature (39, 59). Elle est pratiquée par une bonne partie de la population, même à une faible fréquence et reste majoritairement non déclarée et donc sous estimée par les professionnels de santé (57). Bien que ce ne soit pas un objectif de l'étude, quelques interactions médicamenteuses ou associations déconseillées on été mises en évidence, principalement avec les AINS. On ne peut alors que déplorer le manque d'information de ces patients et le manque de contrôle dans la délivrance de ces médicaments (84), pourtant prescrits initialement par un médecin dans un quart des cas.

D) Relation avec le médecin et le pharmacien

La vocation d'information du médecin traitant semble un peu délaissée par les patients qui déclarent certes avoir reçu des explications sur leur traitement, mais seulement à son initiation ou lors de changements de molécules ou de posologies dans la grande majorité des cas. Ainsi un tiers environ des personnes interrogées privilégieront une autre source d'information devant l'apparition d'un effet indésirable, et une personne sur 8 ne demandera pas d'avis médical ou paramédical.

Les trois quarts du panel disposent d'une pharmacie clairement identifiée, même si cela n'empêche pas un stockage dispersé des médicaments, généralement lié à la conception qu'en a le patient ou à une volonté d'améliorer l'observance comme l'explique Sylvie Fainzang (63). Cette pharmacie est aussi un reflet de l'observance : un patient sur cinq conserve des boites périmées de son traitement de fond, ce qui soulève des doutes quand à sa prise médicamenteuse. Il pourrait donc y avoir une véritable utilité à la visite régulière de la pharmacie de certains de nos patients âgés. Cet examen est de plus très bien accepté par le patient qui y voit une prolongation du rôle du médecin traitant (62).

Le rôle du pharmacien est sous estimé par la personne âgée. Il annote pourtant plus de la moitié des boites délivrées et informe les patients sur leurs traitements, ce qui est plus particulièrement ressenti par les femmes et les 75-85 ans. Le pharmacien est pourtant central dans la prise en charge de la personne âgée et doit procéder à une dispensation vigilante des médicaments: information, contrôle de l'absence d'interactions médicamenteuses, vérification d'une galénique adaptée au patient (4, 41, 84). Ainsi, plusieurs mesures sont proposées à travers diverses publications : l'utilisation d'un véritable dossier pharmaceutique, individuel (41, 84), la délivrance de boites personnalisées contenant un mois de traitement (73), une amélioration de l'écoute du pharmacien et des conseils délivrés (73,74, 84), le développement de formations spécialisées en gériatrie lors du cursus de pharmacie (4).

II Intérêts et limites de l'étude

Cette thèse a la particularité de s'appuyer sur une méthodologie originale centrée sur une hétéro-évaluation du patient ainsi qu'une étude de sa gestion médicamenteuse, que ce soit

la préparation ou l'organisation de ses traitements au domicile du patient. Ce procédé est assez rare dans les études de ce type du fait de sa réalisation plus délicate et chronophage, mais permet une étude semi qualitative.

La réalisation d'entretiens à domicile permet de visualiser le mode de vie du patient. De plus, le questionnaire suivi de tests pratiques permet de confronter les déclarations de la personne avec la réalité des faits, ou en tout cas de s'en approcher. Afin d'améliorer la significativité des résultats, la randomisation a été scrupuleusement suivie à deux niveaux : celui des médecins traitants puis des patients.

Cette étude a aussi permis d'examiner leur pharmacie familiale, peu explorée dans la littérature ou en pratique courante. Pourtant cette analyse permet de mieux visualiser l'organisation des traitements ainsi que leur gestion afin de pouvoir mieux prescrire.

Si intéressante soit-elle, cette méthodologie présente quand même des failles : tout d'abord, comme pour toute étude de ce genre, les patients sont inclus sur la base du volontariat, ce qui crée un biais de sélection. L'interrogatoire à domicile du patient prend beaucoup temps. Malgré la participation de quatre enquêteurs, ce qui a permis l'inclusion d'un plus grand nombre de sujets, la population étudiée reste restreinte. Notre étude manque donc de puissance statistique. De plus, elle includ une faible proportion d'hommes âgés de plus de 85 ans (8% de la population globales). Il peut ainsi exister une confusion entre les patients de plus de 85 ans et ceux du sexe féminin.

La population a été randomisée à partir de médecins généralistes parisiens tirés au sort, cela indépendamment de leur localisation géographique. Tous les arrondissements parisiens ne sont donc pas représentés mais l'enquête a permis d'étudier des habitants de zones plus et moins favorisées. Cette étude est de plus strictement citadine, fixée sur une population très particulière puisque vivant à Paris intramuros. Les résultats de ces observations ne pourront donc pas être extrapolés à des zones rurales, ni, selon toute probabilité, à des villes de moyenne ou faible importance.

Concernant les résultats obtenus, comme la consommation médicamenteuse, on peut aussi accuser un biais de sélection : les patients inclus ne sont suivis que par 20 médecins traitants différents. Les différences observées sont-elles juste le reflet de leurs pratiques ?

De plus, le test de préparation médicamenteuse est effectué sous le contrôle d'un observateur, ce qui peut fausser les résultats dans un sens comme dans l'autre.

III vers une meilleure prise en charge ?

Cette étude a donc permis de mieux caractériser cette population si particulière et d'en affiner la prise en charge. Ainsi cette dernière peut être optimisée à plusieurs niveaux.

A) Une organisation en réseaux :

Une véritable prise en charge optimale de la personne âgée ne peut passer que par une gestion pluridisciplinaire, une organisation en réseaux, avec des actions aidées par l'ARS, des maisons médicales, les praticiens, les pharmaciens, les infirmières de terrain et autres thérapeutes. Elle s'appuie alors en particulier sur la réalisation d'évaluations gériatriques régulières (13, 44), mais aussi sur le concours actif du pharmacien : diverses études démontrent une meilleure compliance et une amélioration des prescriptions suite à des séances d'éducation des patients, personnelles ou collectives, à l'évaluation de la prise médicamenteuse, et à la transmission des conclusions de ces entretiens au médecin traitant (37, 44).

Une autre piste peut être d'avertir les médecins traitants par courrier (par le pharmacien ou tout autre personnel médical ou paramédical) de la possibilité de misuse dans leur patientèle (13). Des changements de prescriptions ont été constatés après plusieurs séances de formation continue, non seulement auprès du praticien qui les reçoit, mais aussi de ses confrères (48). Ainsi, les réseaux peuvent avoir un réel impact sur la prescription.

B) Une prescription plus sûre :

:

Certains auteurs préconisent une modification de l'apprentissage médical (25, 42) avec la création de sessions centrées sur la prescription pendant le cursus universitaire puis en formation continue tout au long de la vie active.

Il existe de plus des aides à la prescription comme les logiciels développés sur ordinateurs (44, 85). Cette informatisation permet de modifier certaines prescriptions (par

exemple les benzodiazepines de demi-vie longue (37)), de réduire ainsi des traitements inappropriés et le coût des prescriptions ; mais à trop montrer des messages d'avertissement, le prescripteur risque surtout de ne plus discerner les contre-indications majeures et dangereuses (42).

La mise en activité très récente du dossier médical personnel (DMP) contribue de plus à une amélioration de la prise en charge. Cette mise en place est certes délicate et progressive, mais pourra être un véritable avantage pour l'avenir. Créé avec l'accord du patient, celui-ci détermine lui-même les professionnels de santé qui peuvent y accéder. Cet accès est facile, via internet ou directement depuis les logiciels de gestion de cabinet, mais aussi adapté à la fonction de chacun : ainsi l'information délivrée pour l'infirmière est différente, de celle du médecin ou du kinésithérapeute... Chaque praticien peut en outre ajouter des compléments d'information à ce dossier, ceux qu'il juge nécessaires à une bonne prise en charge de son malade (86).

Une prescription médicale dédiée à un patient âgé polymédiqué doit être adaptée à son profil et son environnement… Le médecin doit adapter sa prise en charge à chaque patient ainsi qu'à leur objectif de qualité de vie, parfois très différente de celui du praticien (79). A cette dimension s'ajoute aussi la prise en compte de l'environnement, du patient certes, mais aussi du médecin. La prescription médicamenteuse finale dépend donc de trois sources différentes : le médecin, le patient et leur environnement (44).

C) La déprescription :

Le prescripteur doit aussi adapter en permanence sa prescription en fonction de l'évolution de l'état somatique, cognitif et environnemental de son patient …, ce qui vaut aussi pour la simplification des ordonnances ou la déprescription. Il ne s'agit pas ici de tomber dans l'underuse ou de faire du fatalisme en confondant l'évolution défavorable d'une maladie non traitée et le vieillissement naturel, mais d'une amélioration de la prescription associée à des objectifs adaptés au patient (30). La déprescription doit être prudente et réfléchie selon un planning préétabli (87, 88) et suivie d'une surveillance active. Elle ne peut être réussie que chez un malade éduqué en respectant l'attachement de certains malades à leurs médicaments (84), et en usant parfois de méthodes du type entretient motivationnel pour parvenir un arrêt

consenti afin d'éviter une altération de la relation de confiance médecin-malade : le patient est en général très attaché à ses traitements, qui le protègent contre la maladie et qui ne peuvent donc pas lui être néfastes (87). Elle concerne en fait principalement des médicaments désormais contre-indiqués, responsables d'accidents thérapeutiques, inappropriés, dont l'indication, les modalités d'administration ou la durée de prescription sont jugés inopportuns (87,88) : c'est à dire des traitements comme les anti-inflammatoires, les anticoagulants, les psychotropes, les antibiotiques, les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (88,89). Mais cette déprescription comporte aussi des risques : sa méthodologie reste non validée et l'arrêt d'un traitement peut déséquilibrer une pathologie chronique. De plus, l'arrêt d'un traitement génère un problème déontologique lorsqu'il a été réalisé par un confrère mais aussi, dans certains cas, des réactions somatiques ou psychologiques : recrudescence ou récidive de la pathologie traitée, syndrome de sevrage, déstabilisation d'une pathologie psychotique, phénomènes de rebonds… La déprescription implique en effet une conjonction de plusieurs éléments : un véritable échange entre le patient et son médecin, une éducation du patient soigneuse, une grande implication du patient dans son traitement …

La prescription chez la personne âgée reste un exercice délicat, un équilibre particulier à rechercher, consultation après consultation, avec l'aide de tous nos partenaires médicaux et paramédicaux. Le vieillissement s'accompagne de modifications psychiques, physiques et métaboliques affectant les individus de manière variable. Cette population très hétérogène est en fait peu étudiée et de ce fait difficile à caractériser. Pour autant, une connaissance adéquate est essentielle à la vue de la grande incidence des polypathologies et de la polymédication. Mieux prescrire ne signifie pas prescrire plus, mais plutôt autrement, en adéquation avec les bénéfices attendus pour chaque patient.

Conclusion

Une part des rôles et missions du médecin généraliste consiste à prendre en charge les patients sur le long cours, faire de la prévention et de l'éducation, a fortiori lorsqu'ils sont âgés. Notre étude à révélé qu'un médicament prescrit n'est pas systématiquement ingéré (près d'un tiers des personnes âgées de notre échantillon est dysobservant). Le médecin doit pouvoir aborder ces difficultés ou manques d'observance. Poser des questions ouvertes, simplement, de façon routinière, et évoquer l'inobservance comme quelque chose de « normal » facilite grandement la prise en charge de cette problématique. Les questionnements peuvent être du mode : Quels sont les médicaments que vous oubliez le plus de prendre ? Pourquoi à votre avis ? La prise régulière de vos médicaments vous pose-t-elle problème ? Il est difficile pour le médecin d'aborder la dysobservance de son patient, car cela peut lui renvoyer des sentiments d'échec, de culpabilité, de non reconnaissance qui affectent son ego de praticien « expert et maître de la bonne santé de ses patients »

Notre étude à révélé aussi la part importante de prise médicamenteuse non prescrite et non connue par le médecin traitant. La connaissance de la totalité des traitements de son malade, y compris l'automédication souvent sous-estimée chez les personnes âgées, semble indispensable à une meilleure prise en charge.

L'analyse régulière de la pharmacie familiale me semble très importante. Bien acceptée par le patient, c'est aussi un moyen de mieux le comprendre et de visualiser sa gestion médicamenteuse : présence de boîtes d'un traitement de fond périmées, de médicaments manquants (respectivement un patient sur cinq et un sur dix dans notre étude), existence d'autres traitements disponibles… Dans un souci de gestion optimale des médicaments, on pourrait imaginer, dans l'avenir, des pharmacies « intelligentes » conçues sur le même principe que les réfrigérateurs « intelligents » : à partir d'une ordonnance et en fonctions des médicaments, le meuble pourrait contrôler la bonne observance, émettre des alertes en cas d'erreurs, passer directement commande à l'officine locale et fournir au patient ses traitements manquants.

La réalisation du dossier médical personnel (le DMP), accessible à tous les partenaires de santé, est un pas de plus vers une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité,

permettant une diminution des risques iatrogènes de prescriptions de différents médecins ou d'automédication. Mais il reste de nombreuses difficultés techniques à son utilisation : en particulier la sécurisation des données, et la diffusion du dossier auprès de l'ensemble des médecins. La création de chaque dossier et sa mise à jour semblent en effet fastidieuses ; or, les médecins traitants disposent de peu de temps à déléguer aux tâches administratives. Il existe alors un problème : comment se fier à un fichier incomplet, ou non mis à jour ?

Afin d'améliorer l'observance, la plupart des médecins généralistes a recours à des astuces comme une transformation de la mise en page de l'ordonnance (création d'un tableau récapitulatif des traitements quotidiens…) ou une diminution du nombre de prises quotidiennes au détriment parfois de la pharmacodynamique... Chacun travaille dans son cabinet, élabore ses propres solutions. Une élaboration commune de ces protocoles de prescription facilitants serait d'une grande utilité pour tous les médecins traitants.

De plus, les concepts de la déprescription doivent faire l'objet de formations primaires ainsi que de formations médicales continues. Mais la rémunération à l'acte ne la facilite pas, d'autant plus que prescrire reste plus valorisant et aisé que déprescrire : un patient qui sort sans ordonnance peut ressentir de l'incompréhension de la part de son médecin, ou pire, croire que le médecin néglige sa maladie et ses symptômes. La déprescription va de paire avec une éducation soigneuse du patient et de ses aidants éventuels. Mais cette éducation, pourtant capitale, serait rarement dispensée.

En effet les patients, a fortiori lorsqu'ils sont âgés, doivent recevoir une information régulière, de façon répétée et adaptée sans cesse à leur niveau de compréhension. Mais qui, de nos jours, a le temps de dispenser une telle information ? Alors que le nombre de médecins a diminué sous l'effet d'une ouverture trop tardive du numerus clausus, le nombre de patients et particulièrement de personnes âgées a augmenté et avec lui le nombre de consultations. Ces évolutions ont inévitablement réduit la disponibilité du praticien et donc le temps d'éducation, au détriment du patient.

Une des pistes explorées par la nouvelle convention médicale serait de revaloriser ce temps d'éducation par le biais d'une rémunération au forfait, fondée sur l'atteinte d'objectifs prédéterminés. Le pharmacien pourrait lui aussi prendre sa part dans cette information : il a en effet une excellente connaissance des médicaments, ce qui lui permettrait de revoir les

traitements avec les patients. Il dispose par ailleurs d'un lien de proximité qui lui octroie un capital de confiance auprès d'eux. On pourrait ainsi instaurer des plages de consultations auprès du pharmacien permettant aux patients de poser toutes leurs questions relatives à leurs traitements. Le pharmacien garde toutefois un intérêt financier dans la consommation médicamenteuse (lors de la vente des médicaments). Comme pour le médecin, l'enjeu serait alors d'imaginer un mode de rémunération qui ferait coïncider l'intérêt de ces deux acteurs majeurs de santé avec celui du patient et inciterait à la « juste prescription ».

Au même titre que ce déficit général d'éducation, la diminution des visites à domicile pose aussi problème : incontournables pour certains patients qui ne peuvent se déplacer, elles sont une source majeure d'information mais se raréfient de plus en plus ; elles sont en effet chronophages et mal adaptées à une bonne prise en charge médicale. Dans le cas des personnes âgées, le médecin traitant devrait ainsi effectuer, au minimum, une à deux visites à domicile annuelle. Un partenariat entre médecins et infirmiers permettrait, par exemple, de multiplier leur nombre et d'améliorer la surveillance.

Difficulté supplémentaire de la médecine générale, la réévaluation régulière de ces patients peut parfois être un obstacle au diagnostic ou à une connaissance de l'autonomie réelle lorsque la dégradation est progressive. Ce déclin peut alors apparaître comme évident à un observateur extérieur (urgences, internes, autre confrère consulté ponctuellement…) : en consultation un œil neuf dépiste ainsi plus facilement des problèmes d'installation progressive comme une hypothyroïdie ou même un déclin cognitif. Mais, seul à son cabinet, comment tenter de dépister cette dégradation? Peut-être une évaluation régulière, consignée à date fixe, permettrait de visualiser ces modifications : divers tests pourraient être exécutés (Mini Mental State Examination, get up and go, …), leurs résultats consignés et datés. Ainsi le médecin pourrait être à même de visualiser une évolution de l'état du patient.

Une proposition pour diminuer le risque d'erreur : un parcours du médicament

Représentation du parcours du médicament, de sa prescription à sa prise effective en pointant les écueils qu'il recèle, et proposition des recours éventuels :

	Facteurs de risque d'erreurs	Accidents possibles	Propositions d'actions
Prescription	-Fragilité de la personne âgée -Pathologie intercurrente -Temps de consultation trop bref	-Accidents iatrogènes -Effets secondaires indésirables -Surdosages	-Prescription attentive même pour les renouvellements d'ordonnance -Consultation et mise à jour régulière du DMP
Ordonnance	-Misuse, underuse, overuse -« Ordonnance de complaisance » sous l'insistance du patient -Polymédication non justifiée	-Interactions médicamenteuses	-Education du patient et de ses aidants -Déprescription et évaluation de tous les traitements lors des consultations de synthèse
Délivrance	-Ordonnance illisible	-Délivrance d'autres médicaments que les traitements prescrits	-Informatisation et ordonnance non manuscrite -Lien étroit pharmacien/médecin traitant -Pharmacien référent pour les patients âgés avec vérification régulière des traitements -Utilisation du DMP
Automédication	-Mauvaise compréhension ou méconnaissance des traitements -Banalisation des médicaments	-Prise de médicaments contre-indiqués -Retard diagnostic de la pathologie causale -Interaction avec les traitements de fond	-Utilisation du DMP -Automédication soumise au conseil du pharmacien et appel par celui-ci du médecin traitant en cas de doute -Meilleure information des patients
Stockage	-Médicaments périmés ou manquants -Stockage anarchique	-Absence de prise ou médicament inefficace -Confusion des médicaments	-Organisation d'un véritable lieu de rangement -Visites ponctuelles des pharmacies familiales
Prise du traitement	-Troubles mnésiques -Troubles praxiques -Diminution ou arrêt brutal d'un traitement suite à une Intolérance médicamenteuse	-Oublis de prise ou prise multiple du traitement -Syndrome de sevrage, récidive de symptômes, -Escalade thérapeutique suite à l'inefficacité supposée d'un traitement non pris	-Piluliers préparés par l'infirmière, le pharmacien -Vérification régulière du pilulier préparé par le patient -Questionner le patient sur d'éventuels effets indésirables du traitement et discuter la balance bénéfice/risque -Pharmacies intelligentes

Pour aller plus loin…

Enfin, sur le plan humain, ce travail de recherche a été très enrichissant.

De nombreuses personnes nous ont ouvert leur porte avec souvent une très grande gentillesse. Plus encore, elles nous ont accueilli dans leur intimité et nous ont parfois raconté une partie de leur histoire, de leurs difficultés et de leurs espérances. Et nous ont fait entrevoir ce lien médecin-malade si fort, si particulier aux personnes âgées.

En définitive, nous n'avons pas le droit de décider du sort d'autrui, nous ne pouvons pas soigner nos patients par la contrainte. Nous ne pouvons que les éduquer, les informer au mieux et leur proposer le traitement le plus optimal possible. Le médecin traitant tient ici un rôle central : celui qui est souvent « leur docteur » de longue date fait le lien entre les patients et la science médicale, et entre les divers spécialistes. Il prend en compte à la fois leur histoire et leur personnalité pour adapter au mieux son traitement. Etre un bon médecin généraliste, c'est aussi accepter que nos patients, avec leur histoires, leurs pathologies, leurs intolérances, ne soient pas toujours identiques à ceux qui constituent les populations des études et qu'aucun médecin, si bon soit-il, ne suivra jamais parfaitement « l'Evidence Based Medecine ».

Une des premières conséquences pratiques de cette étude est la mise en place, à partir des mêmes données, d'un score permettant le repérage des patients en difficulté dans leur gestion médicamenteuse. Il serait également utile d'élargir cette étude sur une plus grande échelle, en respectant si possible l'équilibre entre augmenter la taille de l'échantillon et conserver la qualité de réponse inhérente aux entretiens individuels.

BIBLIOGRAPHIE

1 : Insee, Projection de population à l'horizon 2060 et structure par âge, projections de population 2007-2060.

2 : Insee, Evolution de l'espérance de vie à divers âges, estimations de population et statistiques de l'état civil

3 : Population paris, cartesFrances.fr

www.cartesfrance.fr/carte-france-ville/population_75056_Paris.html

4 : PERSONNES ÂGÉES ET MÉDICAMENTS, Académie nationale de Pharmacie, Rapport, juin 2005

5 : Louis Merle et all, Predicting and Preventing Adverse Drug Reactions in the Very Old, Drugs Aging, 2005, 22, 5, p.375-392

6 : Joël Belmin, Gériatrie, 2° édition, Masson

7 : M-J. Kergoat et all, Les personnes agées et les médicaments: ce que vous devez savoir, le clinicien, avril 2003, p 81-88

8 : V. PIRE, Polymedication chez la personne âgée, Louvain médical, 2009

9 : Fréquence des affections de longue durée (ALD30) au régime général, premiers résultats de l'étude « fréquence et coût des ALD » Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés Direction de la stratégie, des études et des statistiques Département des études sur les pathologies et les patients, 5 avril 2006

10 : Etude PAQUID,

www.isped.u-bordeaux2.fr/recherche/paquid/2004-résultts-paquid.pdf

11 : URCAM Alsace, Polymédication des personnes âgées de 75 ans et plus, Enquête de pratique, 2003

12 : R. Michochi et all, Drug prescribing for the elderly, , arch. Fam Med, 1993, 2, p.441-444

13 : Emily R. Hajjar et all, Polypharmacy in Elderly Patients, The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, December 2007, Volume 5, Issue 4, p.345-351

14 : Polymédication des personnes âgées : un enjeu de santé publique » dossier de presse, assurance maladie, 4 septembre 2003

15 : Pirmohamed et all., Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients, BMJ 2004, p.329:15

16 : Routledge et all, Adverse drug reactions in elderly patients, Journal of Clinical Pharmacology, february 2004, 57, 2, p.121-126

17 : Bernard Bégaud et all, Does age increase the risk of adverse drug reactions?, British Journal of Clinical Pharmacology. 2002 November, 54, 5, p.550–552.

18 : Joël Ankri, Risque iatrogène et population âgée, ADSP (Actualité et dossier en Santé Publique), N°27, juin 1999, p.41-43

19 : S Malhotra et all, Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance, Postgrad Med J, 2001, 77, p.703-707

20 : CRESIF (Comité Régional d'éducation pour la santé), Colloque des 12 et 13 septembre 2001, observance thérapeutique de la personne âgée, synthèse documentaire.

21 : Laurence Auvray et all, Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées, Un état des lieux, Gérontologie et société, 4/2002, n° 103,p.13-27

22 : M-E Joël, La consommation de médicaments des personnes âgées : éléments d'analyse économique, Gérontologie et société 2002/4, n° 103, p.29-38

23 : G. Bouvenot, Apport des essais pré-AMM à la connaissance du risque iatrogène chez la personne âgée, Thérapie, 2004, vol 59, n°2, p.233-236

24: Professeur Sylvie Legrain , HAS Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, 2005

25 : Consommation médicamenteuse chez le sujet agé, DGS/GTNDO, 27/03/03

26 : M. Bouedjoro-Camus et all, Les accidents iatrogènes médicamenteux chez les personnes âgées: Enquête prospective réalisée dans un service de court séjour gériatrique, La Revue de gériatrie, 1998, vol. 23, n°6, p.477-485

27 : La dépense médicamenteuse en fonction du niveau de service medical rendu (SMR), Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM) - 31/03/03

28 : Naudin F et all, La prescription des médicaments à SMR insuffisant en 2001. Paris: Credes; 2001

29 : Laurence Auvray et all, Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées, Un état des lieux, Gérontologie et société, 4/2002, n° 103,p.13-27

30 : Joël Ankri, Trop ou pas assez: La consommation médicamenteuse des personnes âgées, Gérontologie et société 4/2002, n° 103, p.59-72

31 : AFSSAPS, Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé, Mise au point, juin 2005

32 : J. Collin, Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments, Médicaments et société, ADSP (Actualité et dossier en Santé Publique), juin 1999, 27, p.55-58

33 : M. Rossi et all, Polypharmacy and health beliefs in older outpatients, the American journal of geriatric pharmacolotherapy, decembre 2007, 5, 4, p.317-323

34 : Fick DM et all, Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. Arch Intern Med 2003, 163, 22, p.2716-24

35 : Marie-Laure Laroche et all, Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list, Eur J Clin Pharmacol, 2007, 63, p.725–731

36 : Johanne Monette et all, Médicaments et personnes âgées obstacles à une utilisation optimale, Le Médecin du Québec, décembre 2008, 43, 12, p.53-58

37 : J. T. Hanlon et all, Suboptimal prescribing in older inpatients and outpatients, drugs and pharmacology, 2001, 49, p.200-209

38 : G. Bouvenot, Comment prévenir le risque thérapeutique médicamenteux, Rev Méd Interne, 2001, 22, p.1237-43

39 : R. Michochi et all, Drug prescribing for the elderly, arch. Fam Med, 1993, 2, p.441-444

40 : M-J. Kergoat et all, Les personnes agées et les médicaments: ce que vous devez savoir, le clinicien, avril 2003, p.81-88

41 : Louis Merle et all, Predicting and Preventing Adverse Drug Reactions in the Very Old, Drugs Aging, 2005, 22 ,5, p.375-392

42 : J K Aronson et all, A prescription for better prescribing, Br J Clin Pharmacol. 2006 May, 61, 5, p.487–491

43 : Thierry Van der Schueren et all, Mieux prescrire pour la personne âgée, La Revue de la Médecine Générale, janvier 2003, n° 199, p.30-34

44 : Anne Spinewine et all, Prescribing in Elderly People 1, Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimized?, Lancet 2007; 370, p.173–84

45 : Tamblyn R et all, Medication use in seniors challenges and solutions, thérapie, 1996, 51, 3, p.269-282

46 : Johanne Collin « Médicament et vieillesse : trois cas de figure » Anthropologie et Sociétés, 2003, 27, 2, p.119-138.

47 : Delphine Hauchard et all, Représentation de la médication et déterminants de la consommation médicamenteuse chez la personne âgée, Psychol NeuroPsychiatr Vieil, septembre 2006, 4, 3, p.201-213

48 : N. Salles-Montaudon et all, Evolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile, Rev Méd Interne 2000, 21, p.664-71

49 : R. Durant, La prescription médicamenteuse chez la personne agées, a propos d'une enquete sur 8809 ordonnances obtenues par codage, dans la region Nord-Est de la France, la presse médicale, 12 avril 2003, 32, 14, p.630-637

50 : Patrick J Kiernan et all, Use of drugs by the elderly, Journal of the Royal Society of Medicine, 4 March 1981, 74, p 196-200

51 : C. J. Lowe et all, Effects of selfmedication : programme on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients, BMJ, 13 mai 1995, 310, p.1229-1231

52 : P. Blenkiron et all, The elderly and their medication : understanding and compliance in a family practice, Postgrad Med J 1996 ,72, p.671-676

53 : F. Bertrand et all, Les malades connaissent-ils leurs medicaments, semaine des hopitaux de paris, 1993, 69, 6, p.145-149

54 : Ilaria Passarani, "Automédication" - Le point de vue des consommateurs, Conférence-débat • Pilule d'Or Prescrire 2009

55 : Jean POUILLARD, L'automédication, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2001

56 : P. Queneau, L'automédication, source d'accidents ? Réflexions et recommandations pour des mesures préventives, Médecine, mai 2008, 4, 5, p.203-206

57 : S. J. Torrible et all, Medication use and rural seniors. Who really knows what they are taking ?, Le médecin de famille canadien, mai 1997, 43, p. 893-898

58 : E. Chrischilles et all, Use of médications by persons 65 and over : data from the established populations for epidemiologic studies of the elderly, journal of gerontology, 1992, 47, 5, p.M137-M144

59 : Patrice Queneau, Automédication, autoprescription, autoconsommation, édition John libbey Eurotext, 1999

60 : URCAM franche comté, L'automédication et l'observance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70 ans : Analyse sociologique et repères bibliographiques, Septembre 2003

61 : Salvador, Auto prescription chez les personnes âgées, point de vue du therapeute universitaire, automedication, autoprescription, autoconsommation, 2° colloque de l'APNET, 1991

62 : Lambert et all, A-t'on interet à ce que le médecin regarde dans l'armoire à pharmacie, , la revue du praticien- Médecine générale, 24 fevrier 1997, 11, 370, , p.24-26

63 : Sylvie FAINZANG, Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective, Anthropologie et sociétés, 2003, 27, 2, p.139-154.

64 : Stratégies : des données pour décider en médecine générale, Les leçons du grand âge valables à tout âge ? Médecins, novembre 2006

65 : L.M. Isaac et all, Compliance and cognitive function : a methodologist approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly, the gerontologist, 1993/12, 33, 6, p.772-781

66 : T. Nikolaus et all, Elderly patients' problems with medication An in hospital and follow-up study, Eur J Clin PharmacoI, 1996, 49, p.255-259

67 : Rajesh Balkrishnan et all, Predictors of Medication Adherence in the Elderly, CLINICAL THERAPEUTICSWOL. 1998, 20, 4, p.764-771

68 : S. J. Coons, Predicators of médication non compliance in a sample of older adults, clinical therapeutics, 1994, 16, 1, p.110-117

69 : P. Atkin et all, Functional ability of patients to manage médication packaging : a survey of geriatric impatients, Age and ageing, 1994, 23, p.113-116

70 : G. Reach et all, La non-observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine, Médecine, novembre 2006, p.411-415

71 : observance des traitements: pas si simple, Revue prescrire 2007, 27, 288, p.782-1-4

72 : L. Osterberg et all, Adherence to medication, New England Journal of medecine, 4 août 2005, 353, 5, p.487-497

73 : R. J. Simpson et all, Challenges for Improving Medication Adherence , JAMA, 6 decembre 2006, 296, 21, p.2614-2616

74 : Johnson George et all, A Systematic Review of Interventions to Improve Medication Taking in Elderly Patients Prescribed Multiple Medications, Drugs Aging 2008, 25, 4, p.307-324

75 : K. Schroeder et all, How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials, Arch Intern Med. 2004, 164, p.722-732

76 : P. W. Choo et all, Validation of patient reports, automated pharmacy records an pill counts with electronic monitoring of adhérence to antihypertensive therapy, Medical care, 1999, 37, 9, p.846-857

77 : Alain DESROSIERES, et all, Les categories socio-professionnelles (CSP), Repères, Insee,1996

78 : K. Wilkins et all, Problèmes de santé chroniques, incapacités physiques et dépendance à l'égard d'autrui chez les personnes âgées qui vivent dans la collectivité, Rapport sur la santé, statistiques Canada, hiver 1996, 8, 3

79 : R. Gonthier et all, Prise en charge médicale des patients âgés : qualité de vie, espérance de vie, éthique, 2004 , 1, p.373-380

80 : T. Nikolaus et all, Elderly patients' problems with medication: an in-hospital and follow-up study, Eur J Clin Pharmacol, 1996, 49, p.255-259

81 : H. Al Mahdy et all, How much can elderly patients tell us about their médications ? postgrad Med J, 1990, 66, p.116-120

82 : Charles Fournier, Le rôle du pharmacien, Gérontologie et société 4/2002, 103, p.177-86

83 : M. Colomes et all, Consommation médicamenteuse d'une population de retraités, Pharmacovigilance, Thérapie, 1990, 45,p.321-4

84 : "Automédication" en Europe : état des lieux et enjeux, Intervention de Marc-Henry Cornély, Conférence-débat • Pilule d'Or Prescrire 2009

85 : Louise Mallet et all, Prescribing In Elderly People 2, The challenge of managing drug interactions in elderly people, Lancet 2007, 370, p.185–91

86 : Espace Professionnel de Santé, le DMP, http://www.dmp.gouv.fr

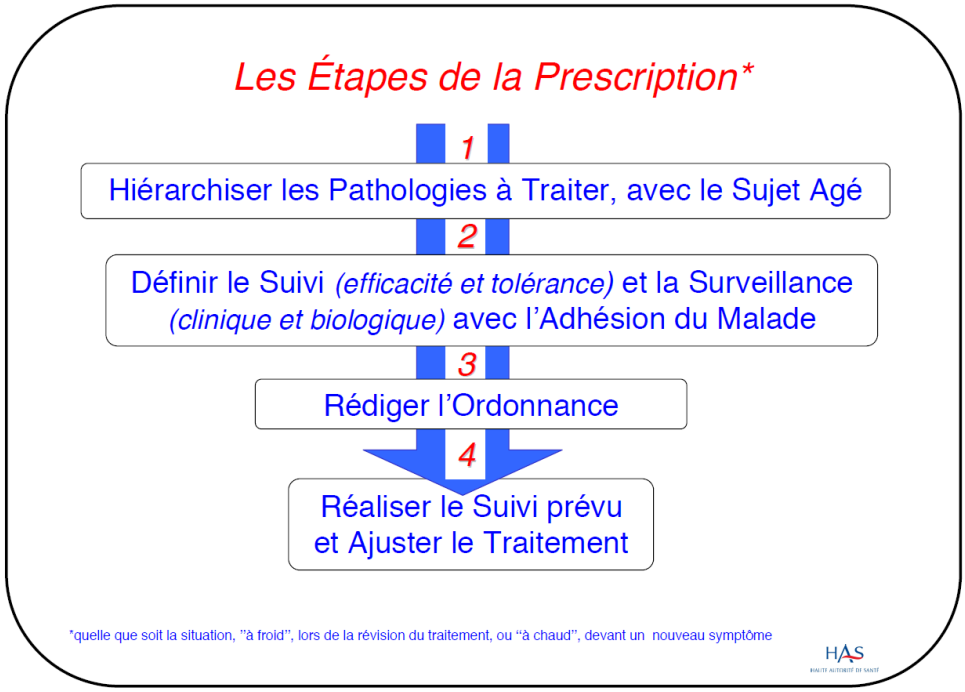
87 : J. Doucet et all, « Alléger » l'ordonnance exige de la méthode, le concours médical, du 16/12/2008, 130, 19/20, p.969-971

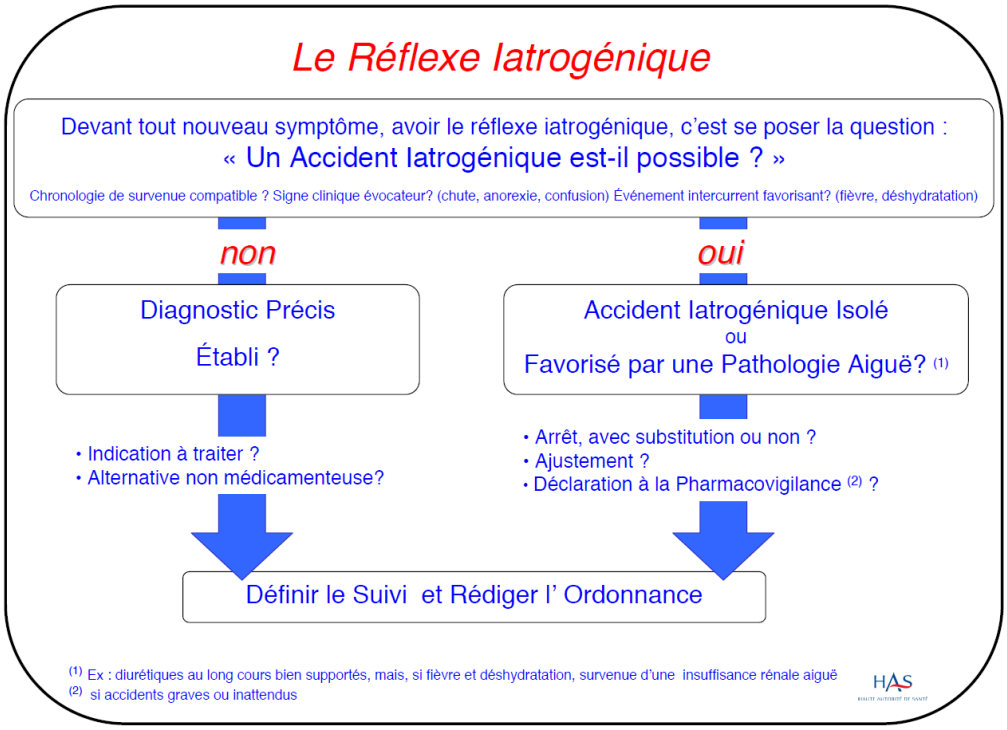
88 : P. Letonturier et all, La prise en charge des sujets âgés, la presse médicale, janvier 2008, 37, 1, cahier 1, p.65-67

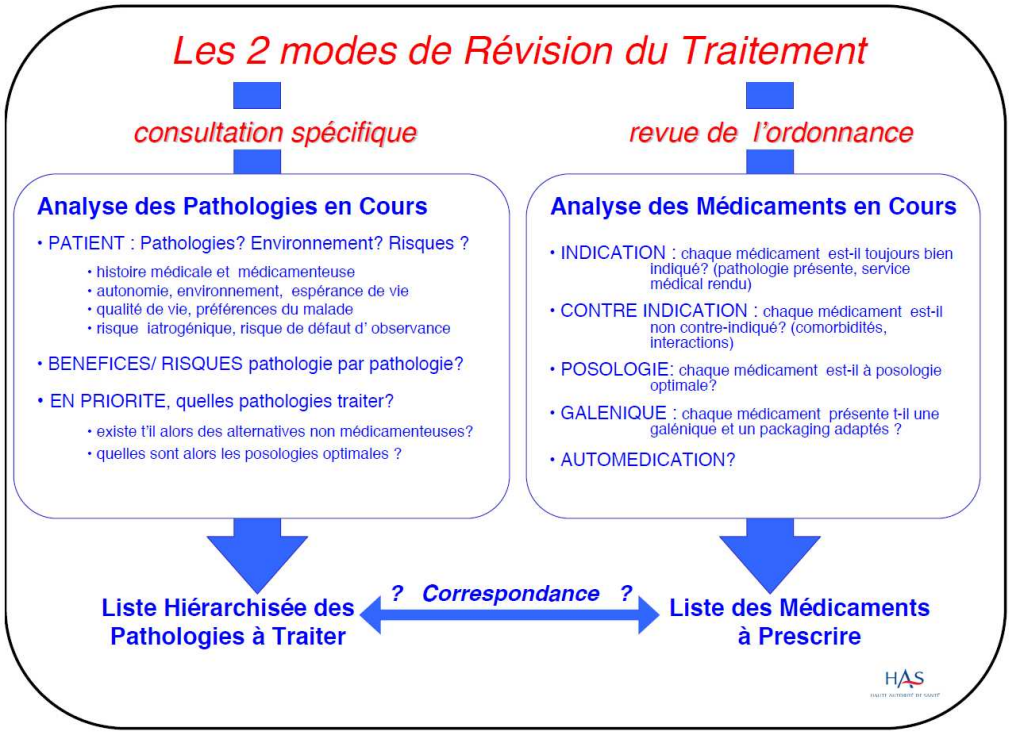
89 : P. Queneau, La thérapeutique est aussi la science et l'art de "dé-prescrire", presse médicale, 2004, 33, p.583-585

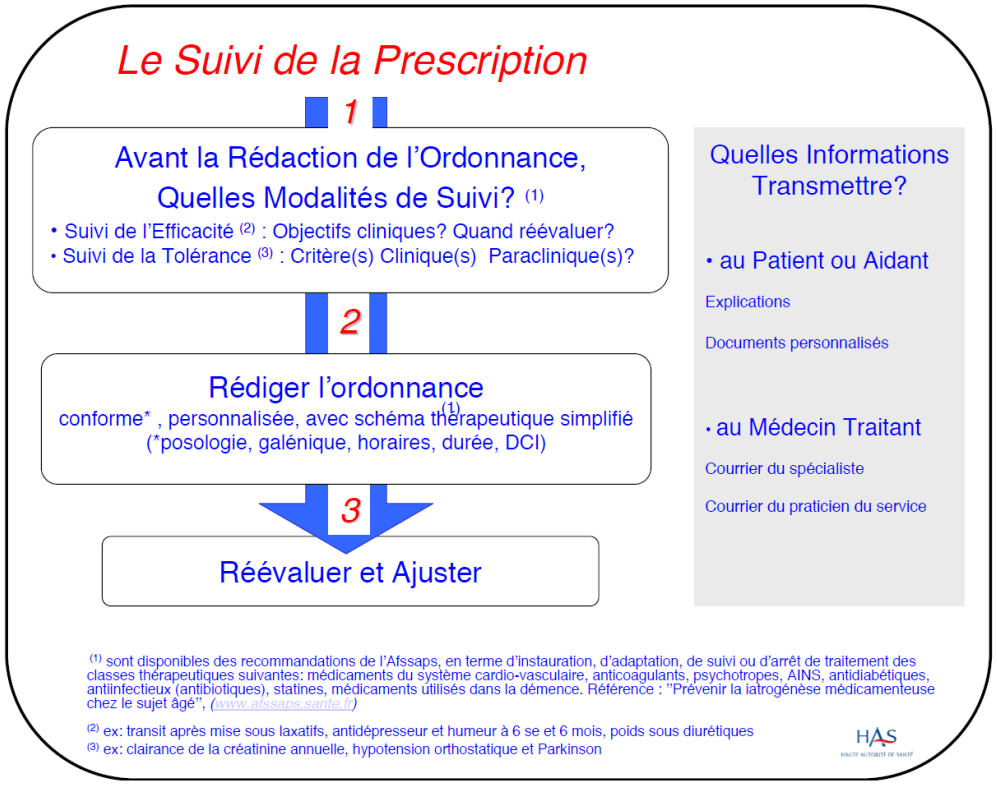
ANNEXES

ANNEXE 1 : Indicateurs de pratique clinique, programmes et messages clés (PMSA), 31/03/10 HAS






Les 2 modes de Révision du Traitement
consultation spécifique
revue de l'ordonnance
Analyse des Pathologies en Cours
• PATIENT : Pathologies? Environnement? Risques ?
• histoire médicale et médicamenteuse
• autonomie, environnement, espérance de vie
• qualité de vie, préférences du malade
• risque iatrogénique, risque de défaut d' observance
• BENEFICES/ RISQUES pathologie par pathologie?
• EN PRIORITE, quelles pathologies traiter?
• existe t'il alors des alternatives non médicamenteuses?
• quelles sont alors les posologies optimales ?
Analyse des Médicaments en Cours
• INDICATION : chaque médicament est-il toujours bien indiqué? (pathologie présente, service médical rendu)
• CONTRE INDICATION : chaque médicament est-il non contre-indiqué? (comorbidités, interactions)
• POSOLOGIE: chaque médicament est-il à posologie optimale?
• GALENIQUE : chaque médicament présente t-il une galénique et un packaging adaptés ?
• AUTOMEDICATION?
Liste Hiérarchisée des Pathologies à Traiter
? Correspondance ?
Liste des Médicaments à Prescrire
HAS


Le Suivi de la Prescription
1
Avant la Rédaction de l'Ordonnance, Quelles Modalités de Suivi? (1)
• Suivi de l'Efficacité (2) : Objectifs cliniques? Quand réévaluer?
• Suivi de la Tolérance (3) : Critère(s) Clinique(s) Paraclinique(s)?
2
Rédiger l'ordonnance (1)
conforme* , personnalisée, avec schéma thérapeutique simplifié
(*posologie, galénique, horaires, durée, DCI)
3
Réévaluer et Ajuster
Quelles Informations Transmettre?
• au Patient ou Aidant
Explications
Documents personnalisés
• au Médecin Traitant
Courrier du spécialiste
Courrier du praticien du service
(1) sont disponibles des recommandations de l'Afssaps, en terme d'instauration, d'adaptation, de suivi ou d'arrêt de traitement des classes thérapeutiques suivantes: médicaments du système cardio-vasculaire, anticoagulants, psychotropes, AINS, antidiabétiques, antiinfectieux (antibiotiques), statines, médicaments utilisés dans la démence. Référence : "Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé", (www.afssaps.sante.fr)
(2) ex: transit après mise sous laxatifs, antidépresseur et humeur à 6 se et 6 mois, poids sous diurétiques
(3) ex: clairance de la créatinine annuelle, hypotension orthostatique et Parkinson
HAS

ANNEXE 2 : Lettre d'information et formulaire de consentement

LETTRE D'INFORMATION AU PATIENT

Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette recherche ou non.

ETUDE : Evaluation de l'autonomie de gestion médicamenteuse par les personnes âgées de plus de 75 ans polymédiquées en ambulatoire.

Nom du Promoteur : CHU de Paris Descartes département de médecine générale
Adresse du promoteur : 24, rue du faubourg Saint Jacques 75014 Paris

Monsieur, Madame, Mademoiselle

Le docteur
Nom et prénom : POMEL Anne-Laure.
Adresse : 1 rue cacheux 75013 Paris
Téléphone : 06 66 33 41 06
Médecin investigateur, vous propose de participer à une étude :

Les objectifs de l'étude sont d'évaluer la compliance des patients et rechercher des facteurs de risques mauvaise prise médicamenteuse ou de mauvaise observance chez la personne de plus de 75 ans.
Le type de la recherche est la réalisation d'une étude observatrice au domicile des patients, de la gestion des médicaments et de la difficulté qu'elle peut présenter.

L'étude se déroulera de la façon suivante :
Promoteur : Faculté de médecine Paris Descartes
Préciser les modalités exactes de la recherche :
Votre médecin traitant a été tiré au sort sur la liste des médecins généralistes inscrits au conseil national de l'ordre des médecins, après contact, il a accepté de participer à l'étude.

Pour chaque médecin, une lettre alphabétique a été tirée au sort et les patients correspondants aux critères d'inclusion ont été joints par téléphone jusqu'à ce que 5 soient inclus.

Nous devons effectuer une seule visite à votre domicile d'une durée de 45 à 60 minutes environ. Lors de notre visite nous devrons remplir deux questionnaires, inspecter, avec votre accord votre pharmacie, ainsi que la préparation de vos médicaments sur une journée.

Les effets prévisibles liés à la réalisation de cette étude sont :
Bénéfices attendus

Bénéfice en terme de santé publique pour l'élaboration d'un score proposé au médecin traitant pour évaluer lae gestion médicamenteuse de ses patients de plus de 75 ans polymédiquées.

Améliorer la prise en charge des patients en améliorant la connaissance de leurs besoins.

Risques potentiels et inconforts:
Aucun risque physique.
Inconfort lié à la visite d'un enquêteur à votre domicile.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Votre refus de participer n'aura aucune conséquence sur le type et la qualité de votre prise en charge, ainsi que sur les relations avec le médecin investigateur.

Si vous acceptez, vous pouvez à tout moment quitter cette étude sans conséquences.

Vous pouvez également sortir de l'étude si votre médecin pense que c'est mieux pour vous.

Toute nouvelle information devenant disponible au cours de l'étude et pouvant avoir des implications sur votre personne vous sera fournie par le Dr POMEL.
Vous n'aurez aucune charge financière à supporter.

A l'issue de la recherche, vous serez informez des résultats globaux de la recherche.

Seules les données nécessaires à la recherche seront recueillies. Votre anonymat sera respecté dans le traitement des données. Vous avez néanmoins le droit de vous opposer à ce que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé. Si vous acceptez, vous aurez à tout moment le droit d'accéder aux données vous concernant. Vous aurez également le droit de demander à ce que les données inexactes ou devenues inexactes soient rectifiées.

Vous pourrez à tout moment exercer ces droits auprès du Dr. POMEL.

Pour toutes les informations de nature médicale, ces droits pourront être exercés directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix.

Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles.
Les données vous concernant ne seront accessibles qu'aux personnes réalisant à cette recherche et aux personnes chargées de contrôler la qualité de l'étude.

Dans tous les cas, elles seront exploitées dans les conditions garantissant leur confidentialité.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Etude promue par le CHU de Paris Descartes département de médecine générale

Les détails concernant cette étude sont fournis dans la lettre d'information spécifique qui vous a été remis. **Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.** Si vous acceptez de participer à cette étude, **veuillez compléter le formulaire ci-dessous**.

Nom, prénom et adresse :……..

……

Je soussigné (e), M……. (*nom complet en lettres capitales)* déclare avoir compris le but et les modalités de cette étude, qui m'ont été pleinement expliqués par le Docteur POMEL Anne-Laure.

J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention.

On a répondu à toutes mes questions et j'en suis satisfait(e).

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'accepte de mon plein gré de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le formulaire d'information ci-joint. Je sais que je pourrai, à tout moment, retirer mon consentement sans que cela n'affecte mon traitement ultérieur. J'en informerai alors le Docteur POMEL.

Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin et ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs.

Toutes les données me concernant, y compris mon dossier médical, resteront confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à la recherche, aux personnes chargées par le promoteur de contrôler la qualité de l'étude ainsi que par un représentant des autorités de santé.
J'accepte que les données nécessaires à la recherche soient recueillies durant ma participation à l'étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé et anonyme.

J’ai bien été informé de la finalité du traitement (on m’a expliqué à quoi serviraient ces données) ainsi que des destinataires de ces données.

J’ai bien noté qu’en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d’un droit d’accès aux données me concernant ainsi qu’un droit de rectification. Je peux exercer ces droits à tout moment auprès du Dr. POMEL (alpomel@hotmail.com)

Je donne mon consentement pour participer à cette recherche en toute connaissance de cause et en toute liberté.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. POMEL.

N° de téléphone 06 66 33 41 06.

Mon consentement ne décharge en rien l’investigateur et le promoteur de l’ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

A l’issue de la recherche, je serai informé(e) des résultats globaux de cette recherche.

A REMPLIR PAR LE PATIENT

Date : ……

Signature du patient (précédé de la mention « lu et approuvé »)

A REMPLIR PAR L'INVESTIGATEUR

Je soussigné Docteur *POMEL Anne-Laure confirme avoir pleinement expliqué au patient le but et les modalités de cette étude ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique.*

N° de téléphone de l'investigateur : 06 66 33 41 06..

Signature de l'investigateur : Date : ……..

ANNEXE 3 : Questionnaire théorique

Questionnaire Théorique

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Date de réalisation du questionnaire :

Nom du médecin traitant :

Cognitif

1/ Je vais vous dire 5 mots, répétez les après moi et retenez les bien je vous les redemanderai tout à l'heure :

- Rose
- Eléphant
- Chemise
- Abricot
- Violon

/5

2/ Pouvez- vous me dire :

- Le jour de la semaine
- La date (jour, mois, année)
- La ville où nous sommes

/5

3/ Evaluer votre besoin d'être aidé(e) :

- Pour le ménage oui / non
- Pour préparer les repas oui / non
- Pour prendre les médicaments oui / non
- Pour la toilette oui / non
- Pour les papiers (comptes, impôts…) oui / non

/5non

4/ Pouvez-vous me redire les 5 mots de tout à l'heure ?

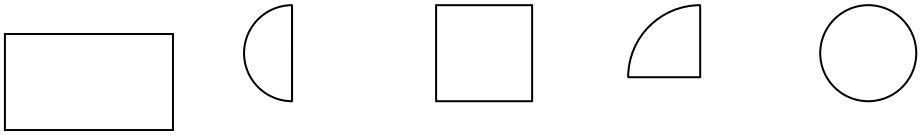
/5

5/ Evaluez votre mémoire :

- Très mauvaise 0
- Mauvaise 1
- Moyenne 2
- Assez bonne 3
- Bonne 4
- Excellente 5

/5

6/ Montrez moi les dessins que je vais vous citer (carré, rond, demi-cercle, rectangle, quart de cercle)



/5

7/ Pouvez-vous me lire les 5 lettres suivantes ?

C t s u *g*

/5

8/ Pouvez-vous lire les 5 mots suivants ?

Nantes 1

Valenciennes 2

Périgueux 3

Perpignan 4

Strasbourg 5

/5

8 bis/ Pouvez-vous lire les 5 mots suivants ?

nice 1

toulouse 2

mulhouse 3

/5

bruxelles	4
draguignan	5

9/ Vous arrive-t-il de penser avoir oublié de prendre un de vos médicaments ?

Plusieurs fois par jour	0
Tous les jours ou presque	1
2-3 fois par semaine	2
2-3 fois par mois	3
1 fois par mois	4
Très rarement	5

/5

10/ Utilisez-vous des pense-bêtes ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

11/ Egarez-vous des objets (lunettes, télécommande, stylo…) ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

LOCOMOTEUR

12/ Rencontrez-vous des difficultés à sortir des emballages ou à manipuler vos médicaments ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

13/ Vous arrive-t-il de faire tomber vos médicaments ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

14/ La manipulation de la télécommande de la tv vous pose-t-elle problème ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

15/ Boutonner des boutons de chemisiers est-ce:

Impossible	0
Très difficile	1

/5

Difficile	2
Moyennement facile	3
Facile	4
Très facile	5

15bis/ Arrivez-vous facilement à

Mettre un gros bouton	1
Fermer une fermeture éclair de jupe ou pantalon	2
Fermer un bouton pression	3
Mettre un bouton de chemise	4
Faire des nœuds	5

/5

16/ Etes-vous maladroit ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

17/ Arrivez-vous à ouvrir une bouteille d'eau neuve ?

Impossible	0
Très difficilement	1
Difficilement	2
Moyennement facilement	3
Facilement	4
Très facilement	5

/5

18/ Arrivez-vous à ouvrir ?

Une porte	1
Une boite de conserve	2
Une enveloppe	3
Un paquet de gâteau	4
Une bouteille d'eau	5

/5

19/ Test de dextérité : (à noter en fonction du niveau de réussite)

Faite une pince avec votre pouce et votre index	1
Prenez ce stylo	2
Prenez cette feuille	3
Pliez-la en 2	4
Résistance de la pince pouce index	5

/5

20/ Prenez un stylo et dessinez :

Un trait	1
Une croix	2
Un rond	3
Un carré	4
Une demi-lune	5

/5

IMPLICATION

21/ Sortez-vous seul de chez vous ?

Jamais	0
Moins de 2 fois par mois	1
Moins de 1 fois par semaine	2
2-3 fois par semaine	3
Tous les jours	4
Plusieurs fois par jour	5

/5

22/ Sortez-vous de chez vous avec aide ?

Jamais	0
Moins de 2 fois par mois	1
Moins de 1 fois par semaine	2
2-3 fois par semaine	3
Tous les jours	4
Plusieurs fois par jour	5

/5

23/ Avez-vous confiance en vous ?

Pas du tout	0
Très peu	1
Peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Totalement	5

/5

24/ Citez 5 de vos médicaments

/5

25/ Vous arrive-t-il de vous servir de votre ordonnance pour gérer la prise de vos médicaments ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

26/ A quoi servent 5 de vos médicaments ? (par ex les 5 premiers de l'ordonnance)

/5

27/ Etes vous sûr(e) de votre prise médicamenteuse ?

Pas du tout	0
Très peu	1
Peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Totalement	5

/5

28/ L'aide de votre pharmacien vous est-elle :

Indispensable	0
Importante	1
Très utile	2
Utile	3
Parfois nécessaire	4
Inutile	5

/5

29/ Votre pharmacien vous aide-t-il :

Plus d'une fois par semaine	0
Plus d'une fois tous les 15 jours	1
Plus d'une fois par mois	2
A chaque renouvellement	3
Lors des modifications de traitement	4
Jamais	5

/5

30/ Vous arrive-t-il de vous trompez dans la prise médicamenteuse ?

Toujours	0
Très souvent	1
Souvent	2
De temps en temps	3
Exceptionnellement	4
Jamais	5

/5

31/ Vous sentez-vous concerné par votre traitement ?

Pas du tout	0
Très peu	1
Peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Totalement	5

/5

ANNEXE 4 : Questionnaire pratique

Questionnaire pratique

Nom et prénom du patient :
Date de naissance :
Date de réalisation du questionnaire :
Nom du médecin traitant :

1) Rangement des médicaments :
   a. Séparation entre traitement de fond, traitement d'une pathologie aigue et automédication
   b. Séparation automédication et traitements prescrits par le médecin
   c. Tous mélangés

2) Boîtes périmées de médicaments chroniques ? oui/non

3) Type de stockage des traitements
   a. Dispersés oui/non
   b. Familial oui/non

4) Présence d'une pharmacie ? oui/non

5) Médicaments sortis : chroniques ou aigus ?

6) Médicaments manquant par rapport à l'ordonnance oui/non

7) Organisation:
   a. Aucune
   b. En fonction du type de médicaments
   c. En fonction des horaires de prises
   d. Pilulier
   e. Autre :

8) Interrogatoire du patient:
   a. Posologie habituelle des 2 premiers traitements de l'ordonnance
   b. Que faites-vous en cas d'apparition d'effets indésirables :
      i. Arrêt d'un ou plusieurs médicaments
      ii. Demande de l'avis du médecin traitant
      iii. Demande de l'avis du pharmacien
      iv. Demande de l'avis d'un tiers
   c. En cas d'oubli de prise de l'un de vos médicaments, que faites-vous ?
      i. Vous le prenez plus tard
      ii. Vous doublez la dose à l'horaire suivant
      iii. Vous prenez votre traitement normalement sans tenir compte de l'oubli
      iv. Médicaments concernés

9) Reconnaissance par le patient des doublons de molécules similaires avec présentation différente dans sa pharmacie

10) Critère(s) de reconnaissance du traitement :

a. Boite
b. Blister
c. Couleur
d. Forme
e. Taille

11) Vous arrive–t-il de prendre des médicaments qui ne sont pas prescrits par votre médecin ?

si oui : lesquels et pour quels symptômes
en informez-vous votre médecin ?

12) De quelle manière avez-vous obtenus ces médicaments :

a. Achat de médicaments sans ordonnance
b. Ancienne ordonnance personnelle
c. Fourni par un tiers
d. Consultation d'un autre médecin
e. Autre :

13) Quelle est la fréquence de votre automédication

a. Moins d'une fois par mois
b. Une fois par mois
c. Plusieurs fois par mois
d. Plusieurs fois par semaine
e. Quotidien

14) Une tierce personne intervient-elle dans la gestion des traitements ? oui/non qui ?

15) L'ordonnance est-elle lisible ? oui/non

16) Le pharmacien écrit-il sur les boîtes, le nom si générique, la posologie ?

17) Modification récente du traitement ? oui/non

18) Le médecin vous explique-t-il votre traitement ? Oui/non

a. Si oui, à chaque fois ? oui/non
b. Sinon, explications données par le pharmacien ? oui/non

19) Test de préparation d'une journée de traitement

20) Capacité du patient à couper un comprimé sécable ? oui/non

21) Capacité du patient à sortir un comprimé d'un blister ? oui/non

ANNEXE 5 : Résultats bruts du questionnaire théorique

	Médecin 1					Médecin 2					Médecin 3					Médecin 4					Médecin 5				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
questionnaire																									
1	3	4	2	5	4	5	5	5	4	3	4	3	5	4	2	3	4	4	3	4	3	3	3	4	4
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
3	4	4	3	3	5	5	5	4	5	3	2	3	5	4	2	4	3	4	4	5	4	3	4	4	4
4	2	3	2	2	5	4	1	4	4	3	3	3	4	4	4	2	4	2	3	4	4	1	1	4	3
5	3	4	2	2	5	2	4	3	1	2	2	2	4	5	2	4	2	4	3	3	5	4	1	2	4
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8bis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	3	3	4	5	5	5	5
10	5	5	5	4	5	4	5	4	4	3	5	5	3	5	5	4	4	3	2	1	5	1	3	4	4
11	3	5	5	3	1	1	5	5	3	3	5	0	2	4	3	4	3	5	3	2	5	5	5	2	4
12	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	2	5	5	5	5	5	5	1	5	4	5
13	4	4	4	4	5	4	3	5	3	4	5	4	3	5	3	4	5	4	3	3	5	3	3	3	4
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
15	5	4	5	5	5	5	5	5	2	4	3	5	4	5	1	5	2	5	4	5	5	1	2	5	5
15 bis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5
16	4	4	4	4	5	4	5	3	3	5	4	2	3	4	2	5	3	4	5	4	4	1	5	1	5
17	4	3	2	5	3	5	5	5	2	2	5	3	3	5	0	0	5	4	5	5	2	0	1	5	2
18	25	5	5	5	5	25	5	4	4	4	25	25	4	5	1	25	5	5	2	5	4	2	25	25	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	4	0	3	4	4	5	5	0	0	4		5	5	5	4	3	0	4	0	5	2	0	5	0	5
22		0						3	3		3						3		3		3	3		0	
23	4	5	5	5	5	5	5	4	3	4	3	0	4	4	4	3	5	4	5	5	5	1	4	2	5
24	1	0	0	5	5	2	5	5	2	2	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5
25	4	0	3	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	0	5	5	2	5	5
26	3	1	0	5	5	2	5	5	0	3	5	4	4	5	0	2	2	5	5	5	3	2	5	5	5
27	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5
28	4	5	5	3	5	3	4	5	4	4	4	5	4	5	2	3	5	4	4	1	5	2	1	5	4
29	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	3	5	4	4	5	5
30	5	5	4	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
31	5	0	5	4	5	4	5	5	4	5	3	5	5	5	5	3	3	5	4	4	5	5	4	3	5
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

	Médecin 6					Médecin 7					Médecin 8					Médecin 9					Médecin 10				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
questionnaire																									
1	4	4	5	5	5	3	3	5	4		4	5	4	4	3	4	2	3	4	5	2	4	3	5	3
2	4	5	5	4	4	5	5	5	5		5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5
3	4	3	4	2	4	4	4	4	3		5	5	4	3	3	4	4	4	5	4	4	4	5	3	5
4	4	2	4	2	4	2	3	4	3		4	3	4	3	5	4	4	3	4	4	2	4	2	4	2
5	2	2	3	2	3	3	4	5	1		2	1	4	2	2	4	2	3	2	3	2	3	3	3	2
6	5	5	5	3	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8bis	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	3	4	5	5	5	4	5	5	5		4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
10	0	3	4	3	4	5	2	2	3		4	3	3	5	1	5	3	3	3	3	3	4	5	4	5
11	3	3	5	5	4	5	5	3	3		4	1	3	3	3	3	4	4	3	4	2	5	5	3	4
12	2	5	5	4	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4
13	2	5	4	4	5	4	5	5	4		4	5	5	5	2	3	5	4	4	5	3	4	3	5	5
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5		4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5
15	4	4	5	2	5	4	4	5	4		4	5	4	5	3	4	4	5	4	4	3	4	5	4	5
15 bis	5	5	5	4	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
16	2	4	5	4	4	5	5	5	3		4	4	5	4	3	2	5	4	3	4	3	5	3	4	3
17	0	5	2	2	5	2	4	4	2		4	5	2	1	4	2	4	3	0	0	5	4	5	1	5
18	4	5	4	3	5	5	5	5	4		5	5	5	3	5	4	5	5	4	4	5	5	5	3	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4
21	5	4	5	4	4	4	4	5	3		5	5	5	3	3	5	5	5	3	4	4	4	4	4	5
22	5	4	5	4	4	4	4	5	3		5	5	5	3	3	5	5	5	3	4	4	4	4	4	5
23	4	3	5	3	5	5	5	5	3		4	4	5	3	3	5	3	5	3	3	3	3	5	3	3
24	3	0	5	2	5	4	4	4	4		5	5	5	5	1	5	0	4	5	5	5	2	5	0	2
25	3	3	5	4	5	5	5	4	0		4	5	4	3	0	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5
26	2	3	5	0	4	5	4	5	3		5	5	2	5	0	5	1	3	5	5	3	2	1	5	4
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5		5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5
28	4	4	5	5	4	5	5	4	5		4	0	4	4	4	4	4	1	1	4	4	0	5	4	3
29	4	4	5	5	5	5	5	4	4		5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	3	5	5	2
30	4	4	5	5	5	4	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
31	5	3	5	5	5	5	5	5	5		5	5	3	3	3	3	3	5	3	3	5	5	5	3	5
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

	Médecin 11					Médecin 12					Médecin 13					Médecin 14					Médecin 15				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
questionnaire																									
1	3	4	4	4	5	4	4	3	3	3	4	4	5	3	5	5	5	3	4	3	5	3	2	3	4
2	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5
3	2	1	3	4	5	0	4	2	3	4	5	5	2	3	1	4	5	4	1	3	4	4	5	1	3
4	2	4	2	2	4	1	2	1	1	3	3	3	5	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	2
5	1	4	2	3	4	4	3	2	2	4	4	2	4	4	3	1	2	3	2	1	0	1	1	2	3
6	3	4	5	4	5	5	5	5	3	5	3	5	3	2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
7	3	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	0	4	5	5	5	5	1	4	5	5	5	5	5
8	5	0	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	3
8bis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	3	5	5	4	4	5
10	5	3	5	5	5	5	3	5	0	5	4	5	5	5	5	5	0	2	4	5	2	2	5	3	5
11	3	4	3	4	4	3	2	2	4	5	4	5	5	5	5	4	5	3	5	2	4	5	4	4	3
12	5	2	1	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	0	5	4	5	5	3	5	5	5	3	3
13	4	5	5	5	5	5	3	3	5	5	3	3	3	5	5	3	5	4	5	5	5	5	5	4	5
14	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	3	4	3	5	5	5	5
15	4	1	2	3	5	3	5	3	4	4	5	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	3	3
15 bis	4	5	3	3	5	4	5	2	5	5	5	4	5	2	4	4	5	5	3	5	5	5	5	3	4
16	3	2	3	4	4	3	2	3	3	3	4	3	3	2	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3
17	1	0	3	5	5	5	3	0	2	4	0	1	5	2	5	5	5	5	5	2	2	5	2	2	0
18	4	2	4	5	5	4	5	2	3	5	2	3	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	3
19	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
20	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	4	5	3	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4
21	0	0	4	0	5	0	4	2	3	3	5	4	0	0	5	4	4	5	0	3	5	5	5	2	2
22	0	0	0	3	0	4	0	4	0	0	0	0	4	3	5	0	0	0	1	4	0	0	0	3	2
23	0	3	3	5	3	5	3	3	3	5	4	3	5	5	5	5	5	4	4	2	5	4	5	4	3
24	2	3	4	5	5	0	3	3	5	2	0	0	3	3	2	1	1	5	1	5	3	1	3	3	1
25	5	5	3	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5
26	2	5	2	5	5	0	5	1	5	3	5	5	5	3	2	4	2	4	5	4	1	3	0	1	1
27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5
28	1	4	1	4	5	4	3	0	2	5	5	4	3	5	5	2	5	4	5	3	5	2	3	4	5
29	2	5	2	4	5	5	4	3	3	5	5	5	4	5	5	4	5	4	5	3	5	4	5	4	5
30	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	4
31	3	0	3	5	5	3	3	3	3	0	5	3	3	3	5	0	4	5	4	5	5	5	5	3	4
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

	Médecin 16					Médecin 17					Médecin 18					Médecin 19					Médecin 20				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
questionnaire																									
1	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	3	2	5	4	4	3	2	4	4	3	5	4	4
2	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	3	4	5	5	5	5	5
3	5	5	5	3	5	3	5	3	3	5	5	2	4	3	3	4	2	4	4	5	4	4	3	4	4
4	4	5	4	3	3	4	2	3	3	2	2	4	2	2	3	2	4	1	2	4	4	1	3	3	4
5	3	2	3	2	1	2	2	1	2	1	2	4	3	1	5	2	2	4	2	4	3	2	3	4	4
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	5	5	5
8bis	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	0	5	5	5	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5	5	2	5	5	2	3	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4
10	3	4	2	2	2	2	5	1	2	2	5	4	3	5	5	4	5	3	2	5	3	5	1	4	3
11	3	3	1	2	3	3	3	4	2	2	2	5	5	3	4	3	3	5	3	5	3	3	4	4	3
12	4	5	5	4	3	5	5	4	5	3	5	3	5	5	5	5	3	0	5	5	5	5	5	4	5
13	4	4	3	4	3	3	4	3	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	3	4	4	5	4	4	5
14	3	5	3	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	3	5	4	5	5	4	5
15	4	5	3	4	4	4	5	4	3	5	4	5	5	5	3	5	4	2	5	5	5	4	4	4	4
15 bis	4	5	3	5	4	5	4	4	5	5	3	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5
16	4	3	4	5	3	5	3	3	3	3	4	5	4	4	3	3	2	3	5	4	5	2	4	4	4
17	5	2	3	3	1	3	2	4	3	3	1	0	5	5	1	4	0	0	2	4	3	4	1	3	3
18	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	3	5	5	3	5	3	4	4	5	4	5	5	4	5
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	5	5	5	5	4	5	1	5	5	4	5	4	4	4	5	4	2	5	4	5	5	5	5	5	5
21	4	4	5	4	4	0	3	5	3	3	4	0	3	3	3	5	0	1	4	3	0	1	0	4	4
22	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	2	5	5	3	5	1	2	4	3	3	3	1	5	4
23	3	3	4	3	3	5	3	3	4	3	4	4	5	5	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4
24	5	1	5	0	1	1	4	5	5	5	5	5	4	0	5	0	1	5	2	5	5	0	4	5	4
25	4	5	4	5	5	5	4	4	5	0	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	4	5	4
26	5	2	2	3	3	3	2	5	5	4	5	5	3	0	5	5	5	3	1	4	4	0	4	4	4
27	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	5	4	5
28	4	4	2	5	5	4	5	4	4	4	3	4	1	0	1	2	5	5	1	1	2	5	5	4	5
29	4	5	2	4	5	4	4	4	4	4	5	3	3	3	4	3	5	5	3	3	5	5	5	5	4
30	4	5	4	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4
31	5	2	4	4	4	5	0	4	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	4	5	5	2	5	4	4
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

ANNEXE 6 Résultats bruts du questionnaire pratique

	Médecin 1					Médecin 2					Médecin 3					Médecin 4					Médecin 5				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
référence																									
age	89	94	90	77	86	80	79	76	87	86	90	82	82	88	84	86	91	80	92	75	86	88	77	81	83
sexe	F	F	F	m	f	F	F	F	F	F	F	m	M	F	F	F	F	M	F	M	F	F	F	M	M
niveau d'étude	certificat d'etude	re, plyglotte	t d'etude	etude sup	ficat d'etude	CAPES	etdes supérieures		CAP		brevet sup	etudes sup	CEP	brevet sup	BAC	0	BAC	BAC	brevet sup	0	0	0	0	0	brevet sup
profession	vendeuse/caissière	e entreprise	seignante	sultant en organisation	cremière	prof	aide soignante	traductrice	chef d'atelier	sans	confection	naire/ecrivain	militaire	instit	chercheuse	vendeus	VRP	comptable	insit	paysagiste	0	necanicienne	commercane	ographe	instit
dpt/arrondisst	75004	75003	75003	7003	75004	18	18	18	18	18	2	10	10	1	3	12	12	12	12	12	20	20	20	20	20
mode vie	veuve, appartement 2* ss asc	étage ss asc	ve, 4* asc	fants, 4 étages avec asc	* ér-tage, asc	ve, 2* pas asc	tage pas d'asc	tage pas d'asc	tagepas d'ASC		veuve, 3* + asc	marié, 1* asc	marié, 3*asc	veuve, 4*asc	b, 2* pas asc	, 4*etage asc	veuve, 2* asc	marié 3*asc	veuve, RDC	marié, 5*asc	veuve, 1*asc	veuve, 5 asc	uve, 3*étage	3* etage	marié 3* asc
enfants	4	2	3		5	4	1	0	0	0	2	3	1	6	0	0	2	2	1	4	4	1	1	1	2
aide domicile	femme ménage	mme ménage	e ménage	femme de ménage		menage	menage	ménage/kine	meage	menage/HDJ	menage	0	0	menage	ortage repas	menage	menage	menage	menage	0	menage	menage	menage	menage	menage
Nbre de médicaments	8	6	9	5	5	5	10	5	9	6	12	8	10	5	10	7	9	10	8	8	10	10	10	5	5
Secteur								1																	
questionnaire																									
1) Rangement des médicaments :																									
a)Séparation entre traitement de fond, traitement d'une pathologie aigue et automédication	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
b) Séparation automédication et traitements prescrits par le médecin	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c)Tous mélangés	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
2)Boîtes périmées de médicaments chroniques	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
3) Type de stockage des traitements																									
a)Dispersés	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
b)Familial	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		1	0	0	0	0	0	0	0
4) Présence d'une pharamacie	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
5)Médicaments sortis																									
a)Chroniques	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) aigus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6) Médicaments manquant par rapport à l'ordonnance	0	0	0	0	0	0	1	O	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7) Organisation																									
a)Aucune	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
b) En fonction du type de médicaments	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c)En fonction des horaires de prises	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
d)Pilulier	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0
e)autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8) Interrogatoire du patient																									
a)Posologie habituelle des 2 premiers traitements de l'ordonnance	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Que faites vous en cas d'apparition d'effets indésirables																									
i) Arrêt d'un ou plusieurs médicaments		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
ii) Demande de l'avis du médecin traitant		1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1
iii) Demande de l'avis du pharmacien		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
iv)Demande de l'avis d'un tiers		0	enfant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c)En cas d'oublie de prise de l'un de vos médicaments, Que faites vous?																									
i) Vous le prenez plus tard	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
ii) Vous doublez la dose à l'horaire suivant	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
iii) Vous prenez votre traitement normalement sans tenir compte de l'oubli	1	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
iv) Médicaments concernés	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9) Reconnaissance par le patient des doublons de molécules similaires avec présentation différente dans sa p	1	1	1	1	1	1		1		0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1
10) Critère de reconnaissance du traitement																									
a)Boite	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
b)Blister	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
c) Couleur	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
d)Forme	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
e)Taille	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
11) Vous arrive-t-il de prendre des médicaments qui ne sont pas prescrits par votre médecin	0	0	1	1	0	0	doliprane	douleurs, cepl	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0
Symptômes			douleurs/	insomnie				effcod, doliprane		arthralgies...	douleurs diffuses, abdominales				dl articulaire	RGO, dl epigastrique		douleurs		insomnie		palpitation	gastro		epigastralgie	
Médicaments			voltarene	euphytose, non						doliprane	doliprane/carbolevure				doliprane,	gaviscon, smecta		aspirine		donormyl		vagostabyl	smecta		gaviscon/spasfon	
En informez-vous votre médecin?			0	1						non	1				0	0		0		0		1	0		0	
12) De quelle manière avez vous obtenus ces médicaments																									
a) Achat sans ordonnance			0	0				0		1	0				1	1		1		1		0	0	1	
b) Ancienne ordonnance personnelle			1	0				0		0	1				0	0		0		0		1	1	0	
c) Fourni par un tiers			0	0				0		0	0				0	0		0		0		0	0	0	
d) Consultation d'un autre médecin			0	1				1		0	0				0	0		0		0		0	0	0	
e) Autre			0	0				0		0	0				0	0		0		0		0	0	0	
13) Quelle est la fréquence de votre automédication?																									
a) Moins d'une fois par mois			0	0				1		1	1				1	0		1		0		0	1	1	
b)Une fois par mois			1	0				0		1	0				0	0		0		0		0	0	0	
c) Plusieurs fois par mois			0	0				0		0	0				0	1		0		0		0	0	0	
d) Plusieurs fois par semaine			0	0				0		0	0				0	0		0		0		1	0	0	
e) Quotidien			0	1				0		0	0				0	0		0		1		0	0	0	
14)Une tierce personne intervient-elle dans la gestion des traitements	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15) L'ordonnance est elle lisible?	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
16)Le pharamacien écrit-il sur les boites,le nom si générique, la posologie	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
17) Modification récente du traitement	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
18) Le médecin vous explique-t)il votre traitement?	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1
a) si oui à chaque fois	0	0	0	0	0	1	0	0			1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	nv medic	0	chgmt poso
b) si non explications données par le pharamacien	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
19) Test de préparation d'une journée de traitement	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
20) Capacité du patient à couper un comprimé sécable	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21)Capacité du patient à sortir un comprimé d'un blister	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CAPABLE de GERER SON TRAITEMENT	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**0**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

	Médecin 6					Médecin 7					Médecin 8					Médecin 9					Médecin 10				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
référence																									
age	80	83	83	90	89	88	77	83	89		84	76	90	81	94	89	78	80	92	82	86	80	84	87	83
sexe	f	f	f	f	f	f	h	f	f		H	f	f	f	f	f	f	f	F	F	H	H	H	F	F
niveau d'étude	CE	CE	bac+5	brevet	brevet	CAP	bac	licence droit	brevet		CE	bac	licence de lettre	brevet	CE+2ans	HEC	CE	école de commerce	CE	CE	3ème	bac	CAP	CE	CE+1
profession	comptable	commerçante	puis femme au foyer	secrétaire de direction	employé de banque	agent admin	distillateur	gé de mission ministère	assistante sociale		technicien tv	assistante parlementaire	documentaliste	coiffeuse	dactylo	prof de compta	religieuse	fonctionnaire	coiffeuse	secrétaire	agent impots	chef de chantier	égleur instruments optique	femme au foyer	clerc d'huissier
dpt/arrondisst	15	15	15	15	15	15	15	15	15		12	12	12	12	12	12	12	12	11	12	20	20	20	20	20
mode vie	divorcée	veuve	veuve	veuve	veuve	veuve	marié vit avec sa fille	veuve	veuve		célibataire	veuve	veuve	veuve	veuve	mariée	célib	veuve	veuve	mariée	marié	marié	marié	veuve	veuve
enfants	3	1	3	2	1	2	2	4 (2dcd)	1		0	3	3	2	2	3	0	1	1 (dcd)	2	6	5	1	1	4
aide domicile	ménage	ver, kiné, ménage	ménage	ménage, repas	ménage	s avec services)	0	ménage	ménage		0	0	ménage	ménage,courses,repas	ménage	ménage	par son frère	ménage	ménage	0	0	0	0	ménage	0
Nbre de médicaments	9	6	7	7	8	8	11	8	13		10	5	8	10	10	5	6	6	8	7	7	8	13	9	7
secteur																									
questionnaire																									
1) Rangement des médicaments :																									
a)Séparation entre traitement de fond, traitement d'une pathologie aigue et automédication	0	1	0	0	0	1	0	0	0		1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0
b) Séparation automédication et traitements prescrits par le médecin	0	0	0	0	0	0	0	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c)Tous mélangés	1	0	1	1	1	0	1	0	1		0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
2)Boîtes périmées de médicaments chroniques	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3) Type de stockage des traitements																									
a)Dispersés	1	1	0	0	0	1	0	1	1		0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
b)Familial	0	0	0	0	0	0	0	1	1		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
4) Présence d'une pharmacie	0	0	1	1	1	1	1	1	1		1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5)Médicaments sortis																									
a)Chroniques	1	1	1	0	1	1	0	1	1		0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) aigus	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
6) Médicaments manquant par rapport à l'ordonnance	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7) Organisation																									
a)Aucune	0	1	0	1	1	0	1	0	0		0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b) En fonction du type de médicaments	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
c)En fonction des horaires de prises	1	0	0	0	0	1	0	1	0		1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1
d)Piluler	1	0	1	0	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
e)autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
8) Interrogatoire du patient																									
a)Posologie habituelle des 2 premiers traitements de l'ordonnance	1	1	1	1	1	1	1	0	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Que faites vous en cas d'apparition d'effets indésirables																									
i) Arrêt d'un ou plusieurs médicaments	0	0	0	1	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	0
ii) Demande de l'avis du médecin traitant	1	1	1	0	1	1	1	1	0		1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1		1	1
iii) Demande de l'avis du pharmacien	0	0	0	0	0	1	0	0	0		0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0		0	1
iv)Demande de l'avis d'un tiers	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
c)En cas d'oubli de prise de l'un de vos médicaments, Que faites vous?																									
i) Vous le prenez plus tard	0	0	0	0	1	1	1	1	1		0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1		
ii) Vous doublez la dose à l'horaire suivant	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
iii) Vous prenez votre traitement normalement sans tenir compte de l'oubli	1	1	1	1	0	0	0	0	0		1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0		
iv) Médicaments concernés	0	0	Ca	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	Cholest	0	0	0	0	0		
9) Reconnaissance par le patient des doublons de molécules similaires avec présentation différente dans sa pharmacie			1								1	1			1						1				1
10) Critère de reconnaissance du traitement																									
a)Boite	1	1	1	1	0	0	0	0	1		1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1
b)Blister	0	0	0	0	0	0	1	1	0		0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1
c) Couleur	0	0	0	0	1	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1
d)Forme	1	0	0	0	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1
e)Taille	0	0	0	0	0	1	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1
11) Vous arrive-t-il de prendre des médicaments qui ne sont pas prescrits par votre médecin	1	1	0	0	0	0	1	0	1		0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1
Symptômes	rhume					douleur rhume		rhume			rhume			rhume		douleur		douleur			0	0	0	0	rhume
Médicaments		doliprane				pastilles, pommades,sirop ;spasfon					paracétamol, rhu	paracetamol	magnésium, homéopathie			homeopathie		doliprane	homéopathie		0	0	0	0	vics + sirop maison
En informez-vous votre médecin?	0	1					1		1		0	1	1			0	0	1 oui		1	0	0	0	0	0
12) De quelle manière avez vous obtenus ces médicaments																									
a) Achat sans ordonnance	1						1		1		1	1	1		1	1	1	1		1	0	0	0	0	1
b) Ancienne ordonnance personnelle		1											1				1				0	0	0	0	0
c) Fourni par un tiers														1 (occasionnel)							0	0	0	0	0
d) Consultation d'un autre médecin																					0	0	0	0	0
e) Autre																					0	0	0	0	1
13) Quelle est la fréquence de votre automédication?						n'arrive pas à répondre																			
a) Moins d'une fois par mois		1							1		1	1			1		1	1			0	0	0	0	1
b)Une fois par mois																					0	0	0	0	0
c) Plusieurs fois par mois	1															1					0	0	0	0	0
d) Plusieurs fois par semaine														1					1		0	0	0	0	0
e) Quotidien																					0	0	0	0	0
14)Une tierce personne intervient-elle dans la gestion des traitements	0	1 (insuline par IDE		0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15) L'ordonnance est elle lisible?	1	0	0	1	1	1	1	1	1		0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
16)Le pharmacien écrit-il sur les boites,le nom si générique, la posologie	1/O	0	1/0	0	1/0	0/1	0/1	0/1	1		1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
17) Modification récente du traitement	0	0	1	0	1	0	0	0	0		1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
18) Le médecin vous explique-t'il votre traitement?	1	1	1	0	1	1	1	1	1		1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1
a) si oui à chaque fois	0	0	1	0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
b) si non explications données par le pharmacien	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1
19) Test de préparation d'une journée de traitement	1	1	1	0	1	1	1	1	1		1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1
20) Capacité du patient à couper un comprimé sécable	1	AIDE		1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	aide		1	aide	1	1		1	aide	
21)Capacité du patient à sortir un comprimé d'un blister	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CAPABLE de GERER SON TRAITEMENT	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**		**1**	**1**	**0**	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**	**1**	**1**	**0**	**1**
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

	Médecin 11					Médecin 12					Médecin 13					Médecin 14					Médecin 15				
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E
référence																									
age	79	91	96	85	78	86	82	82	81	85	75	80	85	82	78	77	84	87	82	84	83	84	81	78	82
sexe	F	F	H	H	F	H	F	F	F	F	H	F	F	F	H	H	F	H	H	F	F	H	H	H	F
niveau d'étude																									
profession	COUTURIERE	FEMME AU FOYER	EDITEUR	INGENIEUR	COMMERCANTE	INGENIEUR	AU FOYER	COMMERCANTE	COUTURIERE	COMMERCANTE	COMPTABLE	SECRETAIRE	COUTURIERE	AIDE SOIGNANTE	PLOMBIER	CHIMISTE	JOURNALISTE	PDG	INGENIEUR	COMMERCANTE	COUTURIERE	INGENIEUR	INGENIEUR	PHARMACIEN	COMPTABLE
dpt/arrondisst	75005	75005	75005	75005	75005	75019	75019	75019	75019	75019	75020	75020	75020	75020	75020	75018	75018	75018	75018	75018	75019	75019	75019	75019	75019
mode vie	SEULE	SEULE	SEULE	SEULE	EN COUPLE	EN COUPLE	EN COUPLE	AVEC SA FILLE	SEULE	SEULE	EN COUPLE	EN COUPLE	SEULE	SEULE	EN COUPLE	SEULE	SEULE	EN COUPLE	EN COUPLE	EN COUPLE	EN COUPLE	N COUPLE	SEUL	EN COUPLE	EN COUPLE
enfants	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
aide domicile	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nbre de médicaments	8	12	8	8	5	9	8	11	7	6	8	7	7	6	10	7	6	9	8	7	6	8	8	7	10
secteur	2					1					1					2					1				
questionnaire																									
1) Rangement des médicaments :																									
a)Séparation entre traitement de fond, traitement d'une pathologie aigue et automédication	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
b) Séparation automédication et traitements prescrits par le médecin	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
c)Tous mélangés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
2)Boites périmées de médicaments chroniques	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
3) Type de stockage des traitements																									
a)Dispersés	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
b)Familial	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
4) Présence d'une pharmacie	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
5)Médicaments sortis																									
a)Chroniques	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) aigus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6) Médicaments manquant par rapport à l'ordonnance	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7) Organisation																									
a)Aucune	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
b) En fonction du type de médicaments	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
c)En fonction des horaires de prises	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0
d)Pilulier	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1
e)autre	0	0	1 Dans l'ordre de l'ordo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
8) Interrogatoire du patient																									
a)Posologie habituelle des 2 premiers traitements de l'ordonnance	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
b) Que faites vous en cas d'apparition d'effets indésirables																									
i) Arrêt d'un ou plusieurs médicaments	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0
ii) Demande de l'avis du médecin traitant	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
iii) Demande de l'avis du pharmacien	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
iv)Demande de l'avis d'un tiers	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c)En cas d'oubli de prise de l'un de vos médicaments, Que faites vous?																									
i) Vous le prenez plus tard	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ii) Vous doublez la dose à l'horaire suivant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
iii) Vous prenez votre traitement normalement sans tenir compte de l'oubli	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1
iv) Médicaments concernés	0	0 NEURO		0	0	0	0	0	0	0	0 PIASCLEDINE		0 AINS/IPP/Fer		0	0	0	0 IPP	Ca	1	0	0	0	0	0
9) Reconnaissance par le patient des doublons de molécules similaires avec présentation différente dans sa pharma	1		0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
10) Critère de reconnaissance du traitement																									
a)Boite	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
b)Blister	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c) Couleur	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
d)Forme	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1
e)Taille	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
11) Vous arrive-t-il de prendre des médicaments qui ne sont pas prescrits par votre médecin	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
Symptômes	DOULEURS	0	DOULEURS	DOULEUR NEUROPATHIQUE	DOULEUR	DOULEURS	DOULEURS	0	0	0	0 CONSTIPATION DIARHEES		0	0	0	CETIRIZINE	CONSTIPATION	DOULEURS	CEPHALEES	0	DOULEURS	CEPHALEES	CONJONCTIVI	CONSTIPATION/DOULE	0
Médicaments	Doliprane / Efferalga	0	Doliprane	PHYTOTHERAPIE	DOLIPRANE	DOLIPRANE	Doliprane/Codein	0	0	0	0 FORLAX IMODIUM		0	0	0	ALLERGIE	MICROLAX	PARACETAMOL	ASPIRINE	0	EFFERALGAN	ASPIRINE	CROMABAK	FORLAX DOLIPRANE	0
En informez-vous votre médecin?	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
12) De quelle manière avez vous obtenus ces médicaments																									
a) Achat sans ordonnance	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0
b) Ancienne ordonnance personnelle	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
c) Fourni par un tiers	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d) Consultation d'un autre médecin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
e) Autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13) Quelle est la fréquence de votre automédication?																									
a) Moins d'une fois par mois	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0
b)Une fois par mois	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
c) Plusieurs fois par mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d) Plusieurs fois par semaine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e) Quotidien	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14)Une tierce personne intervient-elle dans la gestion des traitements	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
15) L'ordonnance est elle lisible?	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
16)Le pharmacien écrit-il sur les boites,le nom si générique, la posologie	1	0 0/1		1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1 1/0		0 1/0	
17) Modification récente du traitement	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0 1/0		0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
18) Le médecin vous explique-t'il votre traitement?	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1
a) si oui à chaque fois	0	0 à chaq changements		0	0 à chaq changements	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
b) si non explications données par le pharmacien	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
19) Test de préparation d'une journée de traitement	1	1	1	1	1	0	1	0	0 ERREUR DE PRISE DE POSOLOG	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
20) Capacité du patient à couper un comprimé sécable	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0
21)Capacité du patient à sortir un comprimé d'un blister	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CAPABLE de GERER SON TRAITEMENT	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
patients	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E

Résumé

Compte tenu du vieillissement de la population, les 75 ans et plus constituent désormais un enjeu de santé publique. L'augmentation des polypathologies avec l'âge se traduit chez eux par une très forte polymédication. Cette dernière permet en effet d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de diminuer la morbimortalité de leurs pathologies, mais induit aussi le risque d'incidents iatrogènes ainsi que des coûts croissants pour la Sécurité Sociale.

Afin de caractériser au mieux cette population assez peu étudiée, nous avons opté pour une étude mixte : un entretien à domicile avec chaque patient basé sur un questionnaire associé à des tests pratiques.

Ainsi, ce travail étudie non seulement les données démographiques mais aussi la gestion médicamenteuse (consommation médicamenteuse, observance, pratiques d'automédication, organisation de leur pharmacie familiale et rôle du pharmacien).

Malgré un manque de puissance statistique, nous avons ainsi pu dégager des tendances afin de proposer quelques pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge et l'observance de ces patients.

Mots clefs : personnes âgées, polymédication, pharmacien, gestion médicamenteuse, pharmacie familiale, médicaments

---

Abstract

Given the aging of the population, people who are 75 years old or more have become a Public Health issue. The increase of polypathology with ageing induce a high polymedication which can improve the quality of life of the elderly and reduce the morbidity and the mortality of their diseases. However it can also induce adverse drug events and increased costs for the Social Security.

In order to better characterize this population, which has been little studied, we chose a mixed study: an indoor interview associated with practical tests.

So, this work studies demographic data but also drug management (drug consumption, compliance, self-medication, family pharmacy organization and pharmacist role).

Despite a lack of statistical power, we found tendencies and thus we could propose a few lines of thought to improve the support and the compliance of this population.

Key Words: Elderly, polymedication, pharmacist, drugs, drug management, family pharmacy

---

Faculté de médecine Paris Descartes,

15 rue de l'école de medicine, 75270 Paris cedex 06