



**HAL**  
open science

# Représentations par des soignants concernant l'administration de médicaments par voie orale aux patients déments, atteints de la maladie d'Alzheimer

Anne-Laure Roy

► **To cite this version:**

Anne-Laure Roy. Représentations par des soignants concernant l'administration de médicaments par voie orale aux patients déments, atteints de la maladie d'Alzheimer. Sciences pharmaceutiques. 2010. dumas-00593197

**HAL Id: dumas-00593197**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593197v1>**

Submitted on 13 May 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2010

N°

**Représentations des soignants concernant l' administration de  
médicaments par voie orale aux patients déments, atteints de la maladie  
d'Alzheimer**

Enquête dans un service de gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
DIPLÔME D'ETAT

**Anne-Laure ROY**  
Née le 30 Septembre 1986 à Bourgoin-Jallieu (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
Le : 18 Octobre 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury

*M. le professeur Jean Calop, pharmacien, professeur d'université-praticien hospitalier,  
responsable de l'UF pharmacie clinique, CHU de Grenoble*

Directeur de thèse

*Magalie Baudrant-Boga, pharmacien Hospitalier Contractuel, pôles Digidune et  
Pharmacie, UF pharmacie clinique, CHU de Grenoble*

Membres du jury

*Mme Claire Millet, Assistante Chef de clinique, CHU de Grenoble  
Mme Béatrice Bellet, pharmacien d'officine*

*La faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les  
thèses; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## **Remerciements**

M. le professeur Jean CALOP, pharmacien, professeur d'université-praticien hospitalier pour sa disponibilité et ses qualités de superviseur.

Magalie BAUDRANT, pharmacien hospitalier, directrice de thèse.

Les membres du jury qui me font l'honneur de participer.

Madame DIONNET, cadre du service de soin de suite et de réadaptation à ELISEE CHATIN qui m'a accueillie dans son unité pour la réalisation de l'enquête.

Véronique GODDAER-ALPY, psychologue clinicienne en psychiatrie adulte pour m'avoir aidée et soutenue dans toutes les phases de ma réflexion.

Alexandre, mes parents et ma soeur pour leurs encouragements.

Et toute l'équipe soignante d'ELISEE CHATIN sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour.

## **ABREVIATIONS**

APP : Amyloïd protein precursor

NMDA : Acide N-méthyl-D-aspartique

SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut en Formation et Soins Infirmiers

AS : Aide-soignant

MA : Maladie d'Alzheimer

MMSE : Mini Mental State Examination

ECG : Electro cardiogramme

MTE : Marge thérapeutique étroite

# **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION</b> .....	p6
---------------------------	----

## **I- CONTEXTE HISTORIQUE ET DONNES DE LA LITTERATURE**

<u>1- La maladie d'Alzheimer</u> .....	p9
1-1 La pathogénie.....	p9
1-2 Les manifestations biochimiques de la maladie d'Alzheimer.....	p11
1-3 Les manifestations cliniques.....	p12
1-4 Le diagnostic.....	p12
1-5 La prise en charge.....	p13
<u>2- Un contexte de « poly »</u> .....	p16
2-1 La poly-pathologie.....	p16
2-2 La polymédication.....	p16
<u>3- Le circuit du médicament</u> .....	p18
<u>4- Les français et les médicaments : une question de société et de culture</u> .....	p20

## **II- MATERIEL ET METHODES**

<u>1- Méthodologie</u> .....	p23
<u>2- L'enquête</u> .....	p25
2-1 Déroulement des entretiens individuels.....	p25
2-2 Elaboration et utilisation d'un guide d'entretien.....	p26

## **III- RESULTATS**

<u>1- Présentation des résultats</u> .....	p31
1-1 Les représentations de la maladie d'Alzheimer.....	p31
1-2 L'administration des médicaments au sein du service.....	p32
1-3 Les obstacles rencontrés.....	p34
1-4 Les méthodes utilisées.....	p35
1-5 Les limites.....	p36
1-6 La perception de l'administration des médicaments.....	p37
1-7 Les informations sur les médicaments.....	p38

## **IV- ANALYSE ET DISCUSSION**

<u>1-Les représentations de la maladie d'Alzheimer.....</u>	p40
<u>2-L'administration des médicaments au sein du service.....</u>	p41
<u>3-Les obstacles et limites de l'administration rencontrés.....</u>	p42
<u>4-Les méthodes d'administration utilisées.....</u>	p44
<u>5-La perception de l'administration des médicaments.....</u>	p47
<u>6-Les informations sur les médicaments.....</u>	p48

<b>CONCLUSION.....</b>	p55
------------------------	-----

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	p57
---------------------------	-----

<b>ANNEXES.....</b>	p60
---------------------	-----

## INTRODUCTION

Dans la prise en charge quotidienne des personnes âgées en service de soins de suite et de réadaptation, il existe toujours un temps réservé à l'administration des traitements médicamenteux. En effet, la chimiothérapie est incontournable dans un service où sont accueillies, entre autre, des personnes âgées démentes présentant une poly-pathologie.

Du fait des progrès de la médecine, l'espérance de vie a été augmentée et s'accompagne d'une multiplication des pathologies en parallèle de l'avancée en âge. Cette association de différentes comorbidités est souvent à l'origine d'une dépendance, d'une désorientation et d'une régression des patients. Dans ce contexte, ces patients requièrent des soins techniques spécifiques allant de la satisfaction des besoins primaires au nursing complet.

Pour ces patients atteints le plus souvent de plusieurs pathologies, la polymédication apparait en regard du nombre pathologies et/ou symptômes à traiter. De plus, des formes galéniques complexes sont apparues et répondent par exemple à un type de pathologie pour un type de patient donné. Ces nouveaux artifices galéniques ont permis d'optimiser l'efficacité des traitements médicamenteux pour les patients mais, associés à un nombre de médicaments conséquent à administrer (polymédication), ont pu rendre plus complexe leurs utilisations au quotidien pour les soignants.

L'agent principal du soin est représenté par le soignant formé à la prise en charge de cette population.

Il met en pratique le protocole de soins défini par le médecin. Il s'instaure ainsi entre patient et soignant une relation singulière et unique.

Il existe différents types de traitements ou thérapeutiques (psychothérapie, chimiothérapie...) qui possèdent des objectifs et des angles d'attaque différents même si la finalité reste la même « améliorer la santé et la qualité de vie des patients ».

Le soin est donc ce qui relie et donne sens aux différents traitements. Il représente une condition nécessaire, indissociable mais non suffisante, d'un processus thérapeutique. En effet, le « soin » revêt une dimension plus globale, qui prend en compte l'ensemble de l'individu soigné.

Cette posture et les notions associées font partie intégrante de la formation des soignants. L'individu est unique et chaque soignant intervient en son nom propre au cœur de la relation thérapeutique, en fonction de ce qui lui a été enseigné mais aussi en fonction de ses propres représentations, de son éducation, de sa formation et de sa personnalité. La notion de soin sera alors revisitée et adaptée par chaque soignant en regard de l'ensemble de ces facteurs internes et externes dans le but d'optimiser le soin.

On peut donc se poser les questions suivantes :

Quel est l'impact des représentations des soignants sur un type de soin comme l'administration des médicaments sur leurs gestes au quotidien ?

L'innovation galénique comme l'utilisation de matrices en comprimé, de comprimés osmotiques..., n'est elle pas potentiellement une source de difficultés supplémentaires pour les soignants dans leur pratique quotidienne ?

L'existence d'une polymédication chez ces patients est une source supplémentaire de travail pour les soignants alors comment arrivent-ils à gérer cette complexité dans leur travail quotidien ?



Ce travail avait donc pour objectifs :

- d'analyser les besoins des soignants, s'occupant de personnes âgées démentes souffrant de la maladie d'Alzheimer, face à l'acte de soin « administrer les médicaments par voie orale ».
- d'envisager, à partir des besoins identifiés, les actions pouvant être réalisées par le pharmacien pour aider les soignants à optimiser les médicaments per os.

# I-CONTEXTE HISTORIQUE ET DONNEES DE LA LITTERATURE

## 1-La maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer touche 600 000 personnes en France et 130 000 nouveaux cas par an sont dénombrés. [3]

La maladie d'Alzheimer a été décrite pour la première fois par un psychiatre allemand, Aloïs Alzheimer, en 1907.

C'est une démence qui représente 70% des démences dégénératives. [6]

La maladie d'Alzheimer est décrite comme une affection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions spécifiques des neurones.

### 1-1 La pathogénie

Au niveau physiologique, on constate une baisse de la concentration tissulaire et des capacités de synthèse de l'acétylcholine dans certaines régions du cerveau notamment au niveau de l'hippocampe, du cortex temporal pariétal et frontal. Il semblerait qu'il existe un lien entre l'importance de la déficience cholinergique et le nombre de plaques séniles.

Les plaques séniles, caractéristique anatomopathologique de la maladie, correspondent à une accumulation de dépôts extracellulaires de peptide amyloïde A4. C'est un petit polypeptide provenant d'un clivage d'une protéine précurseur, l'APP<sup>1</sup> par des enzymes beta et gamma secrétases.

---

1 Amyloïd protein precursor

Ce mauvais clivage participerait à l'entrée massive de calcium dans le neurone et donnerait une réaction inflammatoire entraînant une destruction des neurones.

On retrouve ces plaques essentiellement au niveau de l'hippocampe et du néocortex.

La dégénérescence neuro-fibrillaire correspond à des conglomerats de filaments anormaux hélicoïdaux constitués d'une forme hyper phosphorylée de la protéine tau. Cette protéine normalement phosphorylée joue un rôle dans la polymérisation et la dépolymérisation des microtubules du cytosquelette neuronal et dans le transport axonal. La production des beta-APP entraîne une souffrance neuronale à l'origine de la polymérisation des microtubules et d'une libération des protéines tau.

Une origine génétique est suspectée chez les familles dont les patients atteints de la maladie d'Alzheimer sont atteints précocement, soit avant 60 ans. Cette atteinte génétique ne représenterait que 1% des malades d'Alzheimer.

Ce cas de figure serait expliqué par une anomalie du gène APP situé sur le chromosome 21. Ce gène est un précurseur de la protéine amyloïde A4.

## 1-2 Les manifestations biochimiques de la maladie d'Alzheimer

On distingue des atteintes au niveau des systèmes cholinergiques, mono-aminergiques ainsi qu'une atteinte des neuropeptides.

➤ Système cholinergique :

Il existe une perte et une dégénérescence des neurones cholinergiques, ce qui entraîne une baisse des taux d'acétylcholine et donc une augmentation de l'activité de la choline acétyltransférase.

➤ Système mono-aminergique :

On peut noter une baisse des taux de noradrénaline et de dopamine ainsi qu'une altération du système sérotoninergique.

➤ Atteinte de certains neuropeptides :

On remarque une baisse du taux et du nombre de récepteur de la somatostatine, une baisse des concentrations du neuropeptide Y, le glutamate. C'est un neurotransmetteur stimulant, le plus abondant du SNC<sup>2</sup>, il joue un rôle important dans l'apprentissage et la mémoire.

Dans la maladie d'Alzheimer, il y existe une sur-stimulation continue du récepteur NMDA<sup>3</sup> ce qui engendre un excès de glutamate endogène, à l'origine d'un dysfonctionnement de la transmission neuronale et des dommages neuronaux suivi éventuellement d'une mort neuronale par influx intracellulaire de calcium.

---

2 Système Nerveux Central

3 Acide N-méthyl-D-aspartique

Ce phénomène est baptisé « excito-toxicité », et est retrouvé lors de phénomènes ischémiques et dans le cadre de maladies neurodégénératives.

### 1-3 Les manifestations cliniques

La maladie d'Alzheimer évolue selon 3 phases :

- \* une phase préclinique de plusieurs années pendant laquelle la maladie est présente mais ne s'exprime pas car les fonctions cognitives ne sont pas altérées.
- \* une phase prédéméntielle où les troubles sont présents sans gêner de manière significative la vie de la personne.
- \* une phase démentielle menant à une perte d'autonomie.

Les 2 dernières phases évoluent sur 8 à 12 ans.

La principale manifestation de la maladie repose sur les troubles mnésiques qui correspondent au symptôme révélateur dans 75% des cas. Les troubles du langage sont aussi une des manifestations cliniques.

### 1-4 Diagnostic

- MMSE<sup>4</sup> [13]: Ce test est le test de référence. On évalue son taux de spécificité à 82% et sa sensibilité à 87%. A travers ce test, 5 domaines sont explorés : l'orientation temporelle et spatiale, l'apprentissage de 3 mots puis leur rappel spontané, l'attention et le calcul sur une suite de 5 opérations mentales, le langage sur 8 questions, les praxies constructives sur une question.

---

4 Mini Mental State Examination

Le score maximal est de 30. Entre 10 et 26, on estime que le patient souffre d'une forme légère à modérée de la maladie d'Alzheimer. Et entre 3 et 9, il s'agit d'une forme sévère.

### 1-5 La prise en charge

La prise en charge a pour objectifs :[31]

- le ralentissement de l'évolution de la maladie
- une amélioration de la qualité de vie, un maintien de la dignité, de l'autonomie et du lien social du malade

Cette prise en charge s'adresse à la fois au patient et à l'aidant.

La prise en charge se caractérise dans un premier temps, par une approche non médicamenteuse : il s'agit d'un aménagement de l'environnement du patient, une stimulation cognitive et une prise en charge comportementale qui vise à préserver l'autonomie du patient.

Une évaluation de la sévérité de la maladie sera alors réalisée en utilisant le « Mini Mental State Examination » (MMSE).

La prise en charge médicamenteuse vient compléter ensuite cette première étape.

Dans la forme légère à modérée les inhibiteurs de la cholinestérase sont préconisés. [3]

Les objectifs sont de compenser l'effondrement de l'acétylcholine, stopper l'évolution de la maladie par un effet stabilisateur (sans permettre la guérison ni la récupération des performances), améliorer les capacités mnésiques et les troubles comportementaux.

→ Donépézil (ARICEPT®), rivastigmine (EXELON®), galantamine (REMINYL®)

Le donépézil est un inhibiteur spécifique et réversible de l'acétylcholinestérase.

La galantamine est un inhibiteur compétitif et réversible de l'acétylcholinestérase, elle potentialise l'action intrinsèque de l'acétylcholine sur les récepteurs nicotiques.

La rivastigmine est un inhibiteur de l'acétyl et de la butyrylcholinestérase.

La tacrine n'est plus utilisée car trop hépatotoxique.

Toute instauration de traitement dans le cadre de cette maladie doit être précédée d'un ECG pour écarter un possible trouble de la conduction cardiaque.

Après 4 semaines, le médecin évalue la tolérance et l'efficacité du traitement par un nouveau MMSE.

Les effets indésirables qui ont été décrits avec ces spécialités sont : des troubles digestifs (diarrhées, nausées, vomissements), des troubles cardiaques (syncopes, bradycardies, bloc sino-auriculaire), des troubles d'ordre neuropsychiatriques (hallucination, agitation, comportement agressif, crises convulsives, syndromes extrapyramidaux, crampes, insomnies avec cauchemars, céphalées).

L'adaptation posologique doit être progressive, le traitement ne doit pas être interrompu tant qu'il existe un bénéfice perceptible pour le patient.

Doses d'entretien :

Donépézil : 10mg/j en une prise

Rivastigmine : 6 à 12mg/j en 2 prises

Galantamine : 16 à 24mg/j en 1 à 2 prises

Dans la forme sévère, ce sont les antagonistes des récepteurs au NMDA (dérivé de l'amantadine) qui sont utilisés.

→ La mémantine (EBIXA®)

La mémantine est un antagoniste potentiellement non compétitif des récepteurs NMDA d'affinité modérée. Elle bloque les effets du taux élevé de glutamate qui pourrait aboutir à un dysfonctionnement neuronal. Elle atténuerait le phénomène « excito-toxicité » décrit plus haut.

Après 7 jours de traitement, le médecin évalue la tolérance et l'efficacité du traitement par un MMSE.

Les effets indésirables qui ont été décrits avec cette molécule sont : des troubles digestifs (diarrhée, nausées, vomissement), des troubles d'ordre neuropsychiatriques (hallucinations, confusion, vertiges, céphalées, fatigue), des dépôts cornéens, c'est pourquoi, un contrôle ophtalmologique périodique est recommandé. [20]

Interactions médicamenteuses : [3]

Suite à l'administration des antagonistes du NMDA, les effets de la L-Dopa, des agonistes dopaminergiques et des anticholinergiques peuvent être augmentés, et les effets des neuroleptiques diminués.

L'association à l'amantadine doit être évitée car il existe un risque de psychose.

Il existe aussi un risque de réduction des taux plasmatiques d'hydrochlorothiazide.

Dose d'entretien : 20mg/j

La maladie d'Alzheimer touche une population vieillissante. Le vieillissement est souvent associé à des pathologies diverses. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ne sont donc pas épargnés par les autres pathologies, on parle alors



de patients polypathologiques.

Chaque pathologie est, de nos jours, traitée par des médicaments. Le nombre de médicaments prescrit au patient est alors étroitement lié au nombre de pathologies diagnostiquées. On parle de polymédication.

## 2- Un contexte de « poly »

### 2-1 La polypathologie

La polypathologie du patient âgé conduit à une prise conséquente de médicaments qui explique l'incidence élevée des effets indésirables à l'origine de 5 à 10% des hospitalisations après 65 ans et plus de 20% après 80 ans. [28]

### 2-2 La polymédication

La polymédication peut être à l'origine d'échecs thérapeutiques et d'évènements iatrogènes. De plus, sur le plan économique, la polymédication est responsable d'une augmentation des dépenses pharmaceutiques. La pertinence et la sécurité d'utilisation de ces thérapeutiques complexes doivent donc être validées et revues régulièrement par les équipes de soins (médecin, pharmacien).

En effet, la plupart de ces conséquences sont évitables si l'on identifie au préalable, le patient, la situation et les médicaments à risque. Pour optimiser les prescriptions, le rapport bénéfice-risque doit être évalué et les prescriptions réactualisées régulièrement dans le cadre de traitements chroniques.

Une meilleure coordination thérapeutique entre tous les professionnels de santé entourant le patient apparaît indispensable.

La prescription pluri-médicamenteuse est un facteur essentiel de l'incidence de l'effet indésirable des médicaments. Elle est fréquente chez le sujet âgé : en moyenne, les patients de plus de 70 ans prennent 4 à 5 comprimés par jour qu'ils soient à domicile ou en institution. [17]

Elle est favorisée par :

- la polypathologie et la polymorbidité qui caractérisent le sujet âgé. Plus un patient a de maladies, plus il risque de prendre beaucoup de médicaments.
- le nomadisme médical avec plusieurs prescripteurs qui s'ignorent
- la superposition de traitements symptomatiques en cascade sans vision globale
- une demande parfois insistante de médications par la personne âgée

La polymédication favorise :

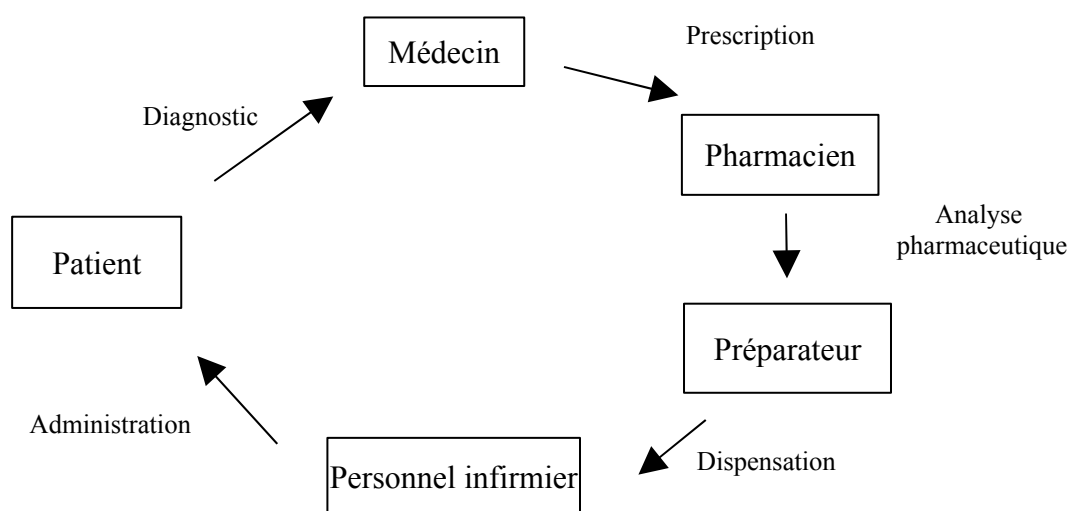
- le risque d'effet indésirable, en outre, un effet indésirable survient chez 4% des patients prenant 5 médicaments par jour, 10% entre 6 et 10 médicaments, 28% entre 11 et 15, 54% pour plus de 16 médicaments par jour. [28] Il a été démontré que la diminution raisonnée du nombre de médicaments administrés réduisait significativement les effets indésirables sans altérer la qualité de vie.
- majore le risque de mauvaise observance. Par exemple, certains patients sélectionnent certains médicaments de l'ordonnance qu'ils vont prendre ou non ou durant une certaine période en fonction de différents facteurs qui leur sont propres (représentations, connaissances, difficultés de prise...)
- majore le coût économique de façon directe par une augmentation des dépenses pharmaceutiques qu'elle engendre et de façon indirecte de part des conséquences

financières d'un défaut d'observance, de la survenue de complications, du besoin d'hospitalisations, ou de l'augmentation de la durée d'hospitalisation...

### 3- Le circuit du médicament

De l'industrie pharmaceutique au patient, le médicament suit un parcours complexe. Au sein d'une institution, le circuit du médicament fait intervenir différents acteurs. Le circuit du médicament à l'hôpital est réglementé par l'arrêté du 31 mars 1999.

Ce processus complexe peut être schématisé ainsi :



L'administration du médicament ne représente qu'une petite partie de ce circuit du médicament.

Tout commence par le diagnostic du clinicien et le choix d'une thérapeutique adaptée.

Puis le pharmacien analyse l'ordonnance et lui-même ou le préparateur en pharmacie dispense le médicament.

Le pharmacien est un acteur indispensable au bon déroulement du circuit du médicament.

L'article L4235-48 du code de la santé publique [29] précise que : « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe
- l'éventuelle préparation des doses à administrer
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments

Le processus s'achève par l'administration du médicament par le personnel infirmier.

Le circuit du médicament englobe également tout ce qui concerne la gestion des médicaments comme par exemple la commande, le stockage, les retraits de lots et la gestion des périmés.

L'objectif du processus est centré sur le patient, c'est-à-dire que tout doit concourir à une meilleure prise en charge de son traitement afin de garantir une utilisation des médicaments optimisée et sécurisée.

Le circuit du médicament est l'un des processus le plus transversal et structurant dans les établissements de santé.

Ce processus doit garantir que « le bon médicament » sera donné « au bon malade » dans les conditions optimales d'utilisation en accord avec les recommandations scientifiques.

Chaque étape du circuit, prescription, dispensation, administration peut être une source d'erreurs potentielles pouvant mettre en jeu la sécurité du patient.

Différentes professions et spécialités interviennent dans le circuit du médicament :

- la prescription est un acte médical
- la dispensation un acte pharmaceutique
- l'administration, un acte infirmier ou médical.

C'est pourquoi, la sécurisation du circuit du médicament est aujourd'hui une priorité de santé publique impliquant l'ensemble des acteurs de santé.

L'informatisation du circuit du médicament représente une avancée majeure dans le domaine de la sécurisation de même que la dispensation nominative.

#### 4-Les français et les médicaments

Le médicament est défini dans le code de la santé publique comme « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques ».

La France détient le record du pays le plus gros consommateurs de médicaments au monde. [21]

Les français sont les premiers consommateurs de médicaments par habitants, en volume comme en valeur relative.

En France, 90% des consultations se concluent par une ordonnance. Il semblerait qu'une des spécificités françaises en partie responsable d'une surconsommation de médicaments serait le rapport particulier entretenu entre les français et leur ordonnance. [23]

La consommation de médicaments et autres biens pharmaceutiques représente 543 Euros/habitant en 2008. Il s'agit d'une moyenne qui recouvre une très grande diversité puisque ce sont surtout les personnes âgées et celles atteintes de maladies graves qui consomment logiquement le plus.

Les français sont attachés au médicament et le considèrent souvent comme la seule solution thérapeutique possible. La croyance selon laquelle seul un médicament constitue une réponse thérapeutique efficace contre la maladie reste forte pour une grande proportion de la population.

Comme le montre l'étude « les français et les médicaments : attitudes, comportement et perception des risques » effectuée en juillet 2006 pour la CNAMTS<sup>5</sup>, près d'un français sur 5 reste attaché à l'idée du « tout médicament ». 19% déclarent que « seuls les médicaments permettent d'être en meilleure santé et cela même quand on est très malade ».[24]

Il est intéressant de noter que dans cette étude, les personnes âgées représentent une grande partie de l'échantillon interrogé d'où un impact sur les résultats. 19% des français déclarent se sentir rassurés quand le médecin leur prescrit des médicaments différents quand ils sont malades.

Le code de la santé publique confie la responsabilité de l'aide à la prise des médicaments aux infirmiers dans le cadre de leur rôle propre (article L4311-5-4), l'administration, relevant des actes qu'ils sont habilités à pratiquer (article L4311-7-6).

---

5 Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Dans un établissement médico-social, l'article du code permet, sous la responsabilité d'un infirmier, que ces tâches soient assurées avec la collaboration des aide-soignants et aide-psychologiques qu'elles encadrent. Cependant l'article reconnaît bien la limite de la qualification de ces derniers du fait de leur formation.

Le texte précise que la mission de l'aide-soignant est en fait d'apporter le traitement au patient. Le texte ne demande pas un contrôle de leur part des médicaments administrés.

Afin de comprendre les problématiques vécues par les soignants face à l'acte d'administrer les médicaments per os aux patients déments souffrant de la maladie d'Alzheimer, il a été envisagé d'approcher au plus près ces acteurs du soin au quotidien (infirmiers, aide soignants de jour comme de nuit).

## **II- MATERIEL ET METHODES**

### 1- Méthodologie

Ce travail a été réalisé au sein de 2 unités de Gériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : un service de soins de suite et de réadaptation et un service de médecine aiguë en gériatrie.

Le service de soin de suite et de réadaptation (SSR) accueille des personnes âgées. Ce service intervient dans la rééducation d'un patient, pour qu'il retrouve une autonomie optimale, à la suite d'un séjour hospitalier pour une affection aiguë, médicale ou chirurgicale.

Les principales missions du service sont :

- la limitation du handicap physique,
- la restauration somatique et psychologique,
- l'éducation du patient et de son entourage,
- la poursuite et suivi des soins et traitement,
- la préparation de la sortie et de la réinsertion,
- l'évaluation médico psycho-sociale,

La durée moyenne de séjour est de 3 semaines mais elle varie en fonction du niveau de dépendance des patients.



Une équipe pluridisciplinaire travaille au sein de ce service.

Le service de SSR<sup>6</sup> est organisé de la manière suivante :

- un médecin coordonnateur et un assistant
- 2 internes en médecine
- un cadre de santé

Le service de médecine aiguë est un service de gérontologie commun.

Les patients sont accueillis dans ce service quelque soit le type de pathologie de la personne âgée.

Le mode exploratoire retenu est celui de l'enquête. Un entretien individuel et anonyme est l'outil privilégié afin de recueillir le discours des soignants sur leur pratique, leurs ressentis et expériences vécues.

L'entretien est de type semi- directif.

Les entretiens ont été réalisés sur une période de 2 mois.

## 2- L'enquête

### 2-1 Déroulement des entretiens individuels

Les entretiens ont été réalisés par le chercheur (personne extérieure au service) après établissement d'un calendrier de rendez-vous avec les différents membres de l'équipe soignante (infirmiers et aide-soignants) en fonction de leurs disponibilités et de leur planning de travail.

Un guide d'entretien a été construit autour de 8 questions ouvertes exploratoires.

Il a été testé auprès de la cadre du service. Ceci a permis de valider les thématiques des questions abordées et leur compréhension.

L'entretien se termine quand les informations données par le soignant deviennent redondantes.

Il est demandé aux soignants qui ont déjà participé à un entretien de ne pas communiquer à leurs collègues les thématiques abordées et la nature des questions posées. Ceci afin de ne pas biaiser les réponses des participants et que celles-ci restent spontanées et le reflet de l'opinion, la perception de chaque soignant individuellement.

## 2-2 Elaboration et utilisation d'un guide d'entretien

Avant de débiter l'entretien, les objectifs de l'entretien sont décrits au soignant. En effet, le caractère non jugeant, ni de contrôle vis-à-vis de leur travail doit être clarifié afin que le soignant puisse répondre en sécurité et libre de répondre aux questions posées. Le but de l'entretien est de comprendre leur travail auprès de ces patients, d'approcher leurs difficultés rencontrées lors de l'administration des médicaments per os aux patients déments (Alzheimer) et de réfléchir ensuite ensemble sur les moyens qui pourraient leur permettre de surmonter leurs difficultés afin d'optimiser ce soin au quotidien.

Le guide d'entretien permet de structurer l'entretien afin d'explorer les thématiques correspondant aux objectifs poursuivis.

Cependant, bien que formalisé, l'entretien en utilisant des questions ouvertes et des relances donne au soignant l'espace nécessaire pour exprimer ses ressentis, ses difficultés et de les illustrer par des exemples vécus au quotidien.

Il a donc été choisi de privilégier l'expression des représentations des soignants sur la maladie et sur un type de soin quotidien, ceci à travers 2 questions.

Une question est dédiée à permettre au soignant de décrire l'acte dans le but d'aider à mieux comprendre le soin « d'administration des médicaments per os », son déroulement, le temps pris par ce soin, les moyens utilisés pour sa mise en œuvre...

En fonction de la discussion engagée à partir des 3 premières questions, les éventuelles difficultés rencontrées par les soignants lors du soin seront explorées.

Il a été dans ce cas demandé au soignant d'illustrer leurs propos par des situations vécues au quotidien.

La dernière thématique abordée lors de l'entretien repose sur les connaissances que les soignants ont concernant les traitements qu'ils doivent administrer. L'objectif de cette question est de comprendre les besoins des soignants en termes de formation sur les médicaments.

Après retranscription des entretiens, une analyse thématique a été réalisée afin d'identifier les forces et les problématiques des soignants face à l'administration des médicaments per os.

### III- RESULTATS

- Nombre d'entretiens réalisés

15 entretiens ont été réalisés entre Mars et Avril 2010 . La durée de ces entretiens a été comprise entre 20 minutes et 1 heure. Tous les entretiens ont été réalisés en dehors du temps de travail des soignants exception faite du personnel de nuit.

Les questions thématiques ont toujours été posées dans le même ordre.

L'enquêteur est très peu intervenu afin de ne pas orienter le discours des soignants. Il a uniquement posé des questions ouvertes et reformulé les questions mal comprises.

- La population de l'enquête

	<b>IDE Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>AS Homme</b>	<b>Femme</b>	<b>Etudiant IDE Homme Femme</b>
Nombre (n=15)	0	8	0	6	0 1
Age moyen	34 ans		36 ans		21 ans
Temps d'exercice moyen dans le service	6,7 ans		7,5 ans		1er stage

Le groupe de soignants concerné par la recherche sont les équipes infirmiers (IDE) de jour et de nuit (toute l'équipe travaille le jour et la nuit, il n'y a pas d'équipe fixe de nuit) et les aide-soignants (AS) soit un effectif de 9 sujets pour le service de SSR et 6 sujets pour le service de médecine aiguë.

Sur les 15 sujets, on compte : - 8 infirmières

- 6 aide-soignantes

- 1 étudiante infirmière en 1<sup>ère</sup> année

Un infirmier et une aide-soignante (AS) n'ont pas souhaité participer.

La population est majoritairement féminine.

L'âge des soignants se situe entre 21 ans et 57 ans. L'âge moyen est de 34 ans.

Le temps d'exercice dans la structure est compris entre 6 mois et 17ans.

3 infirmières ont une expérience unique d'exercice dans le service d'une durée comprise entre 1 an et 3 ans.

Une, est étudiante en première année d'Institut en Formation et Soins Infirmiers (IFSI), pour son premier stage.

Quatre infirmières ont une expérience d'exercice dans le service d'une durée comprise entre 5 ans et 10 ans, elles ont déjà toutes exercé dans d'autres structures.

Deux AS<sup>7</sup> ont une expérience de moins de 3 ans dans le service, l'une était visiteuse médicale auparavant et elle envisage son entrée en IFSI, l'autre a travaillé en tant qu'AS dans un autre hôpital.

Quatre AS ont une expérience d'exercice dans le service d'une durée comprise entre 7 ans et 17ans. Toutes ont travaillé dans d'autres structures.

---

7 Aide-soignant

Malgré le manque d'effectif considérable dans ces services, l'implication des soignants pour ce travail a été vive.

La question s'est posée de savoir comment mettre en valeur, exploiter, analyser et rendre compte du contenu du corpus des entretiens. La méthode suivie a été l'analyse thématique du contenu qualitatif. Une grille de lecture a été élaborée.

Un thème par question est proposé :

- La représentation de la maladie d'Alzheimer
- L'administration des médicaments au sein du service
- Les obstacles rencontrés
- Les méthodes utilisées
- Les limites
- La perception de l'administration des médicaments par les soignants
- Les informations sur les médicaments

Au sein de chaque thème, les différentes idées seront étudiées en fonction des mots employés par les soignants et de leur fréquence. L'échantillon de population soumis au protocole d'expérimentation est de 15 personnes donc 15 discours. Un élément est considéré comme significatif s'il est supérieur au ratio 4/15.

## 1-Présentation des résultats

Les mots, phrases ou les expressions entre guillemets qui figurent dans le texte sont les paroles des soignants extraites des entretiens.

### 1-1 Représentations de la maladie d'Alzheimer

Les diverses représentations sur la maladie d'Alzheimer délivrées par les soignants en réponse essentiellement à la première question ont été catégorisées:

1<sup>ère</sup> question : « Quelles représentations avez-vous d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer? »

Les représentations sont listées par fréquence d'apparition dans le discours.

Les soignants ont majoritairement décrit la maladie d'Alzheimer par l'expression symptomatique.

Les troubles temporo-spatiaux sont d'emblée cités par 10 soignants.

La notion d'agressivité est la deuxième à apparaître. 7 soignants sur 15 font référence à cet état pour décrire la maladie.

Plusieurs soignants introduisent ensuite la notion de perte de mémoire et de discours incohérent.

D'autres éléments de définition ont été cités par les soignants pour décrire la maladie d'Alzheimer. Cependant, leur fréquence d'apparition dans les entretiens étant moindre, ils n'ont pas été retenus en terme de significativité.

Aucun des soignants n'a parlé d'une maladie neurologique.

La maladie d'Alzheimer leur apparaît d'abord dans une forme de « pathologisation » des comportements du patient puis comme une maladie qui



affecterait la pensée et la parole qui permettent à l'être humain d'être relié au monde. Cette deuxième vision de la maladie évoquerait plutôt une maladie psychiatrique.

## 1-2 L'administration des médicaments au sein du service

La 2<sup>o</sup> question étant:

« Pouvez-vous me parler de l'administration des médicaments dans votre service ? »

Pour la grande majorité des soignants, l'administration des médicaments est associée à la question du temps consacré et consommé.

En effet, la plupart des soignants décrivent l'administration des médicaments comme une tâche répétitive « 4 fois dans la journée » et rythmée par des moments réservés aux besoins fondamentaux de la vie, les repas.

C'est un acte qui prend beaucoup de temps au soignant « dure 1h30 en moyenne ».

De plus, cet acte n'est pas réalisé de manière spontanée, c'est une obligation en lien avec la prescription qui impose également un moment précis pour l'administration du médicament.

La notion de surveillance apparaît ensuite comme indispensable pour le bon déroulement du geste. Associé à la surveillance de la prise des traitements, les soignants évoquent aussi une « aide à la prise des comprimés », en donnant directement les médicaments au patient « dans la main ». Ceci dans le but de leur « faciliter la prise » et de l'obtenir.

Cette notion d'aide est assez paradoxale car certains soignants disent vouloir maintenir l'autonomie de ces patients au maximum mais ils préfèrent leur donner leur traitement dans la main ou dans la bouche même si le geste les « infantilise » selon eux, pour être certain que leur acte soit bien mené et que le patient ait bien eu son traitement.

Une majorité de soignant insiste sur le fait que l'administration se passe bien et qu'elle dépend beaucoup du comportement du soignant. En effet, ils parlent d'un besoin de « lien de confiance » avec le patient, d'une manière particulière de « capter le regard » du patient dément pour lui faire comprendre ce qu'ils vont faire, une manière de « se positionner » devant le patient.

La patience est également un élément retenu par les soignants pour arriver au bon terme de son geste.

Plusieurs soignants rappellent le protocole d'administration des médicaments dans leur service. Les IDE<sup>8</sup> de nuit préparent le chariot de médicaments. Les IDE de jour déposent dans chaque chambre les comprimés des patients dans un bol blanc. Le patient peut alors prendre son traitement à ce moment là. L'aide-soignant passe dans chaque chambre pour aider le patient à réaliser d'autres tâches et les aident à la prise des médicaments.

### 1-3 Les obstacles rencontrés

La question suivante abordait les obstacles qui pouvaient être rencontrés par les soignants lors de l'administration des médicaments aux patients déments.

Le premier obstacle cité par tous les soignants interrogés est le refus du patient.

Le refus est même qualifié par des termes très forts tels que « ferme », « catégorique ».

Le deuxième obstacle cité majoritairement est lié à la galénique du médicament.

En effet, dans la galénique, on retrouve :

- « la forme du médicament » qui est inadaptée par rapport au patient concerné.
- « la taille du comprimé » qui est soit trop gros et donc les patients ont du mal à l'avalier, soit trop petit et dans ce dernier cas, les patients ne voient pas bien les comprimés et les perdent.
- « le goût » des comprimés, qui déroutent certains patients et qui du coup les recrachent.
- « la couleur » qui n'est pas forcément adaptée, souvent les comprimés sont blancs, les soignants les disposent dans un bol blanc, les patients ne voient pas les comprimés.

De plus, se rajoute à la galénique de chaque médicament avec laquelle les soignants doivent jongler, l'arrivée des génériques sur le marché français qui perturbe et complexifie encore les modalités d'administration des médicaments pour les soignants.

En effet, le troisième obstacle signalé par les soignants est représenté par les génériques. Ils n'ont pas forcément la même galénique que leur princeps. Ceci pose en réalité deux problèmes.

D'une part, les soignants ont plus de mal à reconnaître les comprimés et d'autre part, ils sont obligés de revoir leurs méthodes d'administration avec certains génériques qui n'auraient pas la même galénique que les princeps.

Un autre obstacle est signalé, ce sont les troubles de la déglutition. Cet obstacle est à l'unanimité cité par les aide-soignants.

En effet, à travers les entretiens, ils se confient et il apparaît que cet obstacle est une véritable peur pour eux. Ils expliquent dans les entretiens qu'ils sont responsables, en cas de fausse route, du patient, alors qu'ils sont sous la responsabilité de l'IDE. Même s'ils sont formés aux gestes d'urgences, le travail en binôme avec un IDE semble alors très important et les rassure.

Le dernier obstacle majoritairement cité dans cette question correspond aux troubles directement liés à la maladie d'Alzheimer. En effet, les symptômes qui étaient utilisés par les soignants pour décrire la maladie d'Alzheimer sont repris dans cette question comme obstacle. Il s'agit de « l'oubli » et de « l'agressivité ».

#### 1-4 Les méthodes utilisées

La question suivante consistait à demander aux soignants les méthodes utilisées pour administrer les médicaments aux patients.

Sur les 15 soignants, 14 ont décrit deux méthodes identiques selon le stade de l'évolution de la maladie du patient.

- Si le patient est à un stade peu avancé et qu'il est capable de prendre son traitement seul : les soignants l'accompagnent dans la prise et lui « donnent dans la main » et « vérifient qu'il ait bien avalé les comprimés ».

- Si le patient présente un stade plus avancé de la maladie, avec des troubles de la déglutition : les médicaments seront « écrasés », les gélules « ouvertes » par les soignants aussi bien pour une prise *per os* que par sonde. Pour limiter les fausses routes, les médicaments seront ensuite mélangés à de l'eau gélifiée, ou au repas mixé du patient. La plupart du temps, le traitement est donné « dans une ou deux cuillères de repas » pour s'assurer que le patient ait pris la totalité de son traitement même s'il ne finit pas son repas.

Un soignant se présente contre cette pratique. Il considère que c'est « la solution de facilité », il est convaincu que tous les patients sont capables d'avaler leur traitement, avec de la patience.

#### 1-5 Les limites

Aux questions 5 et 6, il était demandé aux soignants de citer les principales limites à l'administration des médicaments.

Pour plus de simplicité, les résultats et analyse de ces deux questions seront traités ensemble.

La limite énumérée en premier correspond à la maladie d'Alzheimer elle-même. En effet, la démence et ses symptômes « troubles du comportement », « difficulté de compréhension », semblent désespérer les soignants dans leur pratique.

La deuxième limite se rapporte au médicament avec sa galénique propre. En effet, au cours des entretiens on retrouve les mots « forme du médicament », « taille des comprimés », « goût des comprimés ».

Une autre limite apparaît, c'est celle du refus du patient. Le refus est assez mal perçu par certains soignants.

En effet, pour les soignants, l'administration des médicaments est faite dans l'intérêt du patient, pour son bien, pour guérir ou soulager une pathologie. Le fait que le patient refuse ce geste est ressenti comme un « échec thérapeutique » par certains soignants.

#### 1-6 La perception de l'administration des médicaments

Dans la question 7, il était demandé aux soignants de décrire leur ressenti par rapport à l'administration des médicaments. La question restant majoritairement sans réponse, une sous-question a du être posée, à savoir : « Percevez-vous l'administration des médicaments comme un soin? »

Suite à cette sous-question, il apparaît que tous les soignants tentent de décrire l'administration des médicaments comme un soin. Cependant, chaque personne a sa définition du soin.

Dans les entretiens, on note que l'emploi du terme « soin » est repris avec un sens critique et avec beaucoup de modulation.

Ce soin « administrer les médicaments per os » est présenté comme un « acte médical », qui, à l'unanimité, prend beaucoup de temps dans la journée de travail.

Le manque de temps du personnel se fait à nouveau ressentir à travers cette question.

Le soin est décrit comme « particulier », « pas le plus intéressant », « rôle sur prescription ». Pour les aide-soignants, il apparaît comme « une obligation » pour décharger les IDE.

Tous les soignants sont d'accord sur le fait que les médicaments sont

indispensables dans un hôpital, ils sont l'outil nécessaire pour apporter une amélioration de l'état du patient.

L'administration des médicaments est aussi décrite comme un soin qui nécessite des connaissances pluridisciplinaires « sur le patient », « sur les médicaments et leurs effets indésirables » ainsi que « sur la pathologie ». Cet aspect est particulièrement cité par les aide-soignants.

### 1-7 Les informations sur les médicaments

A la question : « Recevez-vous suffisamment d'informations sur les traitements administrés ? », on peut distinguer 4 notions principales.

La première est en fait que les soignants sont demandeurs d'informations sur les médicaments malgré leur diplôme assez récent pour la plupart. Ces informations doivent être courtes, précises, synthétiques. La dimension du temps est encore évoquée. Elles devront apporter de l'aide aux soignants dans leur pratique quotidienne et notamment en ce qui concerne la surveillance des patients sous un traitement donné.

Ensuite, les entretiens démontrent que les soignants ne reconnaissent pas systématiquement ce qu'ils donnent, ce qui leur pose un problème quand il faut donner au patient les comprimés les plus importants en priorité.

La notion de travail en binôme apparaît comme indispensable, essentiellement pour les aide-soignants.

La dernière idée qui ressort de cette question est celle des génériques. En effet, leur arrivée dans les services de l'hôpital ne facilite pas la tâche des soignants.

Les génériques étant nommés par la molécule active, les soignants disent avoir du

mal à retrouver la spécialité équivalente ou inversement. Ils doivent eux même jongler entre les deux pour répondre aux prescriptions.

La forme galénique du générique n'étant pas toujours identique à la spécialité, les soignants ont encore plus de mal à les reconnaître lors de leurs administrations aux patients.



## IV-ANALYSE ET DISCUSSION

### 1- Les représentations de la maladie d'Alzheimer

A travers les résultats des entretiens, il est intéressant de noter la manière dont les soignants décrivent la maladie d'Alzheimer. Ils la définissent non pas de manière théorique comme cette maladie a pu être abordée à l'occasion de formations théoriques suivies durant leur formation initiale et/ou continue mais plutôt de manière pratique en lien avec leurs expériences. En effet, ils énumèrent des symptômes qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne. Le premier élément caractéristique pour eux de la maladie n'est pas la perte de mémoire qui est le plus souvent citée dans les représentations collectives, mais plutôt un symptôme comportemental qui les touche dans leur travail et qui peut parfois, avoir un retentissement sur la qualité de leur travail.

Le fait de définir cette maladie avec le concept de « troubles temporo-spatiaux » relève plus du syndrome confusionnel voire à terme d'une déstructuration psychique.

L'agressivité est un symptôme qui n'est retrouvé que pour une petite partie de la population atteinte de la maladie d'Alzheimer et pourtant c'est cette image que les soignants retiennent de ces patients déments. Ceci montre que cette représentation de la maladie d'Alzheimer induisant un comportement désadapté et agressif est à l'origine de la peur des soignants face à ces patients ce qui les interpellent.

L'importance de ces deux symptômes à leur yeux fait même oublier à une partie des soignants que la maladie d'Alzheimer est une dégénérescence neurofibrillaire qui se manifeste par une perte progressive de la mémoire.

Les signes cliniques prévalants pour eux sont ceux qui empêchent le contact et l'installation d'une relation thérapeutique satisfaisante.

Pour les soignants, la définition globale de la maladie d'Alzheimer relève de la déféctologie. En effet, leur représentation de la maladie se base sur l'apparition de désordres, de déficiences, d'incapacités articulés autour d'une notion centrale : la perte.

Ces différentes pertes sont à l'origine de difficultés à entrer en relation avec la personne et par la même à réaliser des actes de soins adaptés, basés sur une relation d'aide impliquant la personne elle-même.

## 2-L'administration des médicaments au sein du service

L'administration des médicaments est décrite par les soignants à travers une dimension temporelle. Tous les soignants qui interviennent dans ce geste se réfèrent prioritairement au temps.

Ils profitent de cette question pour rappeler le processus standard de l'administration des médicaments dans le service. Cependant, l'organisation de cet acte et son déroulement ne sont pas, pour les soignants, réalisés en prenant en compte l'apport potentiel de chaque acteur. En effet, pour les soignants, l'administration des médicaments est l'aboutissement de la prescription médicale, ordre du médecin. C'est un acte exécutif vécu à caractère péremptoire qui induit chez eux une notion obligatoire de résultats plus que de moyens.

Cet acte semble réalisé sous contraintes sans qu'une réflexion pluriprofessionnelle soit envisagée afin d'optimiser l'administration des médicaments au regard des difficultés rencontrées avec chaque patient.

### 3-Les obstacles et limites de l'administration rencontrés

On entend par obstacle tout procédé qui pourrait gêner l'administration des médicaments sans pour autant l'empêcher.

On entend par limite tout procédé qui interromprait l'administration et empêcherait sa bonne réalisation.

Les principaux obstacles cités par les soignants sont le refus du patient et la galénique du médicament.

Le refus du patient apparaît pour les soignants comme un obstacle et non une limite. En effet, pour eux, le refus est dans la majorité des cas un obstacle surmontable car il est lié à l'état du patient à un moment précis de la journée. Lors de l'administration des médicaments, les soignants sont limités par le facteur temps mais disposent quand même d'une certaine marge de manœuvre. Si un patient refuse son traitement alors qu'il est agité, anxieux, dans un délire ou une hallucination, les soignants peuvent repasser plus tard auprès du patient, lors d'un moment plus propice. Se pose donc la question d'une gestion du temps optimisée permettant au soignant de s'adapter afin d'envisager l'acte « d'administrer les médicaments » au moment le plus propice pour le patient et en regard des conditions de prise optimales des médicaments en termes d'efficacité et de tolérance.

Ceci nécessiterait une organisation au sein de l'unité de soins de l'ensemble des soignants et une harmonisation des connaissances sur le médicament et du discours réalisé auprès des patients sur le médicament.

Les principales limites sont la maladie d'Alzheimer , la galénique du médicament.

La maladie d'Alzheimer apparaît comme la principale limite à l'administration du médicament pour les soignants. En effet, bien souvent, la maladie s'impose face à l'environnement. Les patients la subissent. Les soignants essaient de la contourner par diverses techniques créatives pour mener du mieux possible l'administration des médicaments.

En ce qui concerne la galénique du médicament, elle est décrite par presque tous les soignants comme un obstacle et seulement par quelques uns comme une limite. Des méthodes ont été décrites pour contrer les obstacles dus à la galénique du médicament. A l'origine, la galénique a été développée pour mettre à disposition des utilisateurs des médicaments une forme plus adaptée aux patients, à leur pathologie et de leur assurer un certain confort de prise (diminution du nombre de comprimés, diminution des effets indésirables digestifs, titration de doses...) en plus de l'efficacité attendue du principe actif. La galénique est aujourd'hui adaptée à une majorité de la population, d'abord aux adultes puis étendue aux nourrissons, et aux enfants. Cependant, les formes galéniques disponibles sont actuellement peu adaptée aux personnes âgées ayant des troubles de la déglutition ou autres troubles liés au vieillissement. Or, une galénique non adaptée implique pour le soignant de trouver des astuces pour rendre possible l'administration du médicament.

Cependant, pour certains soignants, le médicament reste une limite même en prenant en compte la mise en place de méthodes permettant une administration des médicaments dont la forme n'est pas adaptée (passage des médicaments écrasés dans la sonde naso-gastrique par exemple).

En effet, ces méthodes ne semblent pas suffire à répondre aux difficultés des soignants car elles restent des « rustines » et limitent les soignants dans la

réalisation d'un acte de qualité, sécurisé et reste consommateur de temps.

#### 4-Les méthodes d'administration utilisées

L'aide à la prise des médicaments par les soignants est un geste quotidien. Ils décrivent cela en fonction des patients et plus particulièrement selon le stade d'évolution de la maladie du patient.

Pour les patients autonomes, les soignants disent vouloir maintenir leur autonomie au maximum même s'ils préfèrent quand même donner le traitement dans la main du patient et s'assurer de sa bonne prise par une surveillance accrue. Le geste du soignant est paradoxal, d'un côté il ne veut pas assister le patient dans ce geste mais d'un autre, il a besoin de se rassurer en étant sûr que le traitement a bien été pris. C'est pourquoi, dans la plupart des cas, le soignant accomplit le geste à la place du patient. Donner le médicament est un geste rassurant pour le soignant qui sait que le médicament a été prescrit dans l'intérêt du patient, pour lui « faire du bien ».

Pour les patients à un stade plus évolué, les soignants « dévoilent » leurs pratiques. En effet, à chaque fois que l'un d'eux expliquait une méthode, un sentiment de culpabilité, de peur de jugement semblait les envahir.

Certains utilisaient même des mots similaires à un interrogatoire de justice. Ils « avouent » leurs méthodes en ajoutant pour se déculpabiliser qu'ils n'ont pas d'autres choix, qu'ils sont désemparés, seuls à décider. Ils se sentent liés par une prescription qui trop souvent les mettent en difficulté dans l'application.

On assisterait alors à une forme de résignation dépressive.

La plupart des médicaments mis sur le marché sont constitués de formes galéniques complexes mais dont le maniement peut être limité car non adapté aux spécificités de la gériatrie. Les situations particulières de posologies et de taille de comprimés inadaptés au patient ne sont pas rares dans la pratique. La décision de couper, pulvériser ou d'ouvrir une gélule ne doit pourtant pas être prise à la légère étant donné les risques potentiels associés en termes de toxicité et d'inefficacité. Le choix de la forme galénique par le fabricant se fait selon des critères physico-chimiques, pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et en prenant en compte les répercussions sur l'organisation des prises (avec ou sans alimentation, nombre de prises par jour, gestion des oublis et/ou possibilité de décaler les horaires de prises ...).

Les risques potentiels associés à une mauvaise manipulation sont : une erreur de dosage, une toxicité locale avec irritation ou ulcération des muqueuses, une modification des propriétés physico-chimiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques engendrant une toxicité systémique ou une perte d'effet.

En l'absence de rainurage sur un comprimé, la division est difficile et aléatoire et devrait être évitée.

Dans de telles circonstances, il est préférable de privilégier une autre forme galénique.

Il est recommandé de ne pas couper, écraser ou ouvrir :

- les comprimés ou gélules contenant des substances à MTE
- les comprimés ou gélules enrobés, gastro-résistants ou à libération modifiée
- les comprimés ou gélules contenant des principes actifs instables à la lumière (vitamines A,B,C)

- les comprimés ou gélules à base de substances inertes (fer, chlorure de potassium...)

De part son expertise et ses connaissances pointues sur le médicament, le pharmacien est l'acteur du circuit du médicament qui peut transmettre ces informations sur la galénique des médicaments et proposer des actions adaptées pour garantir au patient une innocuité et une efficacité des médicaments administrés. Il est donc un acteur incontournable qui pourra, au sein de l'équipe de soins, participer à cet acte d'administration en soutenant les soignants dans la réalisation d'un acte d'administration de qualité et sécurisé.

Il pourra mettre à disposition des soignants des tableaux explicatifs synthétisant les informations importantes à retenir concernant les modalités d'administration des médicaments et les astuces de prises pouvant être réalisées, validées en fonction des circonstances pour chaque patient. Par exemple, pour un médicament donné, il indiquera le nom du générique s'il existe, la forme galénique, le mode d'administration recommandé, les adaptations possibles (peut être écrasé ou non...) et une alternative de secours, si possible, si l'ensemble des adaptations utilisées habituellement ne sont pas réalisables (par exemple, si le comprimé ne peut être écrasé). Exemple en Annexe 4.

## 5-La perception de l'administration des médicaments

L'introduction du mot « soin » dans la sous question a permis aux soignants de rebondir. Ils ont alors tous défini comme une évidence, l'administration des médicaments comme un soin. Cependant, les soignants se sont appropriés la définition du soin.

En effet, la définition du dictionnaire postule que « tous les moyens mis en œuvre pour soigner le patient sont des soins » ce qui veut dire que si le médicament soigne, son administration est alors considérée comme un soin. Or, les soignants font une différence entre l'acte de soin « administrer les médicaments » et l'acte de soin « faire la toilette ». En effet, l'administration des médicaments ne répond pas, pour eux, complètement à la définition du soin car ce n'est pas leur geste d'administrer le médicament qui est bénéfique pour le patient mais le médicament en lui-même avec son principe actif qui est responsable d'un bien être pour le patient.

Lors de la question sur l'administration des médicaments ils étaient tous d'accord sur le fait que le médicament était indispensable au bien être du patient, indispensable pour le soigner. C'est l'éthique des français sur les médicaments. Ils ne se sentent néanmoins pas responsables d'une amélioration de l'état du patient à travers ce geste.

A l'inverse, le refus du patient de prendre son traitement les affecte beaucoup car ils perçoivent cela comme un échec thérapeutique et cette situation les renvoie à leur propre impuissance de soignants.

La définition du dictionnaire décrit que tous les moyens mis en oeuvre pour soigner le patient est un soin, si le médicament soigne, son administration est alors



considérée comme un soin.

Mais, dans cette question, le terme « soin » est repris de manière très critique. Les soignants emploient des qualificatifs assez péjoratifs pour le décrire. Ils tentent de s'approprier le concept de soin sans y parvenir de façon satisfaisante et sans conviction.

## 6- Les informations sur les médicaments

L'équipe soignante déplore son manque d'informations sur les traitements médicamenteux ce qui peut potentiellement les ralentir dans leur pratique quotidienne. Cependant, les IDE ont des notions qui leur ont été enseignées pendant leur formation. Le travail en binôme dans les unités entre un IDE et un aide-soignant permet une transmission des connaissances tout en restant chacun dans le rôle qui lui est attribué.

La présence du pharmacien au sein de l'équipe de soins peut lui permettre de construire des outils d'aide aux soignants à l'administration des médicaments comme par exemple l'élaboration de fiches de correspondance entre génériques et spécialités commerciales.

D'autre part, l'équipe est demandeuse d'informations synthétiques sur les médicaments et des rappels sur les pathologies associées. Ces fiches pourront être rédigées par l'externe en pharmacie et validées par le pharmacien référent de la gériatrie.

Ces fiches pourraient être articulées en quatre parties.

Tout d'abord, un rappel sur la pathologie pour laquelle la classe pharmacologique a été prescrite. Puis les médicaments les plus rencontrés de la classe seront

énumérés et illustrés pour que les soignants aient plus d'aisance à reconnaître les formes galéniques comme les comprimés. Ensuite, une description synthétique et pratique de la surveillance à réaliser lorsqu'un patient prend ce type de médicament et les effets indésirables les plus fréquents ainsi que les modalités de gestion de ces effets indésirables (comment réagir ?).

Ce travail avait pour but d'explorer les représentations des soignants concernant l'acte de soin « administrer les médicaments per os » afin d'identifier ces représentations et de comprendre leur impact sur la pratique professionnelle des soignants au quotidien.

Les soignants décrivent l'administration des médicaments essentiellement à travers leur pratiques quotidiennes ce qui nourrit leurs représentations. Plus la maladie du patient est appréhendée dans le registre du déficit et de la perte, plus l'attitude du soignant sera interventionniste. La relation de soins s'exprimera alors en actes.

D'autres soignants privilégieront les capacités résiduelles et la subjectivité du patient. La relation de soin s'exprimera en paroles. Cette approche ciblerait une recherche de collaboration avec le patient et la création d'une alliance thérapeutique.

Mais l'ampleur et la complexité de la tâche qui leur est confiée leur empêche d'avoir une représentation positive de leur travail. Celle-ci est globalement perçue négativement. A aucun moment de la journée les soignants valorisent leur pratique en se disant que l'administration est faite dans un but précis, améliorer l'état de santé du patient. L'administration des médicaments semblent dénuée de sens.

On assiste à une forme de mouvement dépressif chez les soignants.

En écho à la démence, les soignants sont confrontés et vivent aussi la désorientation (dans leurs pratiques), la perte (du sens) et l'impuissance (redonner la santé au patient).

Il existe un décalage entre la notion de soin qui leur est enseignée au cours de leur formation : « soigner pour guérir », et celle qu'ils décrivent. Pour eux, administrer des médicaments à un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer ne le guérit pas et ce n'est donc pas un soin. La représentation négative de ce soin aux patients déments peut également être expliquée par le fait qu'ils ne voient pas les patients atteints par cette pathologie avec une vision positive. Ils voient ces patients comme des malades qui sont devenus agressifs et opposant par la maladie. Pourtant, le patient n'a pas toujours été comme cela, il a une histoire antérieure qui peut expliquer son comportement. Le caractère, la personnalité restent inchangés par la maladie.

Pour voir leur acte comme positif, une prise de recul semble nécessaire afin d'essayer d'imaginer la personne comme elle pouvait être avant, avec ses défauts et ses qualités mais cette posture n'est pas toujours facile à réaliser dans la pratique courante et face à des situations d'agression de la part des patients dans un environnement de soins contraints par le temps.

De plus, la maladie évoluant, la communication verbale devient de plus en plus difficile entre le soignant et le patient. Une communication plus primaire, par des actes, pourrait-elle permettre de renouer dans ce cas le lien et un certain dialogue ? Positionner l'agressivité et le refus du patient comme de nouveaux moyens de communication pour le patient permettrait-il aux soignants d'envisager d'autres façons d'adapter les actes de soins en conséquence ?

A travers ce soin, on remarque que les soignants sont désorientés. Ils pratiquent quotidiennement des soins dont ils ne voient que très peu les effets.

De plus, ce travail posait la question du rôle de deux facteurs, la polymédication et la sophistication des traitements pharmacologiques, comme sources de difficultés pour les soignants dans la réalisation de l'administration des médicaments aux patients déments atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'utilisation de nouvelles formes galéniques est décrite comme un obstacle à la réalisation de l'administration des médicaments.

En effet, ces formes galéniques sont devenues de plus en plus complexes mais les troubles physiopathologiques des patients demeurent et les soignants ne ressentent pas le soutien de ces nouvelles formes galéniques dans leurs pratiques.

Au contraire leurs méthodes d'adaptation n'ont pas changées et la complexité des formes galéniques et des schémas thérapeutiques ont plutôt augmentés leurs difficultés au quotidien. Dans un service de gériatrie, on peut compter de nombreuses pathologies. Chaque patient est souvent affecté par plusieurs à la fois. Les traitements se multiplient. Pour une efficacité optimale, de nouvelles formes galéniques ont été conçues. Elles permettent au principe actif une action à un endroit précis de l'organisme et selon une cinétique idéale. C'est ainsi que sont nés les comprimés osmotiques, les composés matriciels...

Ces artifices galéniques apparaissent comme des obstacles aux bonnes pratiques d'administration des médicaments pour les soignants qui connaissent mal les subtilités et l'intérêt de ces formes galéniques et utilisent des méthodes actuellement qui ne sont plus vraiment compatibles avec les nouvelles formes galéniques. La galénique devient alors une limite à l'administration des

médicaments et les soignants sont désarmés face à cette incompatibilité.

Le pharmacien peut, dans ce contexte, devenir l'allié des soignants dans l'administration des médicaments.

En effet, de part ses connaissances sur la structure du médicament, il peut se proposer comme « personne ressource » dans l'accompagnement de l'administration des médicaments et être « la référence » à interpellé, contacter lors de problématiques en lien avec les médicaments en général, leur administration et leur gestion en fonction des circonstances (difficultés de prise par la bouche, interactions médicamenteuses, adaptation aux dysfonctionnement d'organe, adaptation de la surveillance ...).

En effet, la présence du pharmacien peut contribuer à optimiser l'administration des médicaments par plusieurs moyens :

- répondre aux soignants sur leurs incertitudes sur les traitements en étant au maximum à leurs côtés dans leurs tâches quotidiennes. En quelque sorte, pourquoi ne pas proposer une forme de « tutorat » en interface soignant/médecin ?
- proposer des sessions de formations courtes sur la galénique des médicaments, mettre à disposition des outils pratiques de synthèse utilisables pour le quotidien comme des tableaux synthétiques (annexes) dans le but d'orienter et aider les soignants à choisir les gestes les plus favorables pour l'administration des médicaments au patient.
- proposer des rappels sur certaines pathologies sous forme d'affiche, comme par exemple les différents types de démence en accord avec la demande des soignants car ils ne sentent pas suffisamment à l'aise sur certains points.

- être suffisamment disponible pour répondre à toutes formes de questions dans des espaces interactifs.
- promouvoir l'équipe de soin dans un registre de transversalité active des disciplines.

- Remarques et biais

L'approche du patient atteint de la maladie d'Alzheimer et de l'administration de ses médicaments par les infirmiers et aide-soignants ne peut être représentative de la culture du soin appliquée par toute une équipe. Certains professionnels du service n'ont pas été soumis à l'enquête comme les médecins, les kinésithérapeutes et les pharmaciens.

Cette étude ayant été réalisée dans deux unités, elle n'est pas représentative de l'ensemble des services de gériatrie du CHU de Grenoble et ne représente pas forcément le point de vue de l'ensemble des infirmiers et aide-soignants exerçant en gériatrie.

Les résultats de cette étude sont à prendre en compte en fonction du lieu donné d'observation et en fonction du moment auquel l'enquête a été réalisée.

Quant à l'enquête, malgré le cadre relativement identique et rigoureux, des biais ont pu avoir lieu. La neutralité de l'enquêteur a-t-elle été suffisante pour ne pas influencer les participants ?

Quant à la participation de tous les soignants à cette enquête, correspond-elle à un réel intérêt ? S'il existe, porte-t'il sur le sujet abordé ou sur le dispositif mis à leur disposition ?

Le fait de poser certaines questions thématiques lors des entretiens a pu avoir un effet suggestif sur l'orientation des réponses et le choix des mots.

Les difficultés rencontrées par l'enquêteur ont pu probablement être en lien avec la situation et le rôle adopté par l'enquêteur en tant que pharmacien. L'approche de ce travail visant à s'intéresser au médicament dans le geste soignant qui le porte, a conduit l'enquêteur à privilégier l'exploration de la relation, la parole et la question du sens concernant cet acte de soin « administrer les médicaments per os » et a donc nécessité de s'éloigner d'une démarche uniquement rationnelle et causale pour évoluer vers une réflexion plus large, exploratrice sans hypothèses à priori et donc moins facile à réaliser car sans cadre très structurant.

## CONCLUSION

La maladie d'Alzheimer, reconnue comme un véritable enjeu de santé publique de part sa gravité, touche une population de plus en plus importante. Cette dernière étant vieillissante, il n'est pas rare qu'elle soit déjà affectée par d'autres pathologies lors du diagnostic de maladie d'Alzheimer. On parle alors de polypathologie.

De nos jours, de part les progrès de la médecine, un traitement médicamenteux ayant une galénique plus ou moins complexe peut être associé à chaque pathologie de façon spécifique. Cette situation correspond à un contexte de polymédication.

L'administration des médicaments aux patients au sein des services hospitaliers est assurée par les infirmiers aidés des aide-soignants sous leur responsabilité.

Les résultats de cette enquête montrent que l'administration des médicaments est un acte relevant d'une grande complexité tant par son exécution que par les représentations et les expériences qu'elle engendre.

La maladie et son cortège symptomatique, les formes galéniques complexes sont considérés comme des obstacles ou de véritables limites à la réalisation de l'administration des médicaments.

Les progrès en galénique de ces dernières années n'ont pas répondu aux difficultés des soignants vécues au quotidien lors de l'administration des médicaments voire ont complexifié cet acte. En effet, le soignant se trouve dépourvu devant ces nouveaux artifices galéniques car les techniques d'adaptation utilisées habituellement ne sont plus compatibles. Dans ce contexte, le pharmacien, expert du médicament, peut devenir un allié précieux pour les soignants lors de l'administration des médicaments. Il pourrait apporter un soutien spécifique aux



équipes dans leurs gestes quotidiens tout en leur apportant aussi des connaissances et des solutions pratiques.

Dans les unités de gériatrie, la multidisciplinarité semble incontournable face à la complexité et la diversification des tâches. Le pharmacien de part l'utilisation massive de la chimiothérapie a sa place au sein de l'équipe de soin par l'éclairage et l'aide spécifique que lui seul pourra apporter à l'ensemble des soignants, au patient et à son entourage.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### OUVRAGES

- (1) AUPETIT H., *La maladie d'Alzheimer*, Edition Odile Jacob, Paris, 1998
- (2) BERTHIER N., *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales*, Edition Armand Colin, 2006
- (3) CAULIN C. *Recommandations et pratiques, 125 stratégies thérapeutiques*, édition Flammarion, 2007
- (4) CHARAZAC P., *Soigner la maladie d'Alzheimer, Guidance des aidants et relation soignante*, Edition Dunod, Paris, 2009
- (5) CHARAZAC P.M, *La relation soignante en gériatrie*, Edition M.F, Paris, 2008
- (6) ITANI A., KHAYAT E., *Neurologie 4<sup>o</sup> édition*, Edition Vernazobres-Grego, 2009, pages 335-348
- (7) MYLINSKI M., « Incidence des troubles du comportement des personnes âgées sur l'entourage professionnel », *Psychologie Médicale*, 1987
- (8) PIETTE F.- Hopital Charles Foix, *Médicaments et gériatrie*
- (9) BEDOUCH P., BAUDRANT M., DETAVERNIER M. *et al.* « La sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : données actuelles et expérience du centre hospitalier de Grenoble », *Annales pharmaceutiques françaises*, 2009, 67 (1)3-15
- (10) CUISINIER B., *Accroître le soin relationnel avec des personnes désignées démentes séniles-type Alzheimer*
- (11) DRERA H., BROCKER P., *Un tabou nommé Alzheimer*, Edition Ellipses, Paris, 2004.

- (12) HIRSCH E, OLLIVET C. *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer, éthique, soin et société*, édition Vuibert, Paris, 2007
- (13) TOUCHON J., *La maladie d'Alzheimer, réponses aux questions des praticiens*, Edition Phase 5, Paris, 2007
- (14) TOUCHON J., PORTET F., *Guide pratique de la maladie d'Alzheimer*, Collection Médiguide , Paris, 2000
- (15) WINKELMULLER P. « La pharmacie dans l'institution thérapeutique » *L'information psychiatrique*, n°10, décembre 1992

#### ANONYMES

- (16) Cours de l'IFCS, Méthodologie de projet, Guide d'entretien, 2010
- (17) CHU Jussieu « Polypathologie et médicaments, iatropathologie » *Corpus de gériatrie*, janvier 2000
- (18) BIZIEN M.F., BIZIEN A., KNAFO D. « Place du patient dément en gériatrie », *Perspectives psychiatriques*, n°95, 1984
- (19) Prescrire, la revue, *Les médicaments de la maladie d'Alzheimer*, 1er juillet 2008
- (20) VITAL DURAND D., LE JEUNNE C., *Guide pratique des médicaments*, DOROSZ 2009, Edition Maloine, 28° édition
- (21) KLEIN M.V., Les français et le mésusage des médicaments ; répondre au défi de l'information du grand public, Mémoire de fin d'étude de master de communication politique et sociale, 2006
- (22) LACHANT M., Mémoire de gérontologie, *Représentations de la personne âgée*, 1999

(23) Le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments,  
Etude Ipsos, octobre 2005

(24) Les français et les médicaments : attitude, comportements et perception des  
risques, Etude Ipsos, juillet 2005

#### THESE

(25) BARRET C., Recherche d'optimisation de la prise des médicaments par le  
malade hospitalisé : arguments scientifiques et étude de cas, Faculté de Grenoble,  
1994

(26) DACOSTA V., Mise en place d'un système d'éducation thérapeutique à  
l'attention des patients ayant bénéficié d'une allogreffe de cellules souches  
hématopoïétiques, Faculté de pharmacie de Grenoble, 2007

(27) FARGIER M., Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des  
patients porteurs de la maladie d'Alzheimer, Faculté de Grenoble, 2006

#### SITES INTERNET

(28) [www.sante.univ-nantes.fr/med/ticem/umvf/geriatrie11/site/html/cours.pdf](http://www.sante.univ-nantes.fr/med/ticem/umvf/geriatrie11/site/html/cours.pdf)

Polypathologie et médicaments, iatropathologie

(29) [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

(30) [www.textes.droit.org/code/sante\\_publicque](http://www.textes.droit.org/code/sante_publicque)

(31) HAS website -URL

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_668822/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668822/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-maladie-d-alzheimer-et-des-maladies-apparentees)

(32) Hopitaux du Sud-Ouest website-URL

[www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)

## Liste des annexes

Annexe 1 : Mini mental State Examination selon la version consensuelle du GRECO

Annexe 2 : Guide d'entretien

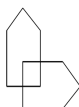
Annexe 3 : Exemple de fiches proposées aux soignants

Annexe 4 : Tableau pratique sur les médicaments destiné aux soignants

**Annexe 1 : Mini mental State Examination selon la version consensuelle du GRECO**

<b>Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)</b>		
<b>Orientation</b>		<b>/ 10</b>
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? _____		
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :		
1. En quelle année sommes-nous ?		<input type="checkbox"/>
2. En quelle saison ?		<input type="checkbox"/>
3. En quel mois ?		<input type="checkbox"/>
4. Quel jour du mois ?		<input type="checkbox"/>
5. Quel jour de la semaine ?		<input type="checkbox"/>
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.		
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*		<input type="checkbox"/>
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?		<input type="checkbox"/>
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**		<input type="checkbox"/>
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?		<input type="checkbox"/>
10. A quel étage sommes-nous ?		<input type="checkbox"/>
<b>Apprentissage</b>		<b>/ 3</b>
Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderais tout à l'heure.		
11. Cigare	Citron	Fauteuil
12. Fleur	Cle	Tulipe
13. Porte	Ballon	Canard
Répéter les 3 mots.		
<b>Attention et calcul</b>		<b>/ 5</b>
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*		
14.		93 <input type="checkbox"/>
15.		86 <input type="checkbox"/>
16.		79 <input type="checkbox"/>
17.		72 <input type="checkbox"/>
18.		65 <input type="checkbox"/>
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**		
<b>Rappel</b>		<b>/ 3</b>
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?		
11. Cigare	Citron	Fauteuil
12. Fleur	Cle	Tulipe
13. Porte	Ballon	Canard
<b>Langage</b>		<b>/ 8</b>
Montrer un crayon.	22. Quel est le nom de cet objet ?*	<input type="checkbox"/>
Montrer votre montre.	23. Quel est le nom de cet objet ?**	<input type="checkbox"/>
24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***		
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :		
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,		<input type="checkbox"/>
26. Pliez-la en deux,		<input type="checkbox"/>
27. Et jetez-la par terre. »****		<input type="checkbox"/>
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :		
28. « Faites ce qui est écrit ».		<input type="checkbox"/>
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :		
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****		<input type="checkbox"/>
<b>Praxies constructives</b>		<b>/ 1</b>
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »		

« FERMEZ LES YEUX »



## Annexe 2 : Guide d'entretien

- Fonction :
- Temps d'exercice dans la structure :
- Age :

1) Quelles représentations avez-vous d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer ?

- \* comment pouvez-vous décrire un patient atteint de l'Alzheimer ?
- \* quels symptômes vous évoque la maladie d'Alzheimer ?
- **Objectifs** : Comprendre comment est perçu le patient Alzheimer par ses soignants à travers son vécu personnel et son travail quotidien.

2) Pouvez-vous me parler de l'administration des médicaments (voie orale) à ce type de patient, dans votre service ?

- \* à quels moments de la journée sont donnés les médicaments ?
- \* combien de temps cela prend, pour combien de patients ?
- \* combien de soignants participent ?
- \* pour les aide-soignantes : intervenez-vous lors de l'administration, pour aider vos collègues ?
- \* les patients prennent-ils eux même leur traitement lorsque vous leur présentez, ou ont-ils besoins d'aide ?
- **Objectifs** : Comprendre le fonctionnement et l'organisation d'un soin dans ce service de gériatrie, il est indispensable de connaître ceci pour comprendre et analyser les éventuelles difficultés rencontrées.

3) Pouvez-vous me citer des obstacles auxquels vous auriez pu être confronté pendant l'administration ?

- \* vous est-il arrivé qu'un patient refuse la prise ?
- \* comment se manifeste le refus d'un patient ? : paroles (insulte au soignant), physiques (refus d'ouvrir la bouche, gestes diverses pour empêcher la prise)
- \* problèmes de déglutition, fausse-route...
- \* Incompréhension du patient sur ce qui est en train de lui être pratiqué ?
- **Objectifs :** Comprendre et analyser les difficultés rencontrées par les soignants lors de l'administration des médicaments. parler du refus du patient, difficulté de communication....

4) Quelles méthodes utilisez-vous pour assurer la bonne prise du médicament ?

- \* vous arrive-t-il d'écraser les médicaments ?
- \* vous arrive-t-il d'ouvrir les gélules ?
- \* mélangez-vous les comprimés dans des aliments ?
- \* adoptez-vous d'autres moyens ?
- **Objectif :** Etudier les méthodes utilisées pour assurer une bonne observance aux patients. Etudier la compatibilité entre ces méthodes et les bonnes pratiques d'utilisation des médicaments.

5) Selon vous, y a-t-il des limites à l'administration des médicaments ?

- \* la difficulté de communication entre le soignant et le soigné peut-elle perturber le soin ?
- \* le patient dément est-il en lui-même un facteur limitant ?



6) A quels facteurs associez-vous ces limites ?

- \* au patient qui est malade, âgé et dépendant ?
- \* au soignant qui n'a que peu de temps pour réaliser le soin ?
- \* aux 2, soignants + patient ?
- \* au geste en lui-même qui est réalisé pour le bien être des patients mais qui peut être dégradant pour celui-ci car perte totale d'autonomie.
- \* Si vous ne voyez pas de limites à ce soin, qu'est ce que selon vous vous permet de le mener à bien ? (patience...)
- **Objectif :** Connaitre, selon le point de vue des soignants, ce qui pourrait être à l'origine de leurs difficultés ou au contraire, connaitre les éléments qui leur permettent de mener à bien ce soin.

7) Comment percevez- vous l'administration des médicaments ?

- \* est-ce que vous percevez l'administration des médicaments comme un soin ?
- \* est-ce que l'administration des médicaments est un soin comme un autre ?
- \* est-ce que vous vivez ce soin comme un moment d'échange privilégié avec le patient ?
- \* est-ce que c'est un soin difficile ?
- \* est-ce qu'il y a des jours ou vous le vivez plus comme une contrainte que comme un véritable soin ?
- **Objectif :** Comprendre ce que les soignants ressentent lors de l'exécution de ce soin. Cette question est faite pour qu'ils s'expriment librement sur ce qu'ils ressentent même si cela ne correspond exactement à ce qui leur a été enseigné.

8) Selon vous, recevez- vous suffisamment d'informations sur les traitements administrés ?

- \* quelles sont les indications ?
- \* les effets indésirables connus ?
- \* les conditions spécifiques d'utilisation ?
- \* les conseils de préparation ?
- \* qui vous apporte des informations de ce type ?
- \* savez-vous où trouver l'information ?
- \* seriez-vous intéressés par des réunions d'informations à ce sujet ?
- **Objectif :** connaitre les attentes des soignants sur l'information pharmaceutique.

Remarques sur l'échange, voir si la personne interrogée souhaite reprendre ou ajouter des éléments de réponse quant à l'entretien.

Annexe 3 : Exemple de fiches proposées aux soignants

Les Antivitamines K (AVK)

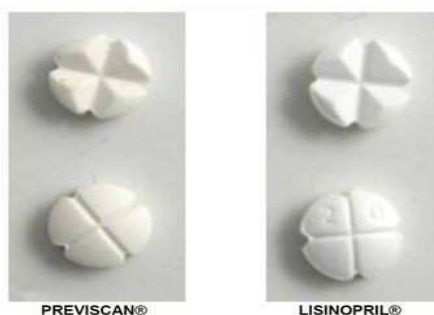
Indications :

-Traitement de référence pour certaines pathologies cardiaques (fibrillation auriculaire, valvulopathie, phlébite).

-Il « fluidifie » le sang pour empêcher la formation de caillots (thrombose) ou pour permettre de le dissoudre s'il existe déjà.

Médicaments rencontrés :

-PREVISCAN : *fluindione*



-COUMADINE : *warfarine*



2mg

5mg (blanc)

-SINTROM : *acénocoumarol*

-MINISINTROM : *acénocoumarol à un dosage plus faible*

Vision globale de tous les comprimés rencontrés les plus fréquemment :

*Previscan Sintrom Minisintrom Coumadine 5 Coumadine 2mg*



Effets indésirables:

-Apparition d'un saignement, même s'il semble mineur :

\*saignement des gencives, du nez

\*présence de sang dans les urines

\*présence de sang dans les selles

-Apparition de signes pouvant évoquer un saignement interne :

\*fatigue inhabituelle

\*pâleur inhabituelle

\*mal de tête ne cessant pas au traitement

\*malaise inexplicé

-Nausées, vomissements, diarrhée

Surveillance :

- Biologique : INR (par prélèvement sanguin) doit être compris entre 2 et 3

\*si  $> 3$ , risque hémorragique élevé

si  $< 2$ , risque de thrombose élevé

**Annexe 4 :Tableau pratique sur les médicaments destiné aux soignants**

Nom de spécialité (principe actif)	Présentation	Sécabilité, broyage, remarques
Adalate® (Nifédipine)	Forme à libération immédiate <b>10mg</b>	Peut être coupé ou écrasé
Adalate® (Nifédipine)	Forme à libération prolongée <b>20mg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé
Adalate® (Nifédipine)	Forme à libération prolongée (comprimé osmotique) <b>30mg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé
Aldactone® (Spironolactone)	Comprimé enrobé <b>25mg, 50mg, 75mg</b>	Peut être coupé ou écrasé et mélangé à un liquide
Amarel® (Glimépiride)	Comprimé à <b>1mg, 2 mg, 3mg et 4mg</b>	Peut être écrasé
Aricept® (Donépézil)	Comprimé pelliculé ou orodispersible à <b>5mg et 10mg</b>	Utiliser la forme orodispersible
Atacand® (Candésartan)	Comprimé à <b>4mg, 8mg et 16mg</b>	Peut être coupé ou écrasé

Augmentin® (Amox/ac clavulanique)	Comprimé enrobé	Ne pas écrasé ou couper, utiliser l'alternative en suspension buvable
Comtan® (Entacapone)	Comprimé à <b>200mg</b>	Peut être écrasé
Cordarone® (Amiodarone)	Comprimé à <b>200mg</b>	Peut être coupé ou écrasé
Cortancyl® (Prednisone)	Comprimé à <b>1mg, 5mg et 20mg</b>	Peut être coupé et écrasé
Corvasal® (Molsidomine)	Comprimé à <b>2mg et 4mg</b>	Peut être coupé en deux et écrasé
Cozaar® (Losartan)	Comprimé à <b>50mg et 100mg</b>	Peut être coupé en deux et écrasé
Diamicron® (Gliclazide)	Comprimé à libération modifiée <b>30mg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé
Digoxine® (digoxine)	Comprimé à <b>250µg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé
Ebixa® (Mémantine)	Comprimé à <b>10mg</b>	Peut être coupé en deux, utiliser la forme

Exelon® (Rivastigmine)	Comprimé à <b>1,5mg, 3mg,4,5mg et 6mg</b>	Utiliser la forme liquide
Fosamax® (Alendronate)	Comprimé à <b>10mg et 70mg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé, avaler le comprimé et rester en position assise 30minutes
Glucophage® (Metformine)	Comprimé pelliculé à <b>500mg, 800mg et 1000mg</b>	Peut être coupé ou écrasé
Lasilix® (Furosemide)	Comprimé à <b>20mg et 40mg</b>	Peut être coupé en deux ou écrasé
Lasilix® (Furosemide)	Gélule à libération prolongée <b>60mg</b>	Ne doit pas être ouverte
Moduretic® (Amiloride + Diurétique thiazidique)	Comprimé à <b>5mg + 50mg</b> HTZ	Peut être coupé ou écrasé
Mopral® (Oméprazole)	Gélules de <b>10 ou 20mg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé, peut être dissout dans de l'eau
Plavix® (Clopidogrel)	Comprimé à <b>75mg</b>	Ne doit pas être coupé ou écrasé, dans la mesure du possible, donner de l'ac. acétylsalicylique
Reminyl® (Galantamine)	Comprimé à <b>4mg, 8mg et 12mg</b>	Utiliser la forme liquide

Reminyl® (Galantamine)	Gélule à libération prolongée à <b>8mg, 16mg et 24mg</b>	Ne doit pas être coupée ou écrasée
Renitec® (Enalapril)	Comprimé à <b>5mg et 20mg</b>	Peut être coupé ou écrasé
Risperdal® (Risperidone)	Comprimé à <b>1mg, 2mg et 4mg</b>	Peut être coupé ou écrasé
Sinemet® (Lévodopa + carbidopa)	Comprimé à <b>100 et 250mg</b>	Peut être coupé ou écrasé
Sinemet® (Lévodopa + carbidopa)	Comprimé LP <b>100 et LP 200mg</b>	Peut être coupé en 2 mais ne doit pas être écrasé
Sintrom® (Acénocoumarol)	Comprimé non enrobé à <b>1mg et 4mg</b>	Peut être coupé en 2 et écrasé
Stilnox® (Zolpidem)	Comprimé à <b>10mg</b>	Peut être coupé et écrasé
Tenormine® (Atenolol)	Comprimé à <b>100mg</b>	Peut être coupé ou écrasé



ROY Anne-Laure

Représentations des soignants concernant l'administration des médicaments par voie orale aux patients déments, atteints de la maladie d'Alzheimer.

**Résumé:**

La maladie d'Alzheimer, principale cause de démence chez le sujet âgé, est une pathologie neurodégénérative entraînant une détérioration progressive des fonctions cognitives. D'autres pathologies sont associées le plus souvent chez le sujet âgé. On parle de polyopathie qui engendre une polymédication en parallèle.

Afin d'identifier les représentations des soignants concernant l'acte de soin « administrer les médicaments per os » et de comprendre les potentielles difficultés vécues au quotidien par les soignants, une enquête a été réalisée au sein de 2 unités de gériatrie (SSR et médecine aiguë). des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès d'IDE et aide-soignants de ces unités sur une période de 2 mois.

Les résultats de cette enquête montrent l'intérêt de l'implication d'un pharmacien au sein de l'équipe de soins qui part son expertise médicamenteuse pourra soutenir l'équipe de soin dans ce geste afin de garantir une administration des médicaments à ces patients sécurisée, de qualité, adaptée et optimisée en regard de chaque situation vécue et de la singularité de chaque patient.

**Mots clés :** Maladie d'Alzheimer - Polyopathie - Polymédication - Administration des médicaments – Représentations

**Thèse soutenue le 18 Octobre 2010**

**Devant le jury composé de:**

Monsieur le professeur Jean Calop  
Madame Magalie Baudrant  
Madame Claire Millet  
Madame Béatrice Bellet

Président du jury  
Directeur de thèse  
Assistante Chef de Clinique  
Pharmacien d'officine

