HAL
open science

Élaboration d'un score d'évaluation de la capacité de gestion des prises médicamenteuses par les patients de plus de 75 ans polymédiqués à domicile

Audrey Biron

To cite this version:

Audrey Biron. Élaboration d'un score d'évaluation de la capacité de gestion des prises médicamenteuses par les patients de plus de 75 ans polymédiqués à domicile. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01116417

HAL Id: dumas-01116417

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01116417

Submitted on 13 Feb 2015

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2014 N°48

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Élaboration d'un score d'évaluation de la capacité de gestion des prises médicamenteuses par les patients de plus de 75 ans polymédiqués à domicile

Présentée et soutenue publiquement
le 27 mai 2014

Par

BIRON, Audrey
Née le 3 septembre 1982 à Clamart (92)

Dirigée par M. Le Docteur Schwartz, Jean-Claude

Jury :

M. Le Professeur Blacher, Jacques ..... Président

M. Le Professeur Lechowski, Laurent ..... Membre

M. Le Docteur Leprisé, Olivier ..... Membre

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Jean-Claude Schwartz pour avoir dirigé mon travail de thèse, pour ses conseils, sa disponibilité et son soutien.

A Monsieur le Professeur Jacques Blacher pour avoir accepté de présider mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Laurent Lechowski pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur Le Docteur Olivier Leprisé pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Monsieur Mathieu Poulin, statisticien, pour son aide indispensable.

A Anne-Laure mon amie qui m'a encourager toutes ses années et qui a partagé ce projet avec moi

A Néji et Sébastien qui ont partagé ce projet avec moi.

Aux médecins et patients qui ont accepté de participer à cette étude.

A mon père qui m'a aidé à comprendre et finir les statistiques et pour ses corrections.

A ma mère pour son soutien et ses corrections.

A Aurélien mon mari pour sa patience et son amour.

A Mélissa ma fille adorée.

A Massimo, mon binome d'internat, pour m'avoir forcée à travailler quand je n'en pouvais plus.

A Zhora, Sandrine, Céline, Justine, mes amies.

A ma mamie Louisette…

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 8
1) Vieillissement de la population 8
2) Vieillissement et médicaments 8
A. Administration des médicaments 8
B. Conséquence sur l'action des médicaments 9
3) La iatrogénie 11
4) Polymédication 12
5) Polymédication et déprescription 12
6) Observance 14
7) Enjeu de santé publique 16
8) Prise de conscience de l'Etat 17
9) Améliorer l'observance 19
10) Evaluation de l'observance 20
11) Les tests existants 21
A. Tests cognitifs 21
B. Tests d'autonomie 22
C. Tests de capacité de gestion des médicaments 23
12) Recherche d'un gold standard 24
13) Problématique et objectifs 25
II. MATERIEL ET METHODES 27
1) Population 27
2) Critères d'inclusion et d'exclusion 27
3) Instruments et mesures 28
A. Lettre d'information au patient (cf Annexe) 28
B. Formulaire de consentement 28
C. Questionnaire patient 29
D. Questionnaire d'évaluation 29
4) Protocole 30
A. Recrutement des médecins 30
B. Recrutement des patients 30
C. Enquête à domicile des patients 31

D. Informatisation des données 31
5) Analyses statistiques 31
III. RESULTATS 33
1) Caractéristiques de l'échantillon 33
A. Médecins 33
B. Patients 34
2) Capacité des patients à gérer leur traitement en fonction de leurs caractéristiques démographiques 36
A. Age 37
B. Sexe 38
C. Niveau socio-économique 39
D. Aides à domicile 40
E. Mode de vie 41
F. Nombre de médicaments 41
G. Le type de consultations 42
H. L'avis du médecin traitant 43
3) Problèmes d'observance retrouvés 43
4) Les difficultés que les patients ont signalées 44
5) Observance rapportée par les patients 45
6) Test à 10 questions 45
7) Autres tests envisagés 49
IV. DISCUSSION 51
1) Principaux résultats 51
2) Une méthode statistique innovante 53
3) Limites de l'étude 53
4) Intérêt du questionnaire 54
5) Des mesures pour une meilleure prise en charge pour une plus grande sécurité du patient 57
A. La recherche d'un facteur majorant l'inobservance 57
B. La déprescription 58
C. Le travail en réseau et les maisons et centres de santé 58
D. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) 60
E. Les aides techniques ou humaines 61
F. Les visites à domicile 63
G. Une rémunération spécifique 63

H. Sensibiliser 64
V. CONCLUSION 66
VI. BIBLIOGRAPHIE 68
VII. ANNEXES 79
1) Annexe 1: Lettre d'information au patient et formulaire de consentement: 79
2) Annexe 2: Questionnaire patient 85
3) Annexe 3: Questionnaire Test d'évaluation 91
4) Annexe 4: Medication Intake Score (MIS) 93
5) Annexe 5: Mode d'emploi 95

Le vieillissement de la population est lié à une augmentation des polypathologies qui génère la majorité des polymédications [1].

Hors au delà de 5 médicaments, on sait qu'il y a une augmentation de la iatrogénie, des interactions médicamenteuses et une diminution de l'observance [2].

L'observance est difficile à évaluer [3] car elle implique de nombreux facteurs [4] et la bonne réalisation de multiples étapes de gestion médicamenteuse par le patient [5]. D'autre part, la mauvaise observance peut être volontaire ou accidentelle se qui rend encore plus difficile son évaluation.

Depuis quelques années, il y a une véritable prise de conscience sur les enjeux de santé publics liés à la personne âgée, sa prise en charge, ses risques médicamenteux dont les problèmes d'observance, son maintien à domicile et son autonomie [6,7,8,9]

Cependant il n'existe pas à l'heure actuelle de test validé pour évaluer l'observance des patients [3] et plus particulièrement une étape fondamentale qui est la capacité des patients à gérer leurs prises de traitements. C'est cette étape en particulier qui fait l'objet de cette étude avec pour finalité la création d'un score d'évaluation de la capacité des patients de plus de 75 ans polymédiqués à gérer seuls leurs traitements à domicile.

L'objectif d'un tel score est d'identifier les patients en difficulté avant que cela ne devienne évident du fait de iatrogénie ou de troubles cognitifs sévères, pour mettre en place au cas par cas des mesures nécessaires pour améliorer la sécurité du patient.

I. INTRODUCTION

1) Vieillissement de la population

L’augmentation de l’espérance de vie et la baisse de la natalité conduisent à un vieillissement de la population. Ainsi en France, selon les prévisions de l’INSEE, les personnes âgées de plus de 75 ans devraient passer de 8,9% de la population française fin 2010 à 16% en 2050.[10]

Le vieillissement aboutit à des modifications physiologiques du fonctionnement de l'organisme ainsi qu'à une augmentation des pathologies chroniques.

2) Vieillissement et médicaments

Tous les organes vieillissent, cependant l'acuité et le degré de perturbations provoqués sont variables suivant les individus mais, également, suivant les organes.[11]

A. Administration des médicaments

Différent éléments du vieillissement peuvent nuire à l'administration des médicaments. [7]

Le vieillissement des organes des sens et en particulier le vieillissement de la vue avec les pathologies associées qui peuvent apparaitre (glaucome, dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataracte) peut rendre plus difficile la prise de traitements et en ce qui concerne la dégénérescence maculaire liée à l'âge en particulier, même si le traitement à long terme par antioxydants semble être bénéfique elle reste la première cause de cécité de la personne âgée. [11] Les troubles de l'audition qui compliquent la communication sont également un obstacle à l'administration des médicaments. [7,11]

Le vieillissement du système musculo-squelettique avec d'une part l'arthrose qui touche 25% de la population mondiale de plus de 60 ans [11] et la diminution de la masse musculaire au profit de la masse grasse réduit les capacités physiques et la dextérité des personnes âgées. [7]

Le vieillissement neuro-cognitif conduit à des troubles de l'équilibre, de la mémoire, des altérations de l'humeur, des syndromes dépressifs et à des maladies neurodégénératives. Avec l'âge, le cerveau diminue en volume et en poids. On note une perte de synapses et de neurones ainsi qu'une dégénérescence de la myéline conduisant à une diminution du nombre de connections neuronales, d'où le déclin des fonctions cognitives. C'est le système cholinergique qui est le plus sensible et le plus précocement atteint. [11] Ces troubles très mal acceptés peuvent jusqu'à un certain point bénéficier de systèmes de compensation mais peuvent aussi conduire à une dépendance complète d'un tiers pour la prise médicamenteuse.[7]

B. Conséquence sur l'action des médicaments

Le vieillissement peut avoir une conséquence sur les 2 facettes de l'action des médicaments: la pharmacocinétique et la pharmacodynamie.

La pharmacocinétique

Le principal facteur majoré par le vieillissement dont il faut tenir compte est la réduction de la fonction rénale. [7] En effet avec l'âge, les néphrons perdent de leur fonctionnalité et leur nombre diminue : il en résulte une insuffisance rénale chronique, que l'hypertension artérielle aggrave souvent.[11] Elle nécessite l'adaptation posologique de très nombreux médicaments à élimination rénale.

Le vieillissement du tube digestif modifie également l'absorption des médicaments mais il est difficile d'évaluer dans quelle mesure, trop de facteurs

entrant en jeu (réduction de la sécrétion acide gastrique, diminution de la vitesse de vidange gastrique, ralentissement du transit intestinal, diminution de la surface de résorption digestive et diminution de la perfusion sanguine digestive).[11]

L'augmentation de la masse grasse lors du vieillissement (environ 35%) et la diminution de l'eau corporelle totale principalement au dépends de l'espace extracellulaire nécessite une vigilance vis à vis des médicaments hydrosolubles (risque de surdosage) et liposolubles (stockage et libération progressive avec augmentation de la demi-vie).[7,11]

Le vieillissement s'accompagne fréquemment d'une hypoalbuminémie par carence d'apport ou défaut de synthèse protéique qui peut conduire à un surdosage en médicaments fortement liés aux protéines plasmatiques.[7,11]

La modification avec l'âge de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique peut entraîner une plus grande sensibilité aux médicaments agissant au niveau du système nerveux central (notamment effet sédatif). [7]

La pharmacodynamie

La pharmacodynamie est soumise à des variations inter et intra-individuelles importantes qui rend difficile la prévision de l'activité, la durée d'action et l'éventuelle toxicité d'un traitement. [11]

On note cependant comme principaux éléments à risque chez la personne âgée: [7,11]

- le vieillissement du cœur, en particulier la perte du contingent de cellules nodales, peut entraîner une plus grande sensibilité à certains médicaments (troubles voire blocs conductifs).
- avec l'âge, l'ostéoporose augmente, majorée par des facteurs hormonaux (ménopause) mais aussi environnementaux (tabac,

alcool, apport calcique insuffisant, manque d'activité physique). De plus, la résistance mécanique des os diminue avec l'âge et ce indépendamment de l'ostéoporose. [12] La fragilité osseuse qui en résulte nécessite de surveiller particulièrement le risque d'hypotension orthostatique et donc de chute lié à certains médicaments.

- le réflexe de posture, également impliqué dans les chutes, peut être altéré progressivement au cours du vieillissement. Les médicaments agissant sur la vigilance, la proprioception, la commande centrale et les réponses motrices sont donc moins bien tolérés.
- la thermorégulation est moins bonne chez la personne âgée et peut être perturbée par de nombreux psychotropes mais également analgésiques avec un risque majoré en cas de prise associée d'alcool.
- la diminution du débit de filtration glomérulaire avec l'âge rend dangereuse l'utilisation de certains traitements comme les anti-inflammatoires d'autant plus si ils sont associés à des médicaments à élimination rénale majoritaire et index thérapeutique limité.

Toutes ces modifications physiologiques peuvent être aggravées par des épisodes aigus intercurrents (déshydratation, pathologie infectieuse, décompensation d'une pathologie, traitement temporaire) ce qui peut causer un accident iatrogène même avec un traitement pris de longue date.

3) La iatrogénie

D'après P. Queneau dans son rapport sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention de 1998, définie la iatrogénie comme recouvrant tout ce qui est du domaine de l'action médicale (thérapeutique ou diagnostique), y compris par extension, l'automédication.[13]

Il précise que cette conception ne préjuge donc en aucune façon d'une erreur, faute ou négligence.

La iatrogénie médicamenteuse peut provenir des effets indésirables sans mauvais usage des thérapeutiques ou des effets indésirables avec mauvais usage des thérapeutiques, qu'il soit le fait du médecin ou du malade lui-même, par automédication inappropriée ou mauvaise observance du traitement.[13]

4) Polymédication

La polymédication est définie par un nombre de médicaments supérieur ou égal à 3 [11]. Cependant la plupart des auteurs retiennent plutôt le seuil de 5 médicaments. [14] En effet, à partir de 5 médicaments le risque iatrogène augmente considérablement.[2]

Avec l'âge, le nombre de pathologies à tendance à augmenter, ce qui est souvent cause de polymédication. Elle a cependant d'autres causes : poly-prescription sans coordination, pression des patients pour avoir une ordonnance, automédication, manque de déprescription. [1]

L'étude PAQUID montre que les plus de 65 ans consomment en moyenne 4,5 médicaments par jour. [15] 95% des plus de 75 ans suit un traitement chronique [16] et 72% ont au moins 6 médicaments par jour. [17]

La polymédication diminue la morbi-mortalité et améliore la qualité de vie mais elle est source de iatrogénie et nécessite des prescriptions adaptées.

5) Polymédication et déprescription

Afin de réduire la polymédication, plusieurs solutions ont été proposées. [18,19]

La déprescription en est une. Il s'agit d'un néologisme qui signifie "l'action de supprimer un traitement inutile, inapproprié ou dangereux" [20].

80% des médecins disent accorder une grande importance à la déprescription et être conscients des problèmes liés à la surmédication de leurs patients [18].

Cependant, il s'agit d'une action complexe difficilement mise en pratique.[21]

Les principaux freins à la déprescription sont la connaissance insuffisante du patient et de ses traitements, la chronophagie, le souci déontologique envers les autres prescripteurs, les conséquences sur la relation médecin-patient et l'éventuelle perte de patientèle, la pression des patients, [19,22,23,24,25] qui selon une étude de Schwartz, Soumerai et Avorn constitue le premier motif de prescription pour près de la moitié des médecins interrogés dans le cadre d'une vaste enquête américaine [26].

Dans son travail de thèse en 2012, M. Guilly montre qu'il est plus difficile pour les personnes âgées, d'autant plus si elles sont isolées, d'accepter la déprescription. ils sont anxieux vis à vis du retour des symptômes et ont peur de perdre leur statut de malade. Cependant les patients sont beaucoup plus aptes à accepter le déprescription que ne le pense leur médecin.[27] Il semble donc que la base de la déprescription soit la communication médecin-patient et donc l'éducation du patient, avec cependant également une grande importance de l'amélioration des échanges entre généralistes et spécialistes et de l'amélioration de la formation et de l'information des médecins. [13]

De façon tout à fait cohérente avec la littérature et afin de réduire la polymédication et la iatrogénèse médicamenteuse, l'afssaps recommande en 2005, lors de la décision thérapeutique, de bien s'informer sur le patient en définissant et hiérarchisant les objectifs thérapeutiques et en vérifiant les interactions et facteurs de risque, en rédigeant l'ordonnance, de maitriser le traitement, lors du suivi d'évaluer l'efficacité et la tolérance des traitement et de

réévaluer régulièrement leur balance bénéfices/risques pour déprescrire si nécessaire.[7]

6) Observance

L'observance est le degré de concordance entre le comportement d'un individu et les prescriptions ou recommandations médicales. [4]

L'observance est capitale dans la qualité globale des soins. Or les problèmes d'observance peuvent être de 2 natures : volontaire ou accidentelle.

La mauvaise observance volontaire est plus facile à détecter car le patient en a conscience et est donc plus enclin à la signaler : arrêt d'un traitement qui ne lui convient pas ou qu'il pense ne plus lui convenir ou ne plus lui être nécessaire par exemple. Cependant, de peur d'altérer la relation médecin-malade, certains préfèrent ne pas révéler leur mauvaise observance au praticien.

Chez les personnes âgées, du fait de la réduction des capacités physiques et intellectuelles, le risque de mauvaise observance involontaire par oubli, confusion ou automédication inappropriée augmente. Cette inobservance étant involontaire, elle est bien souvent inconsciente ce qui complique considérablement son dépistage.

Par ailleurs, le risque de mauvaise observance augmente avec le nombre de médicaments pris. [28]

Selon un rapport de l'IGAS de 2007, le défaut d'observance concerne 30 à 50% des patients de manière régulière voire plus de 90% des patients atteints d'une pathologie chronique pour une définition de la "bonne" observance comme étant la prise d'au moins 75 à 80% des médicaments prescrits. [29]

Plusieurs éléments ont un rôle dans l'observance thérapeutique : [4]

- Liés aux patients :
    - les capacités cognitives telles que la mémoire et la concentration [30,31,32],
    - le stress [33,34],
    - les capacités physiques telles que la vision [30,31,32], la dextérité et la force [30,31,32,35,36]
    - le niveau socio-économique et l'absence d'accès à une couverture sociale [33]
- Liés aux traitements :
    - la présence ou crainte d'effets indésirables [31]
    - le packaging (36% ne peuvent pas ouvrir un flacon avec sécurité enfant et 16% une ampoule) [36,37,38], la sécabilité, la galénique [33,39]
    - la connaissance du traitement [40]
    - la polymédication [40], l'automédication
    - une hospitalisation récente [33]
    - la mauvaise compréhension de la maladie (évolution, gravité, séquelles à court ou long terme), l'absence de symptômes [41]
    - le schéma thérapeutique [42,43,44,45]
- Liés aux professionnels de santé :
    - le médecin traitant et les relations que le patient a avec lui [46,47]
    - la consultation de spécialistes multiples et le manque de coordination entre les divers intervenants [40,48,49]
    - le nombre de consultations [33]
    - l'organisation inadaptée des soins, les contraintes liées au temps médical [41]
    - le pharmacien: contact direct, fidélité à une pharmacie, les informations [4]

Plusieurs études ont montré que l'âge ou le sexe n'étaient pas en eux-même des déterminants de l'observance [28, 50,51,52,53]. Pour ce qui est de la situation familiale les études sont plus contradictoires. [28,54,55]

Afin d'être observant, le patient doit réussir à gérer son traitement. Cette gestion du médicament par le patient comporte plusieurs étapes:

- la prise de rendez-vous chez son médecin et la consultation a temps pour éviter la rupture de traitement

- l'achat des traitements et leur(s) renouvellement(s)

- le rangement de l'ordonnance pour un renouvellement ultérieur

- le stockage des médicaments y compris l'élimination des médicaments périmés

- l'organisation de la prise de traitements chroniques

- la prise des traitements en eux-mêmes [5]

7) Enjeu de santé publique

La polymédication concerne en France près de 13 millions de personnes et celle des plus de 65 ans représente en elle-même une part importante des dépenses de santé (39% des dépenses pharmaceutiques françaises) [56]. Mais elle a également un coût de par la iatrogénie qu'elle induit.

Le coût lié à la dysobservance n'est pas chiffré dans sa globalité en France, mais 12,5 à 30% des hospitalisations des personnes de plus de 65 ans, sont liées à la iatrogénie dont au moins la moitié par défaut d'observance. [57,58,59] ce qui représenterait plus d'un million de journées d'hospitalisation et 8 000 décès par an dus au mauvais suivi des traitements soit un coût de plus de 320 millions d'euros.[4]

Aux Etats-Unis, le montant des frais hospitaliers liés à la non observance thérapeutique s'élève à plus de 47 milliards de dollars [11] par an tandis que les industriels estime le manque à gagner des traitements non suivis à 30 milliards de dollars par an. [29]

Dans une étude du CMPL des Yvelines portant sur l'observation de 24h seulement de traitement chez des patients de plus de 75 ans polymédiqués (5 médicaments ou plus), on notait 24,1% d'inobservance et un important stockage de médicaments, y compris périmés ou retirés du marché, aboutissant à un risque thérapeutique global pour 50,8% des patients inclus dans l'étude [58].

D'autre part, le défaut d'observance peut mener à une inutile et coûteuse escalade thérapeutique [60]

L'observance des personnes âgées polymédiquées est donc d'un réel enjeu de santé publique.

L'Organisation Mondiale pour la Santé, dans un rapport de 2003 sur l'observance médicamenteuse des thérapies au long court, indiquait qu' "augmenter l'efficacité des interventions sur l'observance pourrait avoir un bien plus grand impact sur la santé de la population que n'importe quelle amélioration des traitement médicaux spécifiques." [61]

8) Prise de conscience de l'Etat

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixait comme objectif de parvenir d'ici 5 ans à la réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées, et à la réduction de la fréquence des évènements iatrogènes d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation [6].

En 2005, l'AFSSAPS publiait une mise au point de bon usage sur la prévention de la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé dans laquelle il

est recommandé "d'évaluer les capacités du patient à prendre seul ses médicaments et à s'impliquer dans la surveillance de son traitement; sinon s'assurer que son entourage peut le faire" et ce avant toute prescription. Il y est aussi recommandé lors de la rédaction des ordonnances "d'encourager l'observance du patient en le motivant, en lui expliquant son traitement, les objectifs thérapeutiques, les modalités de suivi et d'arrêt éventuel." Enfin elle encourage à une réévaluation permanente et systématique des prescriptions, de leur pertinence et de leur adaptation [7].

En 2006, la mise en place du médecin traitant avait entre autres pour objectif de coordonner les soins et les prescription et donc de limiter la polymédication et les interactions médicamenteuses ainsi que d'améliorer le suivi du patient.

En 2007, la HAS publiait un ensemble de recommandations et guides pour organiser l'éducation thérapeutique des patients qui va de paire avec l'observance des traitements de par une meilleure compréhension par le patient de ses pathologies chroniques et de l'importance des traitements.[8]

Cependant à l'heure actuelle les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont essentiellement hospitaliers et leur mise en place lourde administrativement. De plus, le médecin traitant n'a souvent pas de retour de ce qui a été fait dans le cadre de cette prise en charge.

Dans cette optique, une expérimentation en lien avec les nouveaux modes de rémunération est à l'essai dans des maisons et centres de santé à travers le pays. Cette expérimentation débutée en 2010 (en application de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008) comporte 4 modules:

Le premier module vise les temps de coordination dans la structure.

Le deuxième module finance des "nouveaux services" qui sont de l'éducation thérapeutique ou des soins coordonnées autour de patients fragiles.

Un troisième module traite de la coopération entre professionnels au titre de l'art. 51 de la loi HPST et donc du transfert de compétences. Il concerne quelques expériences d'infirmière de santé publique (ASALEE).

Un quatrième module pourrait proposer des rémunérations forfaitaires de type "capitation" (rémunération en fonction du nombre de patients pris en charge) pour des pathologies chroniques.[9]

Pour le moment l'essentiel des efforts est porté vers l'éducation thérapeutique et la coordination des soins mais il reste d'autres domaines à prendre en compte dans l'observance des patients.

A noter cependant même si il reste assez chronophage et peu utilisé, le site Ameli professionnel de la CPAM qui permet de consulter, à condition d'avoir la carte vitale du patient et son accord, les derniers médicaments pris en pharmacie avec présentation de cette même carte.

9) Améliorer l'observance

De nombreuses études portent sur les moyens d'améliorer l'observance. Celle-ci ne peut passer que par une association de diverses méthodes au cas par cas pour chaque patient et en impliquant l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent auprès du patient [62,63,64]. Il est très important que tous travaillent en coopération afin que le message transmis au patient soit toujours le même.

Un suivi médical rapproché peut permettre d'améliorer l'observance par l'augmentation de la fréquence des consultations et la mise en place d'un suivi téléphonique [62] de même que la mise en place de réunions d'éducation/d'information individuelles ou en groupe [63] telles qu'il en existe

pour les anti-vitamine K (AVK), le diabète ou l'asthme par exemple. Cette action peut et doit aussi être menée par les pharmaciens [65].

Ces études recommandent également la simplification de l'ordonnance en nombre de médicaments, en nombre de prises quotidiennes [62,63,64] et des ordonnances informatisées. [66]

La délivrance de médicaments en quantité correspondant à 1 mois de traitement permet un meilleur accompagnement par le pharmacien (surveillance et éducation thérapeutique) et améliore l'observance [67]

La confection de pilulier [67] ou de pense-bêtes [62,63] qu'ils soient réalisés par le patient, le pharmacien ou un aidant sont également bénéfiques.

10) Evaluation de l'observance

Pour étudier l'observance, la plupart des études ne prennent en compte que l'observance déclarée et non l'observance réelle. Or pour évaluer l'observance l'interrogatoire simple des patients ne suffit pas. [68]

Ainsi ISAAC L. M. et al. ont comparé chez des personnes âgées de plus de 65 ans l'observance déclarée (89%) au décompte des produits qui montrait que seul 5% des patients étaient effectivement observants. [30]

Dans cette même étude, il est souligné que l'évaluation des fonctions cognitives seules n'est pas non plus un moyen fiable d'évaluer l'observance. Les principaux déterminants de l'observance sont : la vue, la mémoire, les fonctions motrices et l'attention donc l'implication. [30]

Une partie de la sous-déclaration de l'observance est probablement due au fait qu'elle peut être accidentelle et donc inconsciente.

D'autres études retrouvent cependant des taux de problèmes d'observance plus faible: 40 à 60% chez des patients âgés souffrant de maladies sévères.[52]

Ces grosses variations sur le taux de patients observants d'une étude à l'autre tient vraisemblablement aux différences de méthodes d'évaluation utilisées

11) Les tests existants

Il existe déjà de nombreux tests en gériatrie, mais quel est leur intérêt pour l'évaluation de l'observance et du risque d'erreur de prise médicamenteuse en particulier?

Les tests les plus utilisés en France sont de 2 sortes: les tests cognitifs et ceux évaluant l'autonomie.

A. Tests cognitifs

Les tests cognitifs s'intéressent à la mémoire et aux praxies essentiellement. Si certains intègrent des éléments liés à la vue ou à la motricité, ils ne requièrent cependant pas de lire d'aussi petits caractères que sur une ordonnance ou une boite de médicaments ni une dextérité suffisante pour sortir un médicament de son emballage, le couper en 2. Enfin, ils ne s'intéressent pas du tout à l'implication du patient, à sa connaissance de son traitement pourtant indispensables à l'observance.

Le MMSE s'intéresse à plusieurs éléments: orientation, apprentissage, attention et calcul, rappel, langage et praxie constructive. Cependant son but est plus de détecter une démence. Concernant son aptitude à évaluer l'observance, il n'accorde que peu de valeur à la vue, aux fonctions motrices fines et à l'implication. De ce fait cela en fait un mauvais test d'évaluation de l'observance. [30]

Les 5 mots de Dubois ne s'intéressent qu'aux capacités de mémorisation ce qui en fait un encore moins bon test que le MMSE pour évaluer l'observance.

Le test de l'horloge implique l'attention aux consignes, la représentation spatiale/la vue et les fonctions motrices. A son tour, il ne permet pas d'évaluer les différents aspects de l'observance. [30]

Le Codex regroupe des éléments appartenant à différents tests. On retrouve l'horloge, 3 mots avec rappel comme dans le MMSE ou le test des 5 mots et des questions d'orientation comme dans le MMSE. Il présente les mêmes torts pour évaluer l'observance que le MMSE. [30]

L'ADAS s'intéresse à la mémoire, au langage et à la praxie. Il ne prend en compte ni la vue, ni l'attention.

B. Tests d'autonomie

L'ADL est basé sur les déclarations du patient (ou au mieux de son entourage). De ce fait il n'est pas un test fiable pour évaluer le risque de mauvaise observance. [30,68].

L'IADL présente le même biais que l'ADL même si il est plus approfondi et qu'une des questions concerne la prise des médicaments. L'étude de ISAAC L. M. et al. [30] montre qu'il n'est pas possible de s'y fier.

La grille AGGIR utilisée pour l'attribution de l'APA et dont l'objectif est de quantifier les aides requises s'intéresse également au suivi du traitement mais encore une fois présente le même inconvénient que l'ADL ou l'IADL qui la rend inapte à évaluer l'observance de manière objective. [30,68]

Bien entendu quand ces tests ont de très mauvais résultats, il est évident que le risque de mauvaise observance des traitements en l'absence d'aide sera élevé. Mais ce ne sont pas les cas qu'il nous intéresse de dépister de par leur évidence qui ne nécessite pas de test de dépistage. Qui plus est l'objectif de notre score n'est pas seulement de "classer" les patients entre autonomes ou dépendants d'une tierce personne pour la gestion des prises médicamenteuses

mais aussi de détecter les patients qui sans être en situation de dépendance, nécessitent une intervention pour améliorer leur observance mais qui peut être aussi bien une adaptation du traitement, une meilleure éducation, un pilulier ou à l'extrême une tierce personne pour la délivrance des prises.

C. Tests de capacité de gestion des médicaments

Dans une revue systématique de la littérature publiée en 2009, RA Elliott et JL Marriott, décortiquent et comparent tous les instruments proposés pour évaluer la capacité des patients à gérer leurs médicaments. Pour que le test soit pris en compte il devait présenter ce qu'ils considéraient, au vu de la littérature, comme un minimum de validité et comme reliable à la capacité de gestion des médicaments. Ainsi étaient exclus les tests reposant sur les déclarations des patients par exemple et il était exigé que les tests évaluent les capacités physiques et cognitives à prendre un traitement et se basent sur une observation directe de la capacité de gestion des médicaments par les patients. Leur étude montre 2 catégories de test en fonction qu'ils nécessite ou non d'utiliser le traitement du patient. Seuls 2 tests montrent de bon résultats: DRUGS et MedMaIDE mais ils nécessitent de 30 à 35 minutes pout être réalisés ce qui les rend peu utilisables en pratique de routine et n'ont pas été validés. Qui plus est si on regarde plus spécifiquement ces scores, ils s'intéressent à la gestion du traitement dans son ensemble et certaines de leurs questions ne sont pas applicables en France. De plus le score MedMaIDE, par exemple, ne définit pas de seuil de risque, il semble être plus un moyen d'aborder le sujet de l'observance avec le patient.[69]

Le MEDI-COG propose d'évaluer rapidement en 7min l'observance du patient ce qui peut sembler prometteur et acceptable en pratique courante. Il consiste en l'association d'un score mini-cog (rappel de 3 mots et test de l'horloge) et de la réalisation par le patient d'un tableau des prises. Outre le fait qu'il semble difficile à réaliser en 7 minutes, ce test présente un inconvénient: il

ne teste que la cognition et la connaissance des posologies sans évaluer la capacité physique du patient à prendre son traitement. [70]

En France, des tests ont également été proposés comme celui de X. Girerd et al [71] mais comme la plupart des tests de la revue de littérature de RA Elliott et JL Marriott [69], il présente d'importants biais et reposent sur les déclarations du patient qui ont été démontrées comme non fiables.

12) Recherche d'un gold standard

Dans les quelques études qui s'intéressent à l'observance, quelles concernent la gériatrie ou d'autres situations telles que le traitement du VIH on retrouve les mêmes méthodes d'évaluation de l'observance. J DUNBAR catalogue certaines de ces méthodes [3]:

- Comparaison nombre de comprimés prescrits/nombre de comprimés restants sur une durée donnée. Cette méthode est intéressante mais elle évalue l'observance comme une valeur continue, ne permettant pas de mettre en évidence les patients qui prendraient 2 comprimés par erreur un jour et pas du tout un autre au lieu d'un par jour par exemple. Par ailleurs, cela nécessite un pré-requis qui est que le patient ne dispose pas d'autres boîtes de traitement que celles prescrites sur la durée. De plus cette méthode qui s'inscrit sur la durée ne correspond pas au design de l'étude actuelle.

- L'interrogatoire du patient qui a déjà été abordé précédemment.

On trouve également d'autres méthodes:

- Le dosage sanguin ou urinaire de certains médicaments mais qui ne peut être mis en place pour tous les traitements et qui est très couteux et finalement encore moins performant que l'interrogatoire du patient. [72]
- La surveillance électronique qui implique l'usage de flacons présentant une mémoire du nombre d'ouvertures, etc. Cette méthode est rapportée comme étant la plus fiable [42], qui pourrait être considérée comme un gold standard, cependant elle introduit un biais qui est celui du changement de présentation des traitements: flacon quelque soit le médicament alors que la plupart, en France, sont présentés dans des boîtes cartonnées sous forme de plaquettes. De plus il s'agit d'une méthode extrêmement onéreuse inadaptée pour notre étude.

Smith and Al [73] comparent toutes ces méthodes de mesure de l'observance sans réussir à valider un gold standard, toutes les méthodes donnant des résultats différents et présentant des biais.

Fairman K. et Motheral B. [74] affirment qu'il n'y a pas de gold standard pour mesurer l'observance, que l'on ne peut qu'utiliser la méthode la plus adaptée à l'étude concernée.

13) Problématique et objectifs

L'objectif de notre étude est donc l'évaluation de l'observance et la détermination par une étude propective d'un test bref de X questions qui permettrait d’évaluer un score de capacité de gestion des prises médicamenteuses dans la population cible afin de dépister les patients à risque d’erreur.

L'étude regroupant quatre investigateurs, nous avons pu bénéficier d'un échantillon plus important mais élargi son champ de recherche par la fusion des quatre enquêtes aboutissant à quatre thèses:

- Anne-Laure Pomel Haquin s'intéresse à la façon dont les patients gèrent, rangent leurs médicaments et de leur attitude concernant l'auto-médication.[75]
- Mohamed Néji Azouz évalue les différents facteurs de risque de mauvaise observance médicamenteuse les plus fréquemment évoqués dans notre échantillon de population. [76]
- Sébastien Morino quant à lui étudie l'adéquation entre l'observance des patients et la vision qu'en a leur médecin traitant.[77]

II. MATERIEL ET METHODES

1) Population

La population étudiée se compose de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant au domicile à Paris, prenant un traitement chronique composé d'au moins 5 médicaments.

Il n'a pas été possible d'obtenir un nombre pour cette population. Cependant, il est possible d'évaluer, à partir des données collectées par le CRAMIF, la population des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant au domicile à Paris et ayant acheté en pharmacie au cours des 3 derniers mois au moins 5 médicaments différents prescrit par une ordonnance. Cela inclut la population d'étude et les personnes prenant moins de 5 médicaments de façon chronique mais ayant eu un traitement intercurrent pendant cette période. Les chiffres obtenus surestiment donc notre population.

Cette population d'étude élargie, d'après les données recueillies auprès de la direction du service médical de la CRAMIF, représente 86 867 personnes de plus de 75 ans avec au moins 5 classes médicamenteuses ATC 5 caractères à Paris.

L'échantillon représentatif pour l'étude a été fixé à 100 patients.

2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients inclus dans l'étude devaient être âgés de 75 ans ou plus, résider à Paris, avoir une prescription chronique comprenant au moins 5 médicaments et être considérés par leur médecin comme gérant seul leurs traitements.

Etaient exclus de l'étude, les patients vivants en institution ou bénéficiant de l'aide d'un tiers dans la gestion de leurs médicaments (était tolérée une

infirmière pour la réalisation de pansement ou l'injection d'insuline ou autre à condition qu'elle n'intervienne pas dans le reste des traitements).

3) Instruments et mesures

Un dossier d'observation individuel comporte 17 pages composé de:

- Lettre d'information au patient
- Formulaire de consentement (en 2 exemplaires)
- Questionnaire patient
- Questionnaire test d'évaluation

A. Lettre d'information au patient (cf Annexe)

La lettre d'information est remise aux patients à domicile avant de remplir les formulaires de consentement et de débuter l'étude. L'objectif de l'étude annoncé dans cette lettre est « d'évaluer la compliance des patients et de rechercher des facteurs de risques de mauvaise prise médicamenteuse ou de mauvaise observance chez la personne de plus de 75 ans». Il s'ensuit une brève description du protocole de l'étude. Elle précise également aux patients que leur participation n'entrainera pas de bénéfice personnel pour eux et qu'elle est entièrement volontaire. Ils peuvent à tout moment décider de quitter l'étude ou contacter l'investigateur pour plus de précisions.

Il est également précisé qu'il sera procédé à un traitement informatisé des données mais que celles-ci seront préalablement anonymisées. Au cours et à l'issue de la lecture de cette lettre d'information, le patient peut poser toutes les questions qu'il souhaite à l'investigateur qui y répond au mieux.

B. Formulaire de consentement

A l'issue de la lecture de la lettre d'information, si le patient est toujours d'accord pour participer à l'étude, un formulaire de consentement est rempli en

double exemplaire. Un exemplaire est conservé par l'investigateur, l'autre par le patient.

C. Questionnaire patient

Le questionnaire patient comporte deux parties.

Tout d'abord, un questionnaire démographique, destiné au classement des données et à une meilleure connaissance de la population étudiée (ce qui fait l'objet d'un autre travail de thèse relié à cette étude)

Puis, un questionnaire « score » composé de 33 questions notées chacune de 0 (impossibilité) à 5 (aptitude complète). Ce questionnaire a été élaboré en 3 axes :

- Une série de questions ayant pour but d'évaluer la cognition et la vision (questions 1 à 11 sauf 3)
- Une deuxième série qui explore la dextérité en rapport avec la manipulation de médicaments (questions 12 à 20)
- Une dernière série qui évalue l'implication du malade à l'égard de son traitement et de sa vie quotidienne (questions 21à 31 et 3)

Les questions ont été élaborées afin de n'évaluer qu'un des 3 axes à la fois.

C'est parmi ces 33 questions que je sélectionnerai les questions en vue de l'élaboration du score d'autonomie de gestion médicamenteuse.

D. Questionnaire d'évaluation

Ce questionnaire a pour but d'évaluer si le patient est apte ou non à gérer son traitement. Il comporte des questions sur l'organisation du patient concernant l'achat, le rangement, la préparation et la prise des médicaments. Il

comporte également des questions et tests sur l'ordonnance et la préparation du traitement. Il s'accompagne d'une vérification du stock de médicaments.

Le patient est considéré comme n'étant pas capable de gérer son traitement dès lors qu'une erreur est détectée par ce questionnaire.

4) Protocole

L'étude a été menée conjointement par 4 enquêteurs, internes en médecine générale avec un recrutement chacun d'un quart des patients de l'étude de juin à septembre 2011.

A. Recrutement des médecins

Afin d'accéder aux patients correspondant aux critères de l'étude, un recrutement aléatoire de 20 médecins généralistes a été effectué à partir de la liste du Conseil National de l'Ordre des Médecins en réduisant la localité d'exercice à la ville de Paris. Une randomisation informatique de cette liste a été effectuée, puis les médecins on été appelés dans l'ordre ainsi défini. Une brève présentation de l'étude leur a été faite par téléphone et un rendez-vous a été fixé.

Lors de ce rendez-vous, une présentation en détail des modalités et finalités de l'étude a été faite auprès des généralistes en vue d'obtenir leur accord et l'accès à leurs patients.

B. Recrutement des patients

Pour chaque médecin une lettre alphabétique est tirée au sort et ses dossiers patients sont examinés par ordre alphabétique à partir de cette lettre. Les patients remplissant les critères de recrutement de l'étude ont été contactés par téléphone. Après une présentation brève du thème et du déroulement de l'enquête et leur accord, un rendez-vous au domicile du patient a été fixé.

Pour chaque médecin, 5 patients ont ainsi été recrutés.

C. Enquête à domicile des patients

Les patients ont ensuite été rencontrés à leur domicile. Après une information brève sur l'objectif de l'étude et le déroulement de l'entretien, la fiche d'information a été remise aux patients pour qu'ils en prennent connaissance. Il a été répondu à toutes les questions que les patients pouvaient se poser. Puis le consentement a été recueilli.

Les patients ont d'abord été soumis au questionnaire patient, puis au questionnaire évaluation.

D. Informatisation des données

Les données ont été anonymisées aussi bien concernant les médecins que les patients. Puis elles ont été informatisées à postériori, dans un même fichier Excel® pour les quatre enquêteurs.

5) Analyses statistiques

Il s'agit d'une étude prospective ayant pour objectif de déterminer un test bref de X questions qui permettrait d'évaluer un score de capacité de gestion des prises médicamenteuses dans la population cible afin de dépister les patients à risque d'erreur.

Le score est obtenu à partir du questionnaire patient.

Le pouvoir discriminant de chacune des questions est exprimé en fonction de la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic). L'aire sous la courbe de chacune des questions est calculée. La première question utilisée pour le score est celle qui obtient la plus grande aire sous la courbe. Ensuite les notes de la première question choisie sont additionnées sur chaque individu aux notes des autres questions choisies puis le pouvoir discriminant est de nouveau évalué. On recommence l'opération jusqu'à avoir le nombre de questions souhaitées.

La validation interne du score passe ensuite par deux étapes :

- Mesure du pouvoir discriminant par calcul de l'aire sous la courbe ROC correspondant au résultat de chaque patient entre 0 et 50. La valeur seuil est déterminée par le Younden Index.
- Calibration du score : un test du Khi2 mesure la distance entre les risques prédits et les risques observés

La validation externe du score n'est pas l'objet de cette étude.

III. RESULTATS

1) Caractéristiques de l'échantillon

A. Médecins

Les médecins sont tous installés à Paris (critère d'inclusion). Ils se répartissent sur 11 arrondissements (1, 3, 5, 6, 12, 15, 16, 17, 18, 19 et 20ème).

Les caractéristiques des médecins inclus dans l'étude sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon de médecins

Caractéristiques	*Moyenne ou N*	*Ecart type ou %*	*Min ; Max*
Age	56,65 ans	+/- 7,17	37 - 64
Année d'installation	1985	+/- 6,79	1977 - 2007
Maitre de stage	10	50%	
Sexe			
Homme	12	60%	
Femme	8	40%	
Convention			
Secteur 1	13	65%	
Secteur 2	7	35%	
Dossiers			
Informatisés	8	40%	
Papier	7	35%	
Mixte	5	25%	

Principaux motifs de non-inclusions des médecins:

- médecin à exercice particulier (phlébologue, médecine esthétique, acupuncture, homéopathie, médecine chinoise)

- barrage du secrétariat: "le Dr * ne répond jamais à aucune étude", "donnez moi vos coordonnées il vous rappellera" (jamais)

- "je n'ai aucun patient prenant 5 médicaments ou plus"

- médecin non joignable

En tout 148 médecins ont été contactés pour aboutir aux 20 inclusions nécessaires à l'étude.

B. Patients

L'étude a porté sur un échantillon de population de 99 patients, le centième s'étant avéré après randomisation et enquête comme présentant un critère d'exclusion (aidé par un tiers).

La moyenne d'âge est de 83,7 ans. Le ratio homme/femme est de 31/68. Le nombre moyen de médicaments prescrits par patient est de 8,03. 59,6% des patients interrogés vivaient seuls. Leur niveau socio-économique, selon la classification de l'INSEE de 1996 est : groupe 1 : 0%, groupe 2 24,2%, groupe 3 33,3%, groupe 4 37,4%, groupe 5 5%, groupe 6 0%.

Enfin l'étude a permis de mettre en évidence que 34 des 99 patients n'étaient pas totalement capables de gérer leur traitement.

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon de patients

Caractéristiques	*Moyenne ou Nombre*	*Ecart type ou %*	*Min ; Max*
Age	83,7	+/- 4,96	75 ; 97
Nombre de médicaments	8,03	+/- 2,06	
Sexe			
Homme	30	30.30%	
Femme	69	69.70%	
Niveau socio-économique			
1 Agriculteurs exploitants	0	0%	
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	24	24,24%	
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	33	33,33%	
4 Professions intermédiaires	37	37,37%	
5 Employés	5	5,05%	
6 Ouvriers	0	0%	
Mode de vie			
Seul	60	60,61%	
Accompagné	39	39.39%	
Lieu de consultation			
A domicile uniquement	26	26,26%	
Au cabinet uniquement	40	40,40%	
A domicile et au cabinet	33	33,33%	
Capacité			
Capables	65	66%	
Pas capables	34	34%	

2) Capacité des patients à gérer leur traitement en fonction de leurs caractéristiques démographiques

Les graphiques suivants s'intéressent à la capacité ou non des patients à gérer la prise de leur traitement en fonction de leurs caractéristiques démographiques et du nombre de médicaments qu'ils prennent.

Tableau 3 : Capacité à gérer la prise du traitement en fonction des caractéristiques de l'échantillon de patients

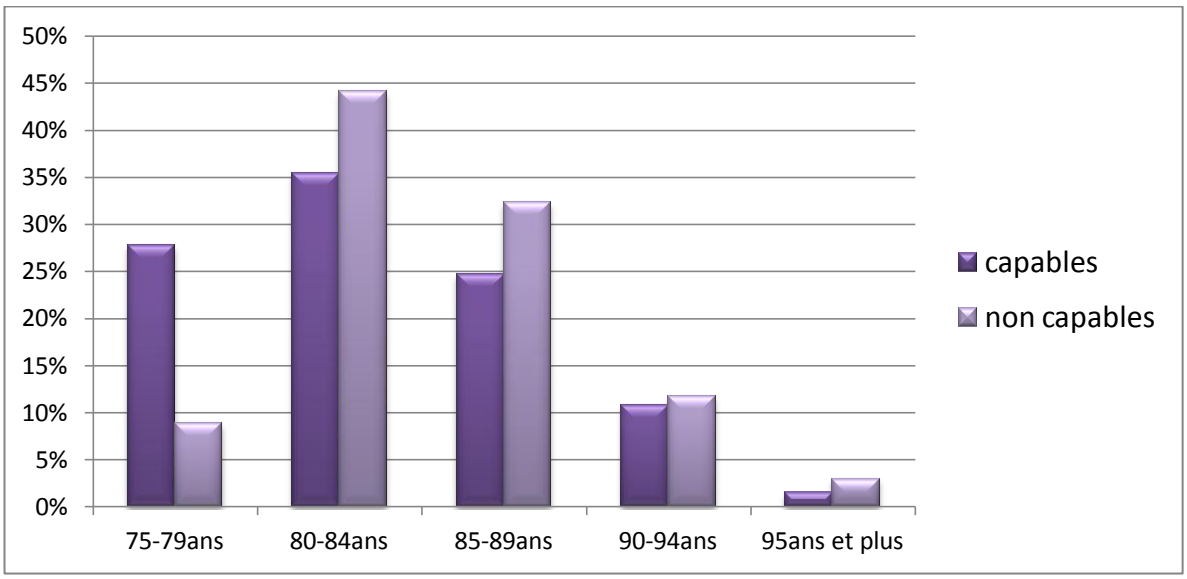
Caractéristiques	Catégories	65 Capables	34 Non capables
Age	75 à 79ans	18 (27,69%)	3 (8,82%)
	80 à 84ans	23 (35,38%)	15 (44,12%)
	85 à 89ans	16 (24,62%)	11 (32,35%)
	90 à 94ans	7 (10,77%)	4 (11,76%)
	95ans et plus	1 (1,54%)	1 (2,94%)
Sexe	Hommes	21 (32,31%)	9 (26,47%)
	Femmes	44 (67,69%)	25 (73,53%)
Niveau socioéconomique	1	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	2	13 (20,00%)	11 (32,35%)
	3	23 (35,38%)	10 (29,41%)
	4	28 (43,08%)	9 (26,47%)
	5	1 (1,54%)	4 (11,76%)
	6	0 (0,00%)	0 (0,00%)

Aide à domicile	oui	38 (58,46%)	20 (58,82%)
	non	27 (41,54%)	14 (41,18%)
Mode de vie	Seul	39 (60,00%)	21 (61,76%)
	Pas seul	26 (40,00%)	13 (38,24%)
Nombre de médicaments	5	9 (13,85%)	2 (5,88%)
	6	8 (12,31%)	7 (20,59%)
	7	11 (16,92%)	4 (11,76%)
	8	18 (27,69%)	5 (14,71%)
	9	7 (10,77%)	3 (8,82%)
	10 ou plus	7 (10,77%)	13 (38,24%)
Type de consultations	Au cabinet	14 (21,54%)	13 (38,24%)
	A domicile	30 (46,15%)	8 (23,53%)
	Les deux	21 (32,31%)	13 (38,24%)
Avis du médecin sur la capacité	Capable	59 (90,77%)	29 (85,29%)
	Non capable	6 (9,23%)	5 (14,71%)

A. Age

La moyenne d'âge est de 83,7ans allant de 75 à 97 ans. On note qu'hormis la tranche des 75-79ans toutes les autres tranches d'âges présentent un taux de patients commettant des erreurs de prise médicamenteuse supérieur au taux de patients prenant convenablement leur traitement.

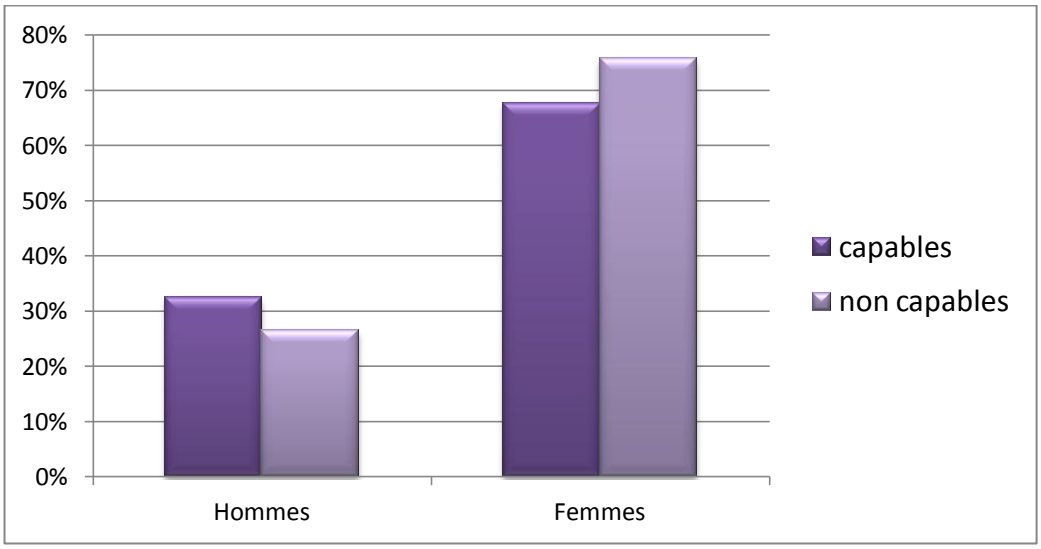
Graphique n°1: Répartition des patients en fonction de leur âge et de leur capacité de prise médicamenteuse



B. Sexe

L'étude comporte 69,70% de femmes. Cependant on note que les femmes représentent une proportion plus importante dans le groupe des patients non capables de gérer leur traitement (73,53%) et inversement moins importante dans le groupe des patients capables (67,69%)

Graphique n°2: Répartition des patients en fonction de leur sexe et de leur capacité de prise médicamenteuse



Cependant, les femmes ayant une espérance de vie supérieure à celle des hommes, elles étaient en moyenne plus âgées que les hommes dans notre échantillon (84,59ans versus 81,63 ans), ce qui pourrait expliquer qu'elles soient légèrement plus représentées dans le groupe non capables puisque les patients de moins de 80ans de notre échantillon étaient majoritairement capables de gérer leurs prises médicamenteuses.

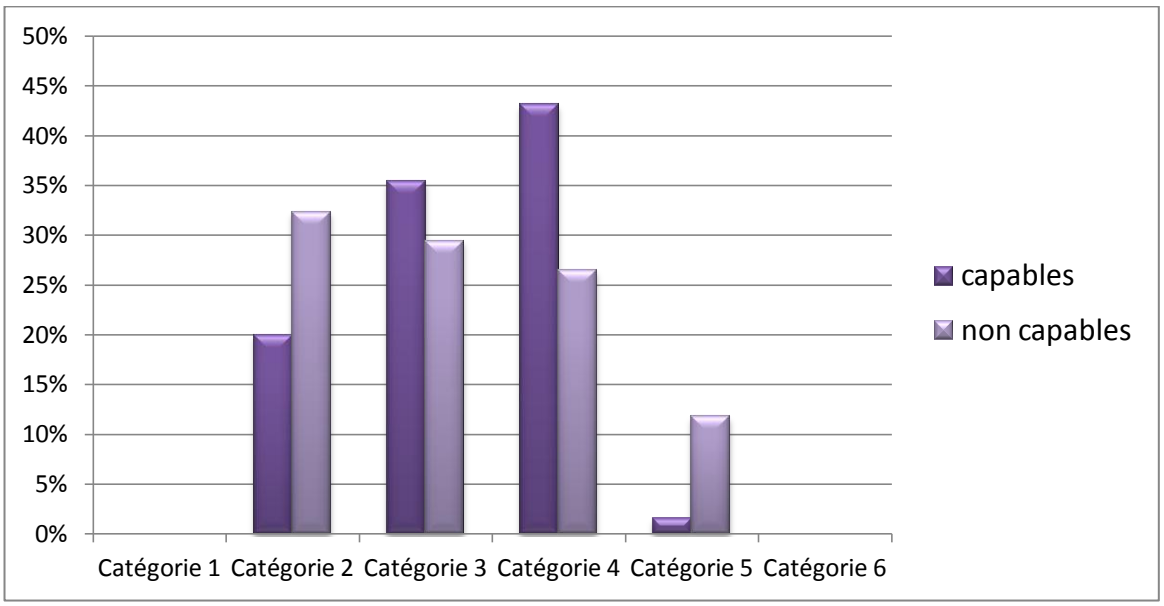
C. Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique des patients a été évalué en fonction de la principale profession qu'ils ont exercée dans leur vie et classé suivant la classification INSEE de 1996:

- catégorie 1: Agriculteurs exploitants
- catégorie 2: Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- catégorie 3: Cadres et professions intellectuelles supérieures
- catégorie 4: Professions intermédiaires
- catégorie 5: Employés
- catégorie 6: Ouvriers

Dans notre population, les catégories socioprofessionnelles 1 et 6 ne sont pas représentées et les catégories 2 et 5 semblent présenter un sur-risque.

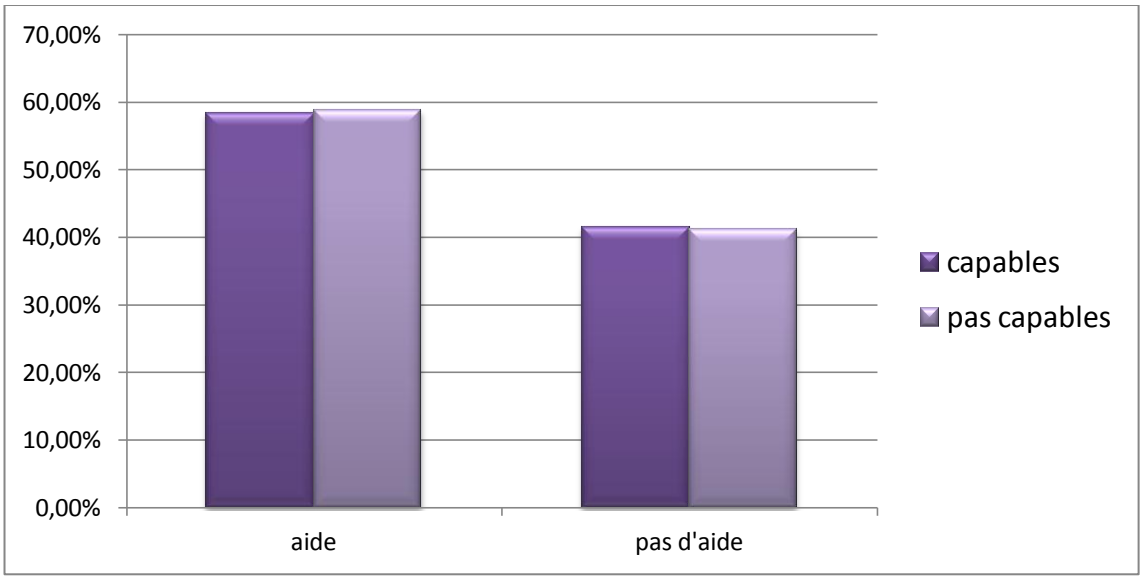
Graphique n°4: Répartition des patients en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle et de leur capacité de prise médicamenteuse



D. Aides à domicile

Le besoin d'aides à domicile pour d'autres domaines (cuisine, courses, ménage, papiers) recherché par certains questionnaires n'est dans notre cas pas relié à l'autonomie de gestion médicamenteuse des patients.

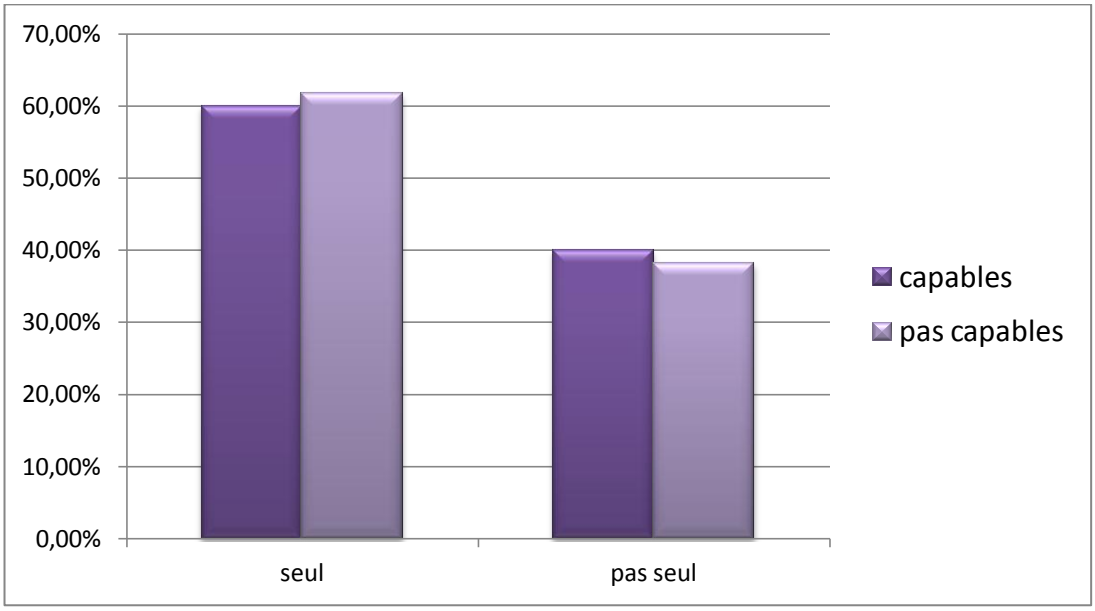
Graphique n°5: Répartition des patients en fonction de a présence d'aide à domicile et de leur capacité de prise médicamenteuse



E. Mode de vie

Concernant le mode de vie, on ne remarque pas non plus de grosse différence entre les patients vivants seuls ou non vis à vis de leur capacité à gérer leurs traitements.

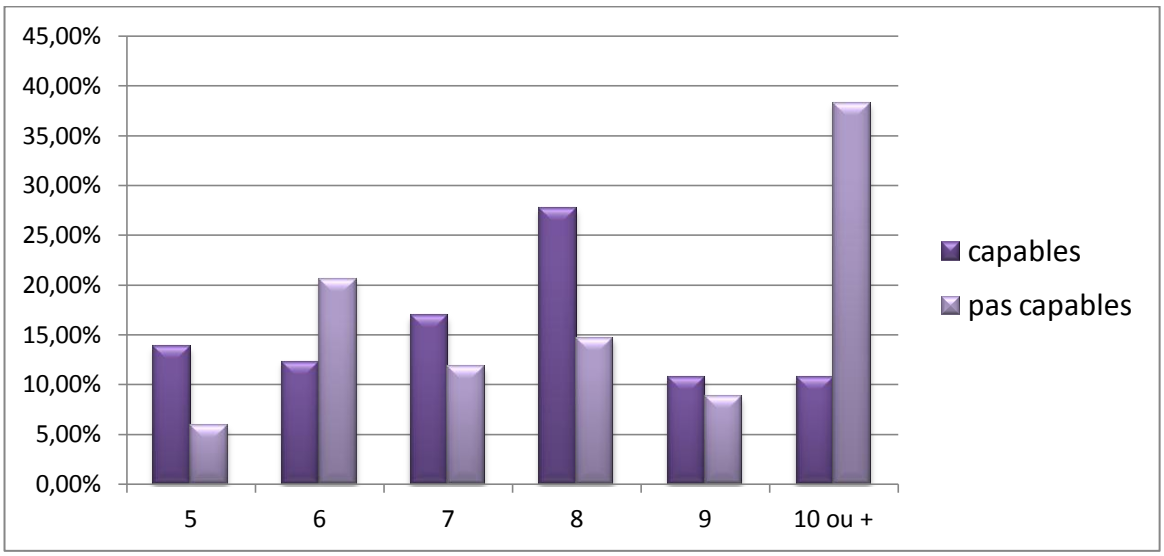
Graphique n°6:Répartition des patients en fonction de leur mode de vie et de leur capacité de prise médicamenteuse



F. Nombre de médicaments

Notre échantillon de population ne retrouve pas de lien particulier entre le nombre de médicaments pris et la capacité à les prendre conformément à la prescription, sauf au-delà de 10 médicaments.

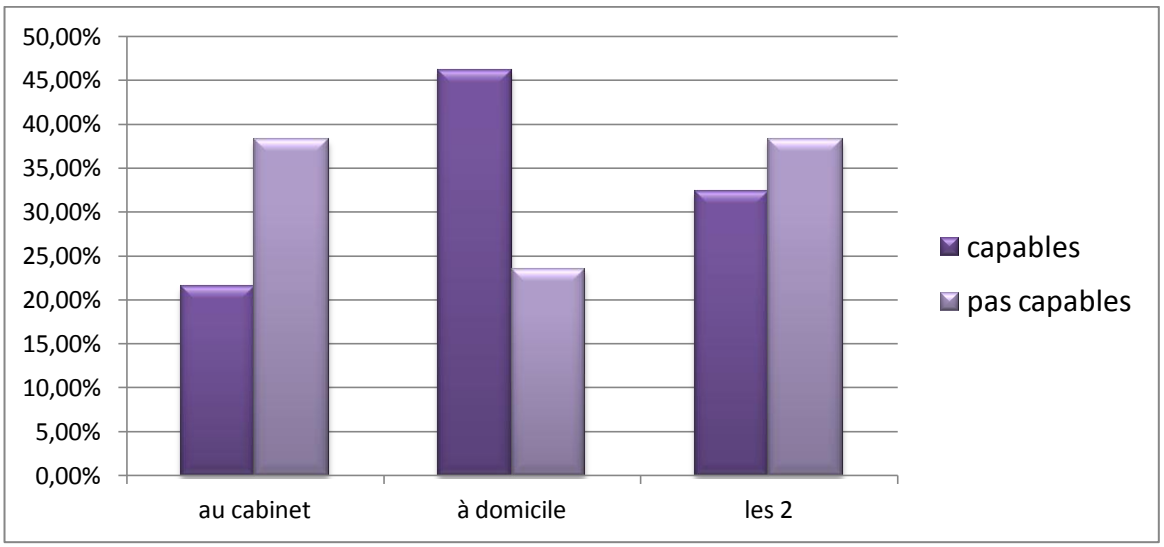
Graphique n°7:Répartition des patients en fonction du nombre de médicaments et de leur capacité de prise médicamenteuse



G. Le type de consultations

Les patients vus à domicile semblent plus autonomes que ceux vus au cabinet. Pourtant il s'agit de patients généralement plus dépendants mais cela permet aussi un meilleur contrôle par le médecin traitant qui explique sans doute cette différence.

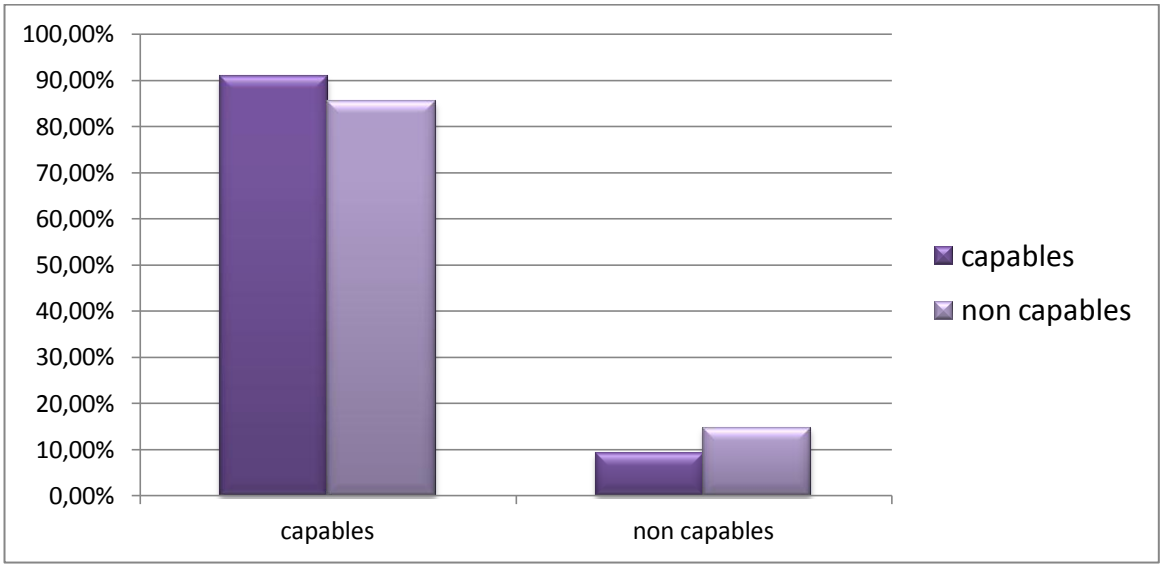
Graphique n°8:Répartition des patients en fonction du type de consultation et de leur capacité de prise médicamenteuse



H. L'avis du médecin traitant

On note que le médecin n'identifie comme non capables de gérer leur traitement que 5 des 34 patients constatés commettant réellement des erreurs et par contre juge comme non capables 6 des 65 patients étant en fait tout à fait autonomes. Cela montre que les médecins de l'étude ont une mauvaise perception des capacités réelles de leurs patients en ce qui concerne l'autonomie de prise des traitements.

Graphique n°9:Répartition des patients en fonction de leur capacité de prise médicamenteuse réelle et supposée par leur médecin



3) Problèmes d'observance retrouvés

Les problèmes d'observance les plus fréquemment retrouvés dans notre population étaient:

- exclusion volontaire d'un médicament, avec en particulier un défaut d'observance très fréquent concernant les supplémentations calciques, les patients se plaignant du goût, de la texture et des contraintes liées aux conditions de prise.
- oubli de prise

- décalage de prises
- erreur de posologie (à la baisse comme à la hausse)
- les mélanges de médicaments aux présentations galéniques proches
- prise à la fois du médicament princeps et du générique ("le médecin a oublié de me mettre mon glucophage mais il m'en restait donc je le prend parce que c'est important" alors que la patiente prenait sagement sa metformine)

4) Les difficultés que les patients ont signalées

L'ordonnance était illisible pour 31 patients sur 99. A noter que les ordonnances jugées illisibles par les patients n'étaient pas uniquement des ordonnances manuscrites, les ordonnances informatisées mais imprimées en petits caractères (ordonnance et son double sur un format A4) étaient aussi souvent signalées comme illisibles.

Les prises dans la journée étaient rapportées comme contraignantes et difficiles à gérer. Beaucoup de patients ont reconnu qu'il était difficile de prendre leurs traitements quand ils s'absentaient de chez eux pour déjeuner en particulier et qu'ils les prenaient plus tard dans la journée en rentrant chez eux.

La difficulté à ouvrir les contenants et à couper les comprimés sécables soit parce qu'ils étaient trop durs, soit par ce qu'ils se coupaient mal, non équitablement, soit parce qu'ils s'émiettaient à la coupe.

La difficulté à compter des gouttes.

Le goût de certains médicaments.

A noter cependant que si les patients se sont ouverts assez facilement aux investigateurs sur leurs difficultés, la plupart craignait que leurs propos soient

répétés à leur médecin concernant leurs écarts volontaires et la difficulté à lire les ordonnances.

5) Observance rapportée par les patients

Hormis les traitements volontairement non pris, l'observance et surtout l'absence d'erreur de prise médicamenteuse rapportée par les patients était de 100%. Cela a même rendu difficiles certaines questions de l'interrogatoire en particulier la question 8C du questionnaire d'évaluation qu'il a bien souvent fallu reformuler au conditionnel les patients refusant de répondre car disant ne pas être concernés puisqu'ils n'oubliaient jamais leur traitement.

6) Test à 10 questions

L'analyse statistique des données selon le modèle décrit plus haut permet d'obtenir un score basé sur un test à 10 questions :

Q17, Q22, Q26, Q3, Q4, Q18, Q6, Q10, Q2, Q27

Le test présente les caractéristiques suivantes :

Seuil à 40/50, AUC 71,357% (pourcentage de chance qu'un autonome est un score plus élevé qu'un non autonome)

Tableau 4 : Résultats des patients au score en fonction de leur capacité à gérer le traitement

	Non capable	Capable
Score < 40	30	22
Score ≥ 40	4	43

Tableau 5 : Caractéristiques du test retenu pour l' échantillon de patients

Taux de vrais positifs = Sensibilité	Proportion de non capables reconnus comme tels	88%
Taux de vrais négatifs = Spécificité	Proportion de capables reconnus comme tels	66%
Valeur prédictive positive	pourcentage de vrais non capables sur les déclarés non capables	58%
Valeur prédictive négative	Pourcentage de vrais capables sur les déclarés capables	91%

Pour ce qui nous intéresse le plus, le dépistage des "non capables" ou patients commettant des erreurs de prise médicamenteuse, on obtient donc un pourcentage de 88%.

Tableau 6 : Résultat au test de l'échantillon de patients

	Note moyenne	Ecart-type	Min-Max
Pas capables	35,65	+/- 5,207	27 - 48
Capables	39,92	+/- 4,28	29 - 48

La différence entre les moyennes des 2 groupes est significative ($p<0,00004$) selon le test de Student avec hypothèse H0 nulle.

Le questionnaire retenu est:

Q17 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

Q22 Sortez-vous de chez vous seul ou 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

Q26 A quoi servent 5 de vos médicaments ? (par ex les 5 premiers de l'ordonnance)

/5

Q3 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

Q4 Pouvez-vous me redire les 5 mots de tout à l'heure ?

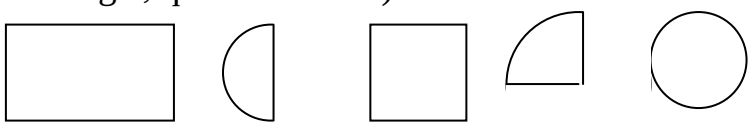
/5

Q18 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

Q6 Montrez moi les dessins que je vais vous citer (carré, rond, demi-cercle, rectangle, quart de cercle)



/5

Q10 Utilisez-vous des pense-bêtes ?

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

/5

Q2 Pouvez- vous me dire :

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

/5

Q27 Etes vous sûr(e) de votre prise médicamenteuse ?

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

/5

On note que la question 4 nécessite une question préliminaire qui ne sera pas prise en compte dans le calcul final du score:

Q1 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

7) Autres tests envisagés

Les autres tests envisagés sont moins performants comme le montre le tableau 6 (voir page suivante).

Dans le cas du test à 9 questions, on note que la sensibilité ou proportion de non autonomes reconnus comme tels chute fortement par rapport au test à 10 questions.

Par ailleurs le fait d'augmenter à 11 le nombre de questions n'améliore pas la détection des non autonomes. Par contre, cela augmente le pourcentage d'autonomes détectés comme non autonomes.

Le test à 10 questions semble donc être le meilleur compromis pour détecter un maximum de non autonomes sans déclarer non autonomes trop de patients autonomes.

Tableau 6 : Caractéristiques des tests à 9 et 11 questions pour l'échantillon de patients

		9 questions	11 questions
Seuil		35	45
Taux de vrais positifs = Sensibilité	Proportion de non autonomes reconnus comme tels	68%	88%
Taux de vrais négatifs = Spécificité	Proportion d'autonomes reconnus comme tels	71%	52%
Valeur prédictive positive	pourcentage de vrais non autonomes sur les déclarés non autonomes	58%	57%
Valeur prédictive négative	Pourcentage de vrais autonomes sur les déclarés autonomes	81%	91%

IV. DISCUSSION

1) Principaux résultats

Le but de cette étude était d'élaborer un questionnaire qui permettrait de dépister le risque d'erreur de prise médicamenteuse. Elle objective entre autre, qu'il existe peu de liens significatifs entre les facteurs démographiques et la capacité des patients à gérer leurs médicaments [28,50,51,52, 53].

Il n'y en a pas non plus avec le fait qu'ils nécessitent une aide pour d'autres domaines d'action (ménage, cuisine, administratif...). Le seul élément qui augmente clairement le risque d'erreur de prise est le nombre élevé de médicaments, supérieur à 10.

Dans notre échantillon, on note que les patients de plus de 80 ans semblent plus à risque d'erreur que les 75-79 ans mais comme le montre Néji Azouz dans sa thèse [76], ce n'est pas significatif. Il serait cependant intéressant de vérifier ce lien sur un échantillon plus important afin de mieux cibler la population à risque.

La proportion de patients présentant des difficultés à prendre leur traitement (34,34%) est légèrement inférieur à ce que l'on retrouve généralement dans la littérature [52] concernant le défaut d'observance (40 à 60%) mais cela s'explique par le fait que nous n'évaluons que les difficultés de prise médicamenteuse et non pas toute la gestion du médicament ni le défaut d'observance volontaire.

Elle confirme également mon intuition première que la vision des médecins traitants est très éloignée de la réalité en ce qui concerne l'aptitude de leurs patients à suivre convenablement leurs prescriptions comme le montrait la littérature [40,78].

Le test obtenu remplit assez bien la fonction recherchée puisqu'il permet de dépister 88% des patients de notre échantillon qui commettent des erreurs.

En modifiant le nombre de questions ou le seuil de positivité, on n'améliore pas ou peu le dépistage, mais on surestime la population à risque. L'ensemble de questions retenu semble donc être le plus approprié.

Ce test, destiné à des professionnels de santé, doit être rapidement et facilement réalisable. Il comporte au final 10 questions notées et une question accessoire non évaluée ce qui semble raisonnable en terme de durée. Certains pourraient trouver que des questions notées de 0 à 5 sont compliquées et qu'il serait plus approprié pour une pratique courante que les questions comportent moins de choix cependant cela était nécessaire à une évaluation fine, les patients visés ne présentant pas de signes évident de difficultés de gestion des prises médicamenteuse. Par ailleurs d'autres tests comme le MMSE par exemple comporte une notation sur plusieurs points de leurs questions et sont pourtant recommandés en pratique courante. Enfin la notation est bien signalée sur la fiche de test et expliquée dans la notice explicative (voir annexe).

La bibliographie [30,68] m' avait fait poser le postulat qu'il fallait explorer la mémoire, la vue, la dextérité et l'implication du patient. Le questionnaire de départ s'intéressait donc à tous ces éléments. Les questions retenues confirment les études antérieures avec cependant une seule question pour la vue (question 6) et deux pour la dextérité (question 17 et 18), la majorité des questions portant sur la mémoire ou l'implication du patient. Cela ne permet pas de dire si la vue et la dextérité ont finalement une moindre importance ou si cela tient à une trop grande facilité des questions ou simplement à un échantillon peu touché par les handicaps étant donné qu'il ne comporte que 99 patients. Il n'était pas possible dans les conditions de l'étude de faire une étude approfondie de la vision, de la dextérité, de la mémoire et de l'implication du patient. Cela aurait demandé de soumettre les patients à une longue batterie de tests et aucun n'aurait accepté,

l'investigation telle qu'elle a été faite ayant déjà souvent pris une heure au domicile du patient.

2) Une méthode statistique innovante

La méthode utilisée a été créée par Mr Mathieu Poulin, statisticien, pour répondre aux besoins de l'étude. Si une validation externe de notre étude confirme l'efficacité du score, elle pourrait être utile à la conception d'autres tests du même type que ce soit dans le domaine médical ou non.

3) Limites de l'étude

Il s'agit de l'élaboration d'un test dont la validation externe ne fait pas l'objet de cette étude. Il ne peut donc pas être utilisé en l'état.

Par ailleurs, l'échantillon est de petite taille et la population étudiée est très spécifique: les personnes âgées de plus de 75 ans résidant à Paris et dont le médecin traitant exerce dans cette même ville. Les résultats, obtenus sur cette population citadine ayant un accès facile aux professionnels de santé, ne peuvent donc pas, sans étude supplémentaire, être étendus à l'ensemble de la population française de plus de 75 ans.

On note également qu'il y a un biais de sélection des médecins traitants. En effet, les médecins ayant accepté de répondre à l'étude sont pour moitié des maîtres de stage. Or cette proportion est très supérieure à celle de la population globale des médecins que ce soit à Paris ou en France. Il n'est cependant pas possible d'évaluer si cela influe sur les résultats de cette étude.

Pour ce qui est des patients, très peu ont refusé de participer à l'étude, sans doute du fait que nous étions recommandés par leur médecin traitant. Malgré tout, les rares refus que nous avons eus sont un possible biais car il peuvent

avoir été motivés par une conscience de problèmes d'observance qu'ils ne voulaient pas exposer devant une tierce personne.

Il n'existe pas de gold standard pour déterminer l'aptitude à gérer ses traitements de manière autonome et les divers outils utilisés ailleurs n'étaient pas appropriés ici comme je l'ai déjà exposé en introduction. La méthode utilisée présente certainement des biais et imperfections. Un patient peut, en effet, mieux ou moins bien réussir à préparer une journée de traitement devant l'investigateur qu'il ne l'aurait fait seul compte tenu de la pression psychologique de la supervision. D'autres éléments améliorent la précision autant que possible: vérification de la pharmacie, des ordonnances (avec cachets des pharmacies), d'un éventuel pilulier, etc., sans que l'on puisse pour autant affirmer de manière catégorique que l'évaluation du patient soit totalement fiable.

4) Intérêt du questionnaire

Sous réserve d'une indispensable validation externe, le questionnaire élaboré dans cette étude permettrait un dépistage des personnes à risque d'erreur de prise médicamenteuse (résultat <40/50). On note en effet un taux de patients à risque identifié de 88%. Par contre, il ne peut être utilisé qu'en dépistage et non pour affirmer un risque d'erreur médicamenteuse puisqu'un pourcentage non négligeable de patients autonomes sont jugés à risque (34%).

Comment expliquer le manque de spécificité? La population étudiée ne présentait pas de trouble majeur tel que démence diagnostiquée ou trouble physique important qui aurait rendu évidentes les difficultés à gérer le traitement. A priori, quand les personnes présentent des troubles sévères, on peut supposer que le médecin met en place les aides adaptées et n'a pas besoin d'un questionnaire pour se rendre compte des difficultés. De ce fait les réponses aux questions liées à la mémoire par exemple sont assez proches chez les patients interrogés, qu'ils soient capables ou non de gérer leurs prises médicamenteuses.

Cette mince frontière entre les 2 groupes explique le chevauchement des résultats. Il m'a semblé préférable, vu l'objectif du questionnaire, de favoriser la détection des patients à risque et donc de "sur-déclarer" à risque des patients pourtant capables, charge restant au médecin de vérifier ensuite si le patient à réellement des difficultés ou non.

Ce test étudie la capacité du patient à gérer ses prises médicamenteuses mais n'évalue pas la mauvaise observance intentionnelle car ce n'est pas parce que le patient est capable de prendre son traitement convenablement qu'il le prendra convenablement.

Il pourrait être employé par le médecin traitant comme nous l'avions initialement pensé, mais également par une infirmière (certains patients en avaient pour des pansements ou la gestion de leur insuline sans qu'elle intervienne dans la gestion de leurs autres médicaments) ou le pharmacien qui est responsable de la délivrance des traitements et doit s'impliquer de plus en plus dans l'éducation thérapeutique. Plus un tel test serait à la disposition du plus grand nombre, plus les professionnels de santé, mais également l'entourage de la population à risque prendraient conscience du risque.

La question ensuite est de savoir ce que l'on peut proposer si le patient est signalé comme à risque par le test.

En cas de dépistage positif (le patient ayant obtenu moins de 40/50 au test), il faudrait attirer l'attention des professionnels de santé et des aidants en situation de responsabilité du patient afin de confirmer d'éventuelles difficultés.

Pour confirmer ces difficultés, plusieurs solutions sont possibles, mais qui toutes impliquent la coopération et l’accord du patient.

En effet, que ce soit pour confirmer les difficultés ou pour mettre en place des aides adaptées, le patient doit accepter la démarche et mieux y prendre une

part active. Pour cela il faut dédramatiser, le déculpabiliser, intégrer obligatoirement dans la prise médicamenteuse la notion de l'erreur, lui faire perdre ainsi son caractère inacceptable et donc culpabilisant.

Afin d'ouvrir le dialogue, il est préférable de poser des questions ouvertes et non stigmatisantes. Eviter de dire: « vous commettez des erreurs dans la préparations de vos médicaments », mais privilégier plutôt des questions ouvertes type : « comment faites vous pour éviter les erreurs de prises de vos médicaments » .

Il est nécessaire de banaliser les problématiques d'observance afin que le patient ne se sente pas pris en défaut, afin de ne pas exposer son « incompétence », afin qu'il puisse libérer le langage sans honte.

Cette forme d'approche peut permettre ainsi d'amorcer un dialogue et une coopération avec le patient afin d'améliorer son observance, de pointer les difficultés et d'y remédier.

Suite à cet échange il est possible de confirmer la mauvaise observance par diverses méthodes:

- Evaluer la fréquence de renouvellement et en consultant par exemple le site « Améli pro » avec l'accord du patient pour les professionnels ou simplement en vérifiant les inscriptions de la pharmacie sur les ordonnances
- Demander à son entourage proche, à ses aidants leur avis sur la prise des médicaments
- Demander l'avis du pharmacien et travailler en coordination avec lui
- Vérifier sa pharmacie (éventuellement combiné à la vérification de ce qu'il prend à la pharmacie, car un médicament acheté n'est pas forcément un médicament pris)

- Accompagner le patient dans la préparation des médicaments comme nous l'avons fait dans cette étude ou de manière répétée par un aidant
- Vérifier que le patient est capable de couper ses comprimés sécables, d'ouvrir les contenants de médicaments, de lire l'ordonnance.
- Mettre en place un carnet de consommation médicamenteuse qui, outre qu'il permet de repérer les problèmes d'observance, met aussi en évidence l'automédication susceptible de majorer le risque d'interaction médicamenteuse. [79] Même si il n'est pas totalement fiable et demande une participation active du patient il reste cependant plus efficace que l'interrogatoire du patient. [80]

Si les difficultés du patient sont confirmées ou si un doute persiste, il conviendra de mettre en place une mesure d'aide adaptée à la situation du patient et qui pourra impliquer plusieurs professionnels de santé et les aidants.

5) Des mesures pour une meilleure prise en charge pour une plus grande sécurité du patient

A. La recherche d'un facteur majorant l'inobservance

Afin d'améliorer l'observance il faut tout d'abord essayer de comprendre la ou les origines des difficultés. Ainsi, une possible dépression [81] ou problème de vision pourront être pris en charge. Un problème d'illettrisme amènera à la mise en place de techniques de compensation qui pourront faire intervenir le médecin, le pharmacien et/ou des aidants. De possible troubles mnésiques débutants pourront être recherchés [40].

B. La déprescription

Quand elle est possible, la déprescription est la première mesure à envisager pour réduire les risques d'erreur, mais également d'interaction médicamenteuse, comme je l'ai exposé en introduction. Cependant elle n'est pas toujours possible du fait des poly-pathologies qui augmentent avec l'âge. Bien sûr il ne faut pas attendre de dépister un risque pour réévaluer ses prescriptions, mais il faut le faire de manière systématique [36].

Il existe des outils pour aider les médecins à déprescrire qui gagneraient à être mieux diffusés auprès des médecins dans leur formation initiale et continue mais dont l'évaluation sur l'impact sur la limitation des polymédications n'est pas prouvé (score de Beers, score MAI, critères STOPP et critères ACOVE).[82]

Plusieurs études montrent aussi qu'il vaut mieux utiliser des médicaments à une seule prise par jour [42,45] et de longue durée d'action pour limiter l'impact d'éventuels oublis. [43,44]

C. Le travail en réseau et les maisons et centres de santé

Une autre possibilité pour améliorer la sécurité du patient est d'améliorer la coordination entre les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge. C'est toute l'importance d'un bon travail en réseau et l'enjeu du rôle du médecin traitant comme coordinateur de ce réseau autour du patient. Des prescripteurs multiples, s’ils ne sont pas coordonnés, augmentent le risque d'interaction médicamenteuse, de majoration de doses de produits, de poly-médication sans hiérarchisation cohérente des besoins. Une infirmière à domicile ou un kinésithérapeute peuvent constater des éléments du quotidien non forcément objectivés par le médecin traitant, dont l'intervention est plus ponctuelle et moins régulièrement au domicile du patient.

Les maisons et centres de santé, de par le regroupement des différents professionnels de santé, facilitent la prise en charge pluridisciplinaire cohérente et la mise en place de programme d'éducation du patient [9].

C'est également un des objectifs du dossier médical personnel (DMP) dont la mise en place et l'utilisation réelle sont pour le moment encore difficiles.

Le pharmacien doit aussi être un membre actif du réseau de santé autour du patient avec une meilleure communication avec les médecins dans l'intérêt des patients. Il doit prendre part à l'éducation thérapeutique des patients et faire remonter au prescripteur quand cela est nécessaire les difficultés présumées ou révélées des patients. Dans cet objectif, il est important d'encourager les patients à choisir une pharmacie en particulier (pharmacien référerent) comme ils sont obligés de le faire pour de rares traitements (méthadone, méthylphénidate par exemple).[4] Si il vont dans une pharmacie pour leur ordonnance et dans une ou plusieurs autres pour prendre des médicaments d'auto-médication il y a un risque majoré d'interactions, de traitements redondants ou inadaptés. De même si ils change de pharmacie à chaque renouvellement, il sera impossible au pharmacien de participer réellement à la prise en charge. Peut-être serait-il souhaitable, au moins pour les médicaments sur ordonnance, les autres posant un problème de concurrence du fait de la liberté des prix, qu'il y ait une déclaration de pharmacien référent comme pour la déclaration de médecin traitant. De même, le Dossier Pharmaceutique créé par la loi du 30 janvier 2007 [83] gagnerait à être connu et généralisé alors qu'il est à l'heure actuelle créé à la demande du patient sous réserve que l'officine soit équipée. Il permet une meilleure coordination des soins, étant consultable par tout pharmacien d'officine mais aussi par les pharmaciens hospitaliers et est en essai jusqu'à décembre 2014 pour certains médecins hospitaliers (anesthésistes-réanimateurs, urgentistes, gériatres). [84]

D. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

La méconnaissance des traitements par les patients (fonction, conséquences des oublis, risques et interactions) est directement liée à une mauvaise observance du traitement [40].

L'ETP est donc un élément capital dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques afin d'améliorer l'observance et diminuer les risques liés aux médicaments [85].

Cependant, comme l'expose Johanne Collin [66], le patient n'est pas ignorant de base des médicaments, il en a sa propre connaissance, basée sur son expérience ou les ouï-dire qui n'est pas forcément concordante avec la vision professionnelle du médecin vis-à -vis des traitements et des pathologies. Pour améliorer l'observance du traitement il convient de travailler sur la communication et la relation médecin-patient et ce dans les 2 sens. Il faut éduquer le patient mais aussi le mettre suffisamment en confiance pour qu'il n'ait pas peur d'exprimer sa représentation des médicaments et la prendre en compte dans l'éducation thérapeutique. [85,86] ainsi que l'importance d'avoir une routine quotidienne des prises en rapport avec les points de repère et routines propre au patient. [36,47,87,88]

Cette ETP doit au mieux faire interagir tous les professionnels de santé qui interviennent auprès du patient: son/ses médecin(s) mais également une infirmière, un kinésithérapeute et le pharmacien. Le pharmacien explique et informe le patient sur sa pathologie et ses traitements, veille à l'organisation pratique de la prise médicamenteuse, de la gestion des médicaments, de leur manipulation ainsi que la manipulation des dispositifs d'auto-administration (traitements inhalés, insuline...) et d'autocontrôle. Il peut également accompagner le patient dans des problèmes plus particuliers type voyage, décalage horaire ou oubli décalage de prise. Cependant il est important que les

différents intervenants soient coordonnés afin de maintenir une grande cohérence des messages diffusés sous peine d'être contre-productifs. [89]. L'ETP doit prendre en compte également les aidants qui sont d'une importance capitale car les plus proches au quotidien du patient.

Enfin, il faut que l'ETP s'inscrive dans la durée avec au mieux un petit rappel à chaque consultation [90] puisqu'il a été montré que l'observance avait tendance à baisser entre 2 consultations et à remonter juste avant et juste après les consultations (effet blouse blanche).[91,92]

E. Les aides techniques ou humaines

Enfin quand elles sont nécessaires, il faut mettre en place l'aide adaptée au patient [40,90].

Dans une étude, Joyce A. Cramer étudie les différentes aides techniques pouvant améliorer l'observance des patients. [90] Elle recommande d'évaluer leur capacité mentale et physique à prendre leur traitement afin de compenser au mieux leurs difficultés, aucun système d'amélioration de l'observance n'étant optimal pour tous les patients.

En cas de difficultés sur le plan de la dextérité, on peut conseiller un coupe-comprimé ou de changer de forme galénique si c'est possible. L'Académie de pharmacie recommande l'utilisation de forme liquide plutôt que comprimé du fait des modifications physiologiques digestives chez la personne âgée.[11] Cependant cela peut également causer des problème de manipulation notamment en cas de difficultés visuelles.

L'écrasement de comprimés ou l'ouverture de gélules en cas de difficultés à avaler est à éviter car il expose à un risque de sur ou sous-dosage. Il vaudra mieux proposer une autre forme ou un médicament voisin et si il n'y a vraiment pas d'autres solutions se renseigner (notice, RCP, littérature) sur les risques liés

à l'écrasement ou l'ouverture du médicament (forme à libération prolongée, gastroprotection, risque d'ulcération buccale ou digestive, réaction avec l'eau etc). [93] Des listes de médicaments avec les risques liés à l'écrasement des comprimés ou l'ouverture des gélules ont été établies par des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omédit) régionaux. Ces listes sont en ligne et en accès libre. [94,95]

La routine quotidienne a une grande importance dans la prise des traitements. Ainsi certains patients pourront être amélioré par la réalisation d'un tableau de prises et par une répartition des prises cohérente avec leurs propres habitudes de vie. La diminution du nombre de prise et du nombre de médicaments éventuellement par le biais de médicaments regroupant plusieurs molécules peuvent aussi être bénéfiques. [42,43,44,45] Dans le cadre des habitudes des personnes âgées, il est important également que le pharmacien délivre toujours le "même" médicament, c'est à dire le même générique par exemple pour que le patient ne soit pas perturbé par le changement de présentation (forme, couleur, emballage). La convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine d'avril 2012, afin d'éviter tout risque de confusion entre les médicaments, prévoit un engagement des pharmaciens à ce que 90% des patients de plus de 75 ans n'aient qu'une seule marque de générique délivrée mais malheureusement cet engagement ne concerne que 11 molécules.[96]

La prescription systématique en DCI, éventuellement accompagnée dans un premier temps du nom commercial afin de ne pas perturber les patients, a également pour but de diminuer les confusions. Elle doit être appliquée au regard de l'article 19 de la loi du 29 décembre 2011 qui cependant repousse sa mise en place obligatoire au 1er janvier 2015 du fait des problèmes de certification des logiciels d'aide à la prescription. [97]

Un pilulier semble être une bonne aide technique à mettre en place en priorité.[90] D'après l'étude de F. Anderson et B. Williams, le pilulier simple diminue l'oubli de dose de 20% [67]. Il peut être rempli par le patient mais si ses difficultés sont trop importantes (certains patients de notre étude avaient un pilulier que ce soit dans le groupe capable ou non), il devra être rempli par un tiers: aidant, infirmière ou pharmacien. A noter également l'apparition récente des piluliers intelligents qui signalent au patient, à un aidant ou au médecin la non-prise des médicaments dont la place reste encore à définir.

Enfin si le patient est vraiment au stade de la dépendance totale pour la prise des traitements, il faudra mettre en place une aide quotidienne voire à chaque prise en fonction des besoins du patient, par un aidant ou une infirmière. La préparation hebdomadaire des médicaments dans un pilulier et la surveillance thérapeutique quotidienne à domicile par une infirmière est pris en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

F. Les visites à domicile

Même si de nos jours du fait de la démographie médicale et de la demande de soin, les visites à domicile sont de moins en moins nombreuses, il pourrait être souhaitable d'en faire ponctuellement afin de mieux réaliser les difficultés du patient et de faire, avec son accord, un contrôle régulier de son armoire à pharmacie pour éliminer les médicaments périmés ou inappropriés. [36] Cela pourrait s'inscrire dans une démarche d'éducation thérapeutique et être encouragé par la mise en place d'un forfait de prise en charge.

G. Une rémunération spécifique

Afin d'encourager les professionnels de santé à consacrer du temps à l'amélioration de l'observance, il faudrait envisager une rémunération spécifique pour le dépistage des difficultés d'observance, de la même façon qu'il existe une

codification dans la nomenclature pour la réalisation de tests cognitifs ou d'évaluation d'une dépression (69,12€).

Enfin il faudrait que cette rémunération soit possible également si c'est le pharmacien ou une infirmière qui réalise l'évaluation de l'observance et avec la possibilité de séances de suivi comme c'est le cas dans d'autres pays ou pour certaines pathologies en France. Ainsi au Canada, en Ontario, il existe une rémunération des pharmaciens pour faire une revue complète de la médication de 30minutes (60$ canadiens soit environ 40€) avec mise en place d'un protocole d'action informatisé pour le patient et retour au médecin prescripteur si besoin. En France, depuis l'arrêté du 24 juin 2013, les pharmaciens bénéficient d'une rémunération pour le suivi de traitement et l'éducation thérapeutique mais elle est limité à l'heure actuelle au suivi des AVK même si son extension au suivi de l'asthme est en cours de discussion. De plus cette rémunération est plus faible en France: 40€ par an et par patient pour au minimum 2 entretiens annuels et une surveillance régulière des INR. [98]

H. Sensibiliser

Comme le montrent le peu de fiabilité des déclaration des patients en terme d'observance et la méconnaissance des médecins de cette étude des difficultés de leurs patients, il existe beaucoup de non-dits, de secrets autour des problèmes de dysobservance. Un moyen d'améliorer la situation pourrait être des campagnes publiques de sensibilisation comme pour les antibiotiques ou la dégénérescence maculaire liée à l'âge, qui en banalisant les difficultés les rendraient plus facilement avouables par les patients. De plus cela pourrait entrainer une prise de conscience et donc une plus grande vigilance de la part des aidants et des professionnels de santé. Certes ces campagnes ont un coût mais la dysobservance entraine d'importantes dépenses et une morbi-mortalité très importante. Pour comparaison, les accidents de la route causent 2 à 3 fois moins de morts que la dysobservance et pourtant ils justifient tout à fait les

nombreuses campagnes de préventions et toutes les mesures visant à améliorer la sécurité.

V. CONCLUSION

Les problèmes d'observance chez la personne âgée polymédiquée sont fréquents: 34% dans notre échantillon et le plus souvent méconnus du médecin traitant (5 patients suspectés de dysobservance sur les 34 recensés). Ils présentent un risque majeur pour la sécurité du patient (au moins un patient polymédiqué sur 2 [58]) et un coût non négligeable pour la société (au moins 1 millions de jours d'hospitalisation [4]).

Les soignants, mais aussi l'Etat doivent mettre en place des actions de prévention adaptées à cette population à risque, afin de la protéger contre les dangers majeurs induits par des thérapeutiques mal suivies. Des avancées ont été faites en ce sens (maisons et centres de santé, programmes d'ETP et nouveaux modes de rémunération qui y sont associés), d'autres restent encore en chantier (DMP) et la place d'innovations technologiques (pilulier intelligent) à définir.

Cependant, pour proposer une aide adaptée au patient, encore faut-il dépister ce besoin. C'est tout l'intérêt de cette étude et du questionnaire qu'elle propose.

Il faudra une étude de plus grande ampleur et plus représentative de l'ensemble de la population pour valider le test.

Si ce score est validé, il faudra alors le diffuser aussi largement que possible afin d'augmenter autant que possible la couverture du dépistage ce qui devrait aboutir logiquement à une meilleure prise en charge de cette population, une diminution du mésusage médicamenteux et donc une diminution de la morbi-mortalité résultante. Ce score pourrait s'appeler MIS pour "medication intake score" ou MPS pour "score de prise médicamenteuse". Il est présenté avec son mode d'emploi en annexe.

Enfin la méthode statistique novatrice employée pourrait servir à d'autres études dans et en dehors du champ de la médecine si une étude complémentaire la valide.

VI. BIBLIOGRAPHIE

[1] Drug prescribing for the elderly, R. MICHOCHI, *Arch. Fam. Med*., 1993,2:441-444

[2] Polymédication chez la personne âgée, V. PIRE, Louvain médical, 2009

[3] DUNBAR J Controlled Clinical Trials, *Elsevier Science Publishing Co* 1984; 5:515-521

[4] BAUER C., TESSIER S., Observance thérapeutique de la personne âgée Colloque des 12 et 13 septembre 2001 du CRESIF (Comité Régional d'Education pour la Santé d'Ile de France), synthèse documentaire, IREPS île de France

[5] CONN VS, TAYLOR SG, KELLEY S, Medication regimen complexity and adherence among older adults. Image the Journal of Nursing Scholarship, 1991; 23(4): 231-235

[6] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004

[7] Bon usage Mise au point Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé AFSSAPS juin 2005

[8] Recommandations HAS Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation Juin 2007

[9] Expérience des nouveaux modes de rémunération, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé http://www.ffmps.fr/index.php/experience-des-nouveaux-modes-de-remuneration

[10] Projection de population à l'horizon 2060 et structure par âge, *INSEE, projections de population 2007-2060*

[11] Académie nationale de pharmacie. Personnes âgées et médicaments Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie. Paris, juin 2005.

[12] BELMIN J., Gériatrie, 2ème édition, Masson

[13] P. QUENEAU Rapport de mission sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention, 1998 INSERM, La Documentation Française, rapports publics.

[14] MCLEAN AJ, LE COUTEUR DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology *Pharmacol. Rev.* 200456 (2): 163-184

[15] Etude PAQUID, www.isped.u-bordeaux2.fr/recherche/paquid/2004-resultts-paquid.pdf

[16] AUVRAY L, DOUSSIN A, LE FUR P. Santé, soins et protection sociale en 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), France 2002. Rapport de l'IRDES. Paris, 2003

[17] Polymédication des personnes âgées de 75 ans et plus, Enquête de pratique, URCAM Alsace, 2003

[18] P. CLERC, J. LE BRETON and all, Étude Polychrome : Une méthode d'expertise pour optimiser des ordonnances de polyprescription en médecine générale, *Pratiques et Organisation des Soins* 2009

[19] C. GUILLEMAUD, Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale Paris, Paris Sud 11. *Thèse de doctorat en médecine* 2010.

[20] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine - version 2013

[21] P. QUENEAU and all Quand déprescrire les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé ? 2007 Paris, FRANCE, *Académie nationale de médecine*.

[22] E. BOISDIN et J. DOUCET Etude prospective sur les déterminants de la déprescription des médicaments en médecine générale. Rouen. *Thèse de doctorat en médecine* 2011

[23] CONSOLI, S. M., C. LEMOGNE, and all, Physicians' degree of motivation regarding their perception of hypertension, and blood pressure control. 2010 *Journal of Hypertension* 28(6):1130-1139

[24] LUSSIER, M. T. et C. Richard, Le dialogue de prescription un incontournable dans l'usage optimal du médicament ! *Le médecin du Québec* 2008 43 (12): 45-52.

[25] TAMBLYN R., Medication use in seniors: challenges and solutions, *Therapie*, 1996, 51; 3: 269-282

[26] SCHWARTZ RK, SOUMERAI SB, AVORN J, Physician motivations for nonscientific drug prescribing, *Social Science and Medicine*, 1989,28;6:577-582

[27] GUILLUY CREST M. La déprescription: les patients sont-ils prêts? Analyse du vécu et du ressenti des patients à qui le médecin généraliste propose une déprescription, Thèse d'exercice de doctorat en médecine générale Paris Descartes 2012

[28] Union Régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. L'Observance thérapeutique des personnes de 70 ans et plus. BRET BOLLAERT, LYON, MEYRIGNAC. Commission exercice en cabinet libéral. Paris, 2005

[29] IGAS, Encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques, Rapport n)RM 2007-187P, décembre 2007

[30] ISAAC LM, TAMBLYN RM, and the MCGILL-CALGARY Drug Research Team, Compliance and cognitive function: methodological approach

to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly. *The Gerontologist* Vol 33, (6) 772-781

[31] JOHANNE MONETTE and all, Médicaments et personnes âgées obstacles à une utilisation optimale, *Le Médecin au Québec*, décembre 2008 43;12:53-58

[32] T. NIKOLAUS et all, Elderly patients' problems with medication An in hospital and follow-up study, *European Journal of Clinical Pharmacologie*, 1996, 49:255-259

[33] RAJESH BALKRISHNAN et all, Predictors of Medication Adherence in the Elderly, *Clinical Therapeutics*1998, 20; 4:764-771

[34] S. J. COONS, Predicators of medication non compliance in a sample of older adults, *Clinical Therapeutics*, 1994, 16;1:110-117

[35] R. MICHOCHI and all, Drug prescribing for the elderly, *Archive of Familial Medecine*, 1993, 2:441-444

[36] P. BLENKIRON et all, The Elderly and their medication : understanding and compliance in a family practice, *Postgraduate Medical Journal* 1996 ,72: 671-676

[37] MURRAY MD, DARNELL J, WEINBERGER M, et al. Factors contributing to medication noncompliance in elderly public housing tenants. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy* 1986; 20: 146-52

[38] Medication for the elderly - a report of the Royal College of Physicians. *Journal of the Royal College of Physicians* London 1984; 18: 7 - 17

[39] LOUIS MERLE et all, Predicting and Preventing Adverse Drug Reactions in the Very Old, *Drugs Aging*, 2005, 22;5:375-392

[40] BARAT I., ANDREASEN F. et DAMSGAARD E.M.S., Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51:615-622

[41] G. REACH et all, La non-observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine, *Médecine*, novembre 2006: 411-415

[42] CLAXTON AJ, CRAMER J, PIERCE C A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance, *Clinical therapeutics* 2001;23:1296-1310

[43] CRAMER J.A., Consequences of intermittent treatment for hypertension: the case for medication compliance and persistence, *The American Journal of Managed care* 1998; 4:1563-1568

[44] URQUHART J., Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact, *European Heart Journal* (1996) 17 (A):8-15

[45]SAINI S.D. and all, Effect of medication dosing frequency on adherence in chronic diseases, *American Journal of Managing Care* 2009; 15(6):e22-e33

[46] HUSSAR DA., Patient compliance, *Remington: The Science and Practice of Pharmacy*. 1995:1796-1807.

[47] STEWART RB, CARANASOS GJ., Medication compliance in the elderly, *Medical Clinics of North America* 1989;73:1551-63.

[48] COL N, FANALE JE, KRONHOLM P, The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly, *Archive of Internal Medecine* 1990; 150:841-845

[49] MONANE M, BOHN RL, GURWITZ JH, GLYNN RJ, AVORN J, Noncompliance with congestive heart failure therapy in the elderly, *Archive of Internal Medecine* 1994; 154: 433-437

[50] McCAUL KD., GLASGOW RE., SCHAFER LC., Diabetes regimen behaviors. Predicting adherence, *Medical Care* 1987;25:868-81

[51] EDWARDS M, PATHY MS, drug counseling in the elderly and perdicting compliance, *Practitioner* 1984;228:291-300

[52] MONANE M., MONANE S., SEMLA T., Optimal medication use in elders. Key to successful aging. *Western Journal of Medicine* 1997;167:233-7

[53] ANKRI J, LE DISERT D. HENRARD J.C., Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature, *Santé Publique*, 1995;4:427-441

[54] JEANDEL C, BARRAT V et al. L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez le sujet âgé : enquête portant sur 300 patients hospitalisés. *La Revue De Gériatrie*. 1991 Sept; 16 (7): 319-324

[55] BAYADA JM, PRAS P, et al. Observance médicamenteuse: enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans et analyse de la littérature. *La Revue De Gériatrie*. 1985 Oct ; 10 (10): 459-324

[56] Cour des comptes. Rapport annuel au parlement sur la sécurité sociale. Paris, septembre 2003.

[57] LECOMPTE TH. La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970-1980-1991. Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES). Paris, 1994

[58] PEROCHON Jean Michel. Etude prospective sur les admissions des personnes âgées pour iatrogénie médicamenteuse dans les services d'urgence de

18 établissements d'hospitalisation publique de Poitou-Charentes. *Urcam Poitou-Charentes* 1999

[59] BEIJER HJM, DE BLAEY CJ, Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies, *Pharmacy World and Science* 2002;24(2):46-54

[60] S. BRINKER and all, Therapeutic Drug Monitoring Facilitates Blood Pressure Control in Resistant Hypertension , *Journal of American College of Cardiology*, 2014;63(8):834-835

[61] Adherence to long-term therapies: evidence for action OMS 2003

[62] R. J. SIMPSON et all, Challenges for Improving Medication Adherence , *JAMA*, 6 decembre 2006, 296;21:2614-2616

[63] JOHNSON GEORGE et all, A Systematic Review of Interventions to Improve Medication Taking in Elderly Patients Prescribed Multiple Medications, *Drugs Aging* 2008, 25; 4:307-324

[64] K. SCHROEDER and all, How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials, *Archive of Internal Medicine* 2004, 164:722-732

[65] Article L.5121-1-1A du code de la santé publique

[66] LORENC L, BRANTHWAITE A., Are older adults less compliant with prescribed medication than younger adults? *British Journal of Clinical Psychology* 1993; 32: 485-92

[67] ANDERSON F, WILLIAMS B. Sensible prescribing. In: Practical management of the elderly 5ème edition. Oxford: Blackwell, 1989, vol4, p 45-7.

[68] HAYNES RB., TAYLOR DW., SACKETT DL. Compliance in Health Care. Baltimore, John Hopkins University Press 1979; MD:1-15

[69] ELLIOTT RA, MARRIOTT JL, Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments, *BMC Geriatrics*, 2009, 9:27

[70] ANDERSON K, JUE SG, MADARAS-KELLY KL, Identifying patients at risk for medication mismanagement: using cognitive screens to predict a patient's accuracy in filling a pillbox, *The Consultant Pharmacist* 2008, 23(6):459-72

[71] GIRERD X, HANON O? ANAGNODTOSPOULOS K et al, Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé, *La Presse Médicale* 2001,30:1044-48

[72] HAYNES RB., TAYLOR DW., SACKETT DL. Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension* 2:757-764,1980

[73] SMITH H, HANKINS M, HODSON A, GEORGE C, Measuring the adherence to medication of elderly patients with heart failure: is there a gold standard? *International Journal of Cardiology* 2010 Nov 5;145(1):122-3

[74] FAIRMAN K. et MOTHERAL B.,Evaluating medication adherence: wich measure is right for your program?, *Journal of managed care pharmacy*, nov/dec 2000, 6;6:499-506

[75] POMEL HAQUIN AL, Les personnes âgées de 75 ans et plus et leurs médicaments Etude à domicile d'une population de 99 personnes, thèse d'exercice de doctorat en médecine générale Paris Descartes 2012

[76] AZOUZ MN, Evaluation des facteurs de risque d'erreurs médicamenteuses chez les personnes âgées de plus de 75 ans polymédiquées à domicile, thèse d'exercice de doctorat en médecine générale Paris Descartes 2011

[77] MORINO S, Perception par le médecin traitant de la capacité d'autonomie de gestion médicamenteuse chez ses patients polymédiqués de plus de 75 ans, thèse d'exercice de doctorat en médecine générale Paris Descartes 2011

[78] MUSHLIN AI, APPEL FA, Diagnosing potential noncompliance: physicians' ability in a behavioral dimension of medical care, *Archive of internal medecine* 1977;137:318-21

[79] Consommation des médicaments par les personnes âgées des Yvelines: un enjeu de sécurité sanitaire, CMPL des Yvelines -15/11/05 Banque de données en santé publique réf. 314678

[80] GARBER MC and all, The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature, *Medical Care* 2004;42:649-652

[81] DIMATTEO R. and all, Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment, *Archive of Internal Medecine* 2000;160:2101-2107

[82] ASSEL, D. (2009). Polymédication chez la personne âgée – Réflexion sur l'optimisation des prescriptions à propos de 12 dossiers au sein d'un groupe de médecines généralistes. Reims. Thèse d'exercice de doctorat en médecine

[83] LOI n°2007-127 du 30 janvier 2007 - Organisation de certaines professions de santé et création du Dossier Pharmaceutique JORF n°27 du 1er février 2007 page 1937 texte n° 1

[84] Ordre National des Pharmaciens, Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique? http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP

[85] HAS. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Recommandation pour la pratique clinique. Juin 2007.

[86] COLLIN J., Observance et fonctions symboliques du médicament, *Gérontologie et société*, 2002/4 n°103, p141-159

[87] L'automédication et l'observance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70ans. Analyse sociologique et repères bibliographiques, URCAM Franche-Comté septembre 2003

[88] CLAESSON S., MORRISON A., WERTHEIMER AI., BERGER ML., Compliance with prescribed drugs: challenges for the elderly population, *Pharmacy World and Science* 1999;21(6):256-259.

[89] M. BAUDRANT and all, Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient, *Journal de Pharmacie Clinique*, vol 27; 4: 201-4 oct-nov-déc 2008

[90] CRAMER A.J., Enhancing patient compliance in the elderly Role of packaging aids and monitoring, *Drugs and Aging* 1998 12(1):7-15

[91] CRAMER J.A. and all, Compliance declines between clinic visits, *Archives of Internal Medecine*, 1990;150(7):1509-1510

[92] FEINSTEIN AR. On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. *Archives of Internal Medecine* 1990; 150: 1377-8

[93] Prescrire Rédaction, Ecraser un comprimé ou ouvrir une gélule: beaucoup d'incertitudes, quelques dangers avérés, *Revue Prescrire* 2014; 34 (366): 267-273

[94] Omédit Haute Normandie sous-groupe de travail liste des médicaments dont la galénique est modifiable, Liste régionale des médicaments per os concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules, mise à jour décembre 2012.

[95] Omédit Poitou Charentes - Commision Sécurisation du circuit du médicament, Travaux OMEDIT: médicaments: Bonnes pratiques d'administration des médicaments par sonde de nutrition ou pour les patients ayant des difficultés à avaler des formes solides. Version n°3, mai 2013: 53 pages

[96] Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 4 avril 2012

[97] LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, JORF n°0302 du 30 décembre 2011 page 22667 texte n° 1

[98] Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux, Journal Officiel de la République Française n°0147 du 27 juin 2013 page 10620 texte n°11

VII. ANNEXES

1) Annexe 1: Lettre d'information au patient et formulaire de consentement:

FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS DESCARTES

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 BIRON Audrey
Adresse 24 rue du Faubourg Saint Jacques 75014 Paris
Téléphone
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 de 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 la 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 BIRON

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 BIRON

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 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 BIRON

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 BIRON

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 BIRON.

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 BIRON

N° de téléphone

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 *……. (nom en lettres capitales) 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 : ……..

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

Fait en deux exemplaires dont un sera conservé par l'investigateur, un autre remis au patient.

2) Annexe 2: Questionnaire patient

Questionnaire démographique:

Nom et prénom du patient :
Sexe :
Date de naissance :
Age :
Date de réalisation du questionnaire :
Statut marital :
Nombre d'enfants :
Nom du médecin traitant :
Nombre de médicaments :
Niveau d'études :
Ancienne profession :

Questionnaire Score

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 ?

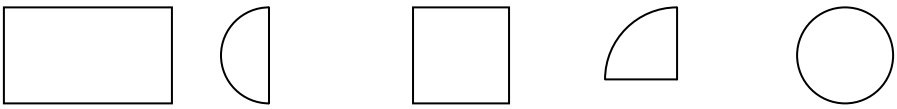
/5

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
bruxelle 4
draguignan 5

/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 /jamais 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
Difficile	2
Moyennement facile	3
Facile	4
Très facile	5

/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 seul ou 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

3) Annexe 3: Questionnaire Test d'évaluation

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. Aucun
    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

CAPABLE ? OUI / NON

4) Annexe 4: Medication Intake Score (MIS)

MIS (Médication Intake Score)

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

2/ 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

3/ Sortez-vous de chez vous seul ou 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

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

/5

mots corrects

5/ 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

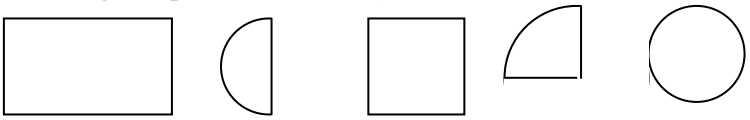
/5non

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

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

/5

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



/5

réponses justes

8/ Utilisez-vous des pense-bêtes ?

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

/5

9/ Pouvez- vous me dire :

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

/5

réponses justes

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

/5

médicaments cités

11/ 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

5) Annexe 5: Mode d'emploi

Mode d'emploi :

Ce score permet de dépister le risque d'erreur de prise médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 75 ans, polymédiquée (plus de 5 médicaments chroniques) prenant seule son traitement à domicile.

Le score explore la cognition, la vision, la dextérité et l'implication du patient à travers 10 questions notées de 0 à 5 et une question préalable non notée. Le score maximum est donc de 50.

Si le score global du patient est inférieur à 40/50, il est plus à risque de commettre des erreur de prise médicamenteuse et il est nécessaire de contrôler la réalité d'éventuelles difficultés par d'autres méthodes.

Pour la réalisation de ce test vous aurez besoin d'un exemplaire du questionnaire au format A4, d'un stylo et de la dernière ordonnance du patient.

Il est important de mettre le patient en confiance avant la réalisation du test, de s'assurer qu'il accepte d'y répondre et qu'il entend et comprend convenablement ce que vous lui dites. S'il porte habituellement de lunettes ou un appareil auditif, assurez-vous qu'il en soit muni.

Lisez les questions exactement comme elles sont écrites. Ne reformulez pas, ne donnez pas d'explications et n'engagez pas la conversation. Si le patient le nécessite vous pouvez relire la question jusqu'à 3 fois. S'il n'est alors pas en mesure de répondre, notez 0 à cette question.

Les questions ne sont pas chronométrées. Si le patient se trompe ne le corrigez pas. Si il demande des explications ou les réponses répondez simplement que le test est presque fini et que vous répondrez à toutes ses questions ensuite et continuez le test.

Notation du test :

La question 1 n'est pas notée.

Pour la question 11, lisez les lignes une par une et arrêtez-vous dès que le patient répond non. Vous notez le nombre de points correspondants à la dernière ligne à laquelle il a répondu affirmativement.

Pour toutes les autres questions le nombre de points à attribuer est indiqué sur le questionnaire.

Après avoir noté chaque question, faites la somme des points attribués pour obtenir un score sur 50.

Si ce score est de 40 ou plus, le risque que le patient commette des erreurs de prise médicamenteuse est faible mais cependant non nul. Si vous avez des doutes, il conviendra de chercher à les confirmer par une autre méthode.

Si le score est inférieur à 40, le risque que le patient commette des erreurs de prise médicamenteuse est élevé. Il faut impérativement explorer de manière plus poussée l'observance du patient.

Résumé

La polymédication est, chez le sujet âgé, fréquente et souvent légitime. Néanmoins compte tenu du terrain, elle augmente le risque iatrogénique et de mauvaise observance des traitements. Prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique.

L'objectif de cette étude consiste à élaborer un "score prédictif de la capacité d'autonomie de prise médicamenteuse des patients âgés de plus de 75 ans polymédiqués" utilisable au quotidien par tout professionnel de santé.

Cette étude transversale, observationnelle, semi-qualitative est un travail de recherche mené par 4 investigateurs au domicile des patients par questionnaires à questions fermées et mise en situation.

Population 99 patients recrutés à Paris auprès de 20 médecins traitants, âgés de plus de 75 ans, ayant au moins 5 médicaments chroniques et gérant leur traitement seuls.

La méthode statistique a été créée pour répondre à cette étude. Elle se compose de 2 étapes: mesure du pouvoir discriminant d'une série de questions par calcul de l'aire sous la courbe ROC et calibration par un test du Khi2.

Le score ainsi élaboré comprend 10 questions qui permettent de dépister 88 % des patients présentant un problème d'autonomie de gestion des prises médicamenteuses dans notre échantillon, en se basant sur 3 axes: la cognition (et la vision), la dextérité et l'implication du patient.

Ce score élaboré, sous réserve de validation de la grille, propose aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes…) pouvant travailler en coordination, un outil permettant de dépister le plus en amont possible les mauvais usages médicamenteux et donc de mettre en place rapidement les aides adaptées afin d'éviter les accidents.

Mots clés

Score - Patient âgé - Polymédiqué - Sécurité du patient - Observance - Iatrogénie - Gestion médicamenteuse

Faculté de médecine Paris Descartes
15, rue de l'école de médecine
75270 PARIS CEDEX 06