



HAL
open science

Quels liens entre une typologie de comportements à risque et la survenue d'événements iatrogènes médicamenteux? Application au patient âgé sous traitement cardiovasculaire

Caroline Thevenet, Alexandre Dieu

► To cite this version:

Caroline Thevenet, Alexandre Dieu. Quels liens entre une typologie de comportements à risque et la survenue d'événements iatrogènes médicamenteux? Application au patient âgé sous traitement cardiovasculaire. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01514419

HAL Id: dumas-01514419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01514419>

Submitted on 26 Apr 2017

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Quels liens entre une typologie de comportements à risque
et la survenue d'événements iatrogènes médicamenteux ?
Application au patient âgé sous traitement
cardiovasculaire.**

THÈSE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ÉTAT

M^{elle} Caroline THEVENET
[Données à caractère personnel]

&

M^r Alexandre DIEU
[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À L'UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE*

Le 21 avril 2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du Jury :

M. Pierrick BEDOUCH, Maître de conférences (UFR de Pharmacie de Grenoble), Praticien hospitalier (CHUGA)

Membres du Jury :

Mme. Nathalie CALOP, Docteur en pharmacie et Docteur es Sciences de l'Education

M. Bernard QUIRICI, Docteur en pharmacie

M. Didier ROUGIER, Docteur en pharmacie

M. Alain FRANCO, Gériatre, Professeur Honoraire de la Faculté de médecine de Grenoble et de Nice.

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

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Christine DEMEILLIERS**

Année 2016-2017

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	BARDET	Jean-Didier	
MCU	BATANDIER	Cécile	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	DPM
DCE	BOULADE	Marine	SyMMES
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	HP2
MCU	BOURGOIN	Sandrine	IAB - CRI INSERM UJF U823
DCE	BOUVET	Raphaël	HP2
MCU	BRETON	Jean	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	HP2 - INSERM U1042
DCE	BROCCO	Benjamin	ILL
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur émérite	CALOP	Jean	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	LAPM - UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	THEREX - TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
DCE	COUCHET	Morgane	LBFA
PU-PH	DANEL	Vincent	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	DPM - UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	LBFA - INSERM U1055
PU	DROUET	Christian	AGIM - CNRS 3405

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PU	DROUET	Emmanuel	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	-
AHU	GARNAUD	Cécile	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 NCRS UJF
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	-
Professeure émérite	GRILLOT	Renée	-
MCU	GROSSET	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	HENNEBIQUE	Aurélie	sous réserve de création de poste
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	KRIVOBOK	Serge	LCBM, IRTSV CEA
DCE	LE	Cong Anh Khanh	CERMAV
PU	LENORMAND	Jean Luc	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	MARILLIER	Mathieu	HP2
PU	MARTIN	Donald	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
AHU	MAZET	Roseline	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe	LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher	LRB
ATER	MORAND	Jessica	HP2
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie	HP2
DCE	NADER	Serge	LCBM
DCE	NGUYEN	Kim-Anh	DPM
MCU	NICOLLE	Edwige	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	DPM- UJF/CNRS UMR 5063
DCE	PERONNE	Lauralie	IAB
MCU	PEUCHMAUR	Marine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	HP2- INSERM U1042

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PAST	RIEU	Isabelle	-
Professeure émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	-
PU-PH	SEVE	Michel	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	TAHER	Raleb	IBS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh	TIMC-IM2AG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir	BCI
PAST	TROUILLER	Patrice	-
DCE	VACHEZ	Yvan	CRI-GIN
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline	CRI-IAB
DCE	VRAGNAU	Charles	UVHCI
PU	WOUESSIDJEWE	Denis	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Roget

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens

Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR: Unité Mixte de Recherche

UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 03 nov.2016

REMERCIEMENTS

Au docteur **Nathalie Calop**, pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Vous nous avez accompagnés tout au long de notre thèse et vous nous avez poussés à nous questionner, à stimuler notre curiosité et à aller au fond des choses. Votre gentillesse, votre œil averti et votre expertise dans ce domaine nous ont permis de mûrir et d'évoluer en même temps que notre travail. Nous sommes ravis que vous ayez dirigé notre thèse.

Au docteur **Pierrick Bedouch**, pour nous faire l'honneur de présider notre thèse. L'iatrogénèse médicamenteuse est un des domaines que vous maîtrisez parfaitement. Vous avez immédiatement répondu présent, et nous vous en remercions.

Au docteur **Bernard Quirici**, pour nous faire l'honneur de participer à notre jury. Vous nous avez présenté Nathalie Calop qui a dirigé notre travail et vous nous avez grandement aidés en recrutant nos patients pour l'étude dans votre pharmacie. Nous vous en remercions.

Au docteur **Didier Rougier**, pour nous faire l'honneur de participer à notre jury. Vous nous avez fait confiance très rapidement, et grâce à votre aide nous avons pu réaliser des entretiens avec des patients de votre pharmacie. Nous vous en remercions.

Au Professeur **Alain Franco**, pour nous faire l'honneur de participer à notre jury. Votre présence permettra de mettre en lumière la coopération médecin-pharmacien, notamment dans la prise en charge des patients âgés sous traitement cardiovasculaire.

Au Professeur **Jean Calop**, pour votre passion de la pharmacie. Vous nous avez guidés durant nos études de pharmacie mais aussi au commencement de ce travail, en nous donnant une méthode et une ligne directrice. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Enfin, nous souhaitons remercier tous nos patients pour le temps qu'ils nous ont consacré.

Remerciements de Caroline :

À toi maman, pour ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille durant ces 6 années d'étude. Si j'exerce aujourd'hui le métier que j'espérais, c'est grâce à ces longues heures passées à me soutenir, à m'encourager et à m'écouter.

À toi papa, tu as dès le début toujours cru en moi et en mes capacités. Tu es le premier que j'ai appelé quand j'ai réussi le concours de première année, j'espère qu'à l'issue de ce travail tu auras la même fierté. Tu es pour moi un réel modèle de réussite.

Grâce à votre soutien et votre amour, vous m'avez permis d'aborder mes années d'étude avec sérénité. Pour tout, merci ! Je vous aime !

À Papillon et Mamie Chut, vous êtes les grands-parents que tout petit enfant pourrait espérer avoir. Grâce à tout votre amour, vous avez fait de mon enfance une des plus belles périodes de ma vie. Pour tout, merci !

À Christine et ses deux étoiles, merci pour ta bienveillance, ta gentillesse et ta générosité à toute épreuve durant ces longues années d'étude.

À Michonnet, le plus fou des papys ! OLE ta Couline passe enfin sa thèse ! YESSS !
Je suis heureuse de partager avec toi beaucoup de souvenirs depuis quelques années : le voyage à l'île Maurice, les restos au lac de Thyez, les parties de pétanque. Quand est-ce qu'on va manger des cuisses de grenouille tous les deux ?

À **mamie Jeanine**, même de là-haut, j'espère que tu es fière !

À **Tonton Sté**, en plus d'être mon oncle, tu es maintenant aussi un confrère. Tu as été le premier à me donner l'envie d'exercer la belle profession que nous partageons. J'espère suivre le même chemin de réussite que le tien.

À **Nadine et Laurent**, ce long travail touche bientôt à sa fin, Caramel devient grande. Vous êtes des parrains et des marraines géniaux avec qui je peux partager de très bons moments !

À **mes cousins, Marie, Laurie, Yann, Axel et Lisa, Thomas**, tous mes souvenirs d'enfance je les partage avec vous. Vous êtes tous les 5 comme des frères et des sœurs. Mes études et ce travail touchant à sa fin, on va maintenant pouvoir plus se voir, c'est promis !

À **Géraldine, Martine et Gérard**, nous nous connaissons que depuis quelques années mais à mes yeux, vous faites entièrement partie de la grande famille Thevenet. Merci pour votre présence à ma soutenance de thèse et votre soutien durant ces 6 années d'étude.

À **Alex** sans qui ce travail n'aurait jamais pu être possible, merci pour ton soutien infailible lors de mes baisses de régime. On aura réussi, sans forcément avoir recours au pacte de bonne entente ! Le meilleur reste à venir ! Je t'aime.

À **toute la famille Dieu**, merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant dans votre famille !

À **Margaret, Amal, Roshan et Arvin**, mes soleils Mauricien ! Vous comptez beaucoup à mes yeux, maintenant que ce long travail touche à sa fin, nous allons pouvoir profiter !

À **Aude et sa petite famille**, je suis très émue de votre déplacement et de votre présence à ma soutenance ! Merci !

À **Alicia, Aniss, Ariane et Cindy**, vous avez été mes compères de pharma ! Sans vous, ces 6 années auraient été bien monotones. Vous êtes tous les 4 très chers à mes yeux ! Heureusement que je ne suis pas allergique à l'O₂, sinon on ne se seraient peut-être jamais rencontrés (rires).

À **mes copines de lycée, Camille, Coralie et Lihn**, l'éloignement durant ces six années d'étude n'a en rien changé notre amitié. J'ai beaucoup de chances de vous connaître et de vous avoir comme amies.

À toutes les personnes que j'ai appris à connaître durant ces six années d'études, je pense notamment à **Héloïse, Magui, Théophile et Morgane** : ça va être le SOOK ce soir ! Mention spéciale pour **Marina**, ma binôme marseillaise d'orthopédie et d'Absolu, merci pour ton soutien durant ces longs mois de travail !

À **Sylvie Sertorio**, je tenais tout particulièrement à vous remercier pour les 6 mois passés dans votre pharmacie. Je parle toujours avec nostalgie de mon passage à la Pharmacie de Montbonnot. J'ai adoré travailler avec vous et votre équipe ! Grâce à vous, j'ai gagné en confiance et je suis maintenant plus à l'aise dans le monde du travail. Pour tout, merci !

À **Brigitte et Laurent Beth**, merci pour la confiance que vous me portez chaque jour alors que je suis toute jeune diplômée. C'est un véritable plaisir de travailler dans votre pharmacie.

À **Véronique et Armelle Baussand**, je garderai toujours un excellent souvenir de mes premiers pas dans le monde de la pharmacie grâce à vous et votre équipe ! Vous m'avez donné l'envie d'apprendre pour devenir un bon pharmacien.

À **tous les amis de la famille**, qui se sont déplacés en nombre pour assister à ma thèse (J-Mi, Clarisse, Philippe, J-Luc, Lucien, Catherine, Didier, Nathalie, Adeline, Dominique, Evelyne, Christian, Nicole, Eric, M-France, Christian, Christine, Patrice). Je suis très touchée de votre présence.

Remerciements d'Alexandre :

À mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Vous m'avez toujours poussé à donner le meilleur de moi-même, en me guidant vers le chemin qui me permettrait de m'épanouir. Papa tu dis toujours qu'il ne faut jamais rien regretter dans la vie, j'ai trouvé ma voie et je ne la regrette pas. Je n'ai pas toujours été très studieux à l'école, mais je crois m'être rattrapé et vous avoir montré que vous ne vous êtes pas investis pour rien derrière moi. Ce travail je vous le dois, comme mon parcours jusque-ici.

À Pierrot, Ninie et Maline, vous avez toujours été là, même quand vous étiez loin de moi. Nous avons grandi différemment des autres fratries de par cet écart d'âge, mais j'en garde un souvenir chaleureux. Les réunions de famille sont toujours une joie, une fête, surtout depuis que vos enfants ont grandi (rire).

À ma grand-mère Jacqueline, pour ton amour, ton affection et ton goût pour la grande cuisine et les produits locaux, que tu as su me transmettre.

À mon grand-père Eugène, que j'aurais aimé plus connaître. Cet attrait pour le large et la cuisine, je l'ai grâce à toi aussi.

À Marcelle, à Jacques, que je n'ai pas eu la chance de connaître, j'espère que vous êtes fiers.

À Myrtille, ce travail nous l'avons surmonté tous les deux, dans les rires et les disputes, aussi rares fut-elles. On va pouvoir relâcher la pression et profiter maintenant. Je t'aime.

À **Nathalie**, qui a toujours été bienveillante avec moi.

À **Alex**, avec qui j'ai partagé tant de choses depuis le début du lycée. On partage de nombreux points communs tous les deux. Je peux toujours compter sur toi, tu es toujours là, même quand tu es à 30 000 pieds.

À **Astrid**, « ma petite beauté ». C'est bientôt ton tour. On a toujours gardé le contact depuis 13 ans. Les concours nous ont fait grandir et évoluer, je ne te cache pas que cette époque me rend nostalgique lorsque j'y repense. C'est toujours un plaisir de vous voir avec la princesse Jérémy. Nos soirées sont toujours épuisantes, mais heureusement que vous êtes plus calmes maintenant qu'il y a Basilou. Bon, Apéro ?!

À **Simon**, sans qui ces études de pharmacie n'auraient pas été si chouettes. Maître dans ton art, tu m'as rapidement initié à ta méthode, furtive, intuitive et exclusive, de la déconne. Quand je pense que pendant plusieurs années, des dizaines de personnes nous ont fait confiance pour prendre la ronéo en cours...

À **Céline, Coco, Théo, Marine, Nico, Magui, Barbie, Cécile, Mathilde, Rom, Anne** ..., j'ai passé tant de merveilleux moments avec vous tous pendant ces études. Le groupe des scandaleux s'en est plutôt bien sorti je trouve, parce qu'à la base, on n'était quand même pas les plus acharnés... enfin, si, à partir du mercredi soir, ça, on l'était !

À **Louis-Victor et Rémi**, c'est toujours un plaisir de se retrouver. C'est trop rare à cause de notre éloignement géographique, et c'est bien dommage.

À **Léo**, t'es le plus vieux pote, je ne te dis pas ici ce que je pense mais tu le sais !

À **toute la famille Thevenet**, vous m'avez accueilli à bras ouverts et chaleureusement, nous passons toujours de bons moments, je vous en remercie.

Enfin, je voudrais remercier Laurent Garnier, Clint Stewart, David August, Daniel Avery, Recondite, Âme... pour leur art.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	5
Table des matières.....	14
Liste des tableaux et figures	19
Liste des abréviations	20
INTRODUCTION	23
REVUE GENERALE DE LA LITTERATURE.....	25
1. L’iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé.....	26
1.1. Le sujet âgé	26
1.1.1. Sujet âgé et vieillissement.....	26
1.1.2. Démographie et espérance de vie	27
1.2. L’iatrogénèse médicamenteuse	29
1.2.1. Définition de l’iatrogénèse médicamenteuse	29
1.2.2. Les effets indésirables.....	30
1.2.3. Les interactions médicamenteuses	31
1.2.4. L’erreur médicamenteuse (EM).....	33
1.2.5. Les évènements indésirables médicamenteux (EIM)	34
1.2.6. Evitabilité de l’iatrogénèse médicamenteuse.....	38
1.3. Conséquences médicales et socio-économiques de l’iatrogénèse médicamenteuse	39
1.4. Tour d’horizon de la lutte contre l’iatrogénèse médicamenteuse	41
1.5. Outils du pharmacien d’officine dans la prévention de l’iatrogénèse médicamenteuse	44
1.5.1. Le pharmacien professionnel de santé	44
1.5.2. Formation continue (34)	45
1.5.3. Dossier pharmaceutique (35) (36)	45
1.5.4. Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) (37)	47
1.5.5. Comité d’Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM) (39).....	48
1.5.6. Logiciels informatiques de gestion officinale (11)	49
1.5.7. Ouvrages à disposition du pharmacien	50

1.5.8.	Liste de Laroche et critères STOPP START	51
1.5.9.	Education thérapeutique du patient (44)	52
2.	Facteurs favorisant l'iatrogénèse chez le sujet âgé.....	53
2.1.	Effets de l'âge sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamie.....	53
2.1.1.	Effet de l'âge sur les paramètres pharmacocinétiques	54
2.1.2.	Effets de l'âge sur les paramètres pharmacodynamiques	60
2.2.	Altération des contrôles homéostatiques	61
2.3.	Polypathologies aiguës et chroniques	62
2.4.	Polymédication	64
2.5.	Automédication de la personne âgée	66
2.5.1.	Choix d'un traitement inadapté voire contre-indiqué	68
2.5.2.	Retard ou erreur de diagnostic	68
2.5.3.	Risque iatrogène (57) (62)	68
2.6.	Prescriptions sous-optimales chez la personne âgée	70
2.6.1.	Excès de traitement = « overuse »	71
2.6.2.	Insuffisance de traitement = « underuse »	72
2.6.3.	Prescription inappropriée = « misuse ».....	73
2.7.	Observance de la personne âgée	74
2.8.	Autres facteurs	78
3.	Médicaments à risque iatrogène chez la personne âgée (74).....	80
3.1.	Médicaments du système cardiovasculaire (75) (12)	80
3.1.1.	Bêta-Bloquants.....	80
3.1.2.	Dérivés nitrés	83
3.1.3.	Inhibiteurs calciques	84
3.1.4.	IEC/ARAII.....	86
3.1.5.	Statines.....	89
3.1.6.	Digoxine.....	91
3.1.7.	Diurétiques thiazidiques (78).....	94
3.1.8.	Diurétiques de l'Anse	96
3.1.9.	Diurétiques épargneurs du potassium	98
3.1.10.	Anti arythmiques (Amiodarone).....	100
3.2.	Médicaments psychotropes (75) (12).....	102
3.2.1.	Benzodiazépines et apparentés	102

3.2.2.	Antidépresseurs.....	103
3.2.3.	Thymorégulateurs	104
3.2.4.	Neuroleptiques	104
3.3.	Anticoagulants (75) (12)	105
3.3.1.	Héparines	105
3.3.2.	Anti-vitamine K et Anticoagulants oraux directs (81).....	106
3.4.	Antidiabétiques (82).....	107
3.4.1.	Metformine	107
3.4.2.	Sulfamides.....	108
3.4.3.	Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase (Acarbose, Miglitol)	109
3.4.4.	Insulines	109
3.5.	Anti-inflammatoires non stéroïdiens (29)	109
3.6.	Antalgiques	110
4.	Entretiens thérapeutiques	112
4.1.	Mode de communication (83).....	112
4.1.1.	Directif.....	112
4.1.2.	Non-directif.....	113
4.1.3.	Semi-directif	113
4.2.	Méthodologie et outils d'entretien	113
4.3.	L'entretien motivationnel (85)	114
MATERIEL & METHODE		116
1.	Objectif de l'étude.....	117
2.	Réalisation des entretiens pharmaceutiques	118
2.1.	Type de communication durant l'entretien.....	118
2.2.	Elaboration du guide thématique	118
2.3.	Réalisation d'entretiens tests	120
2.4.	Critères d'inclusion des patients.....	120
2.5.	Profil des enquêteurs	121
2.6.	Lieux de l'étude.....	121
2.7.	Recrutement de l'échantillon	121
3.	Retranscription des entretiens	123
3.1.	Retranscription mot à mot.....	123

3.2. Classement par hypothèses	123
RESULTATS.....	124
1. Entretiens patients	125
1.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon.....	125
1.1.1. Age.....	125
1.1.2. Sexe.....	125
1.1.3. Statut familial.....	125
1.1.4. Nombre moyen de médicaments cardiovasculaires.....	125
1.2. Caractéristiques des entretiens.....	125
1.2.1. Lieu des entretiens	125
1.2.2. Durées moyennes des entretiens	126
1.2.3. Déroulé de l'entretien	126
2. Recueil des informations	126
2.1. Le patient.....	127
2.1.1. Ses connaissances	127
2.1.2. Ses représentations.....	128
2.2. Influence de l'environnement externe.....	134
2.3. Influence du parcours de soins	136
2.4. Réel de l'activité du patient.....	140
DISCUSSION	142
1. Biais de l'étude	143
1.1. Biais d'inclusion	143
1.1.1. Biais liés au mode de recrutement des patients	143
1.1.2. Biais liés aux caractéristiques de l'échantillon	144
1.2. Biais liés à l'échange	145
1.2.1. Biais spatiaux-temporels.....	145
1.2.2. Biais liés aux enquêteurs.....	146
1.2.3. Biais liés au déclaratif des patients	148
1.3. Biais liés à l'interprétation des résultats.....	150
2. Modélisation d'une typologie de comportements.....	151
3. Mise en perspective des résultats.....	155

CONCLUSION	158
BIBLIOGRAPHIE.....	161
ANNEXES	173
Annexe 1 - Exemples d'effets indésirables provoqués par certains médicaments	174
Annexe 2 - Retranscription des entretiens patients	175
Annexe 3 – Guide thématique d’entretien.....	221
Serment des apothicaires.....	222
RESUME	223

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1- EXEMPLES D'INTERACTION MEDICAMENTEUSE D'ORDRE PHARMACOCINETIQUE..	33
TABLEAU 2 - REPARTITION DE LA GRAVITE DES EFFETS INDESIRABLES.....	40
TABLEAU 3 – PRINCIPES ACTIFS METABOLISES DE FAÇON IMPORTANTE LORS DU PREMIER PASSAGE HEPATIQUE (34)	55
TABLEAU 4 - INTERACTIONS MEDICAMENT-MALADIE CHEZ LA PERSONNE AGEE (42)	63
TABLEAU 5 - TAUX DE CONSOMMATEURS DE MEDICAMENTS EN UN MOIS SELON LA PRESENCE OU NON D'UNE PRESCRIPTION (44)	67
TABLEAU 6 - L'INSUFFISANCE DE TRAITEMENT ET SON RETENTISSEMENT SUR LES PATHOLOGIES CHRONIQUES	72
TABLEAU 7 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES BETA-BLOQUANTS	81
TABLEAU 8 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES INHIBITEURS CALCIQUES	85
TABLEAU 9 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES IEC ET ARAII	87
TABLEAU 10 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES STATINES	90
TABLEAU 11 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES DIGITALIQUES.....	92
TABLEAU 12 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES DIURETIQUES THIAZIDIQUES	94
TABLEAU 13 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES DIURETIQUES EPARGNEURS DU POTASSIUM	98
TABLEAU 14 - EFFETS INDESIRABLES MAJEURS DES ANTI-ARYTHMIQUES	100
FIGURE 1 - MODELE DE J. REASON (20)	35
FIGURE 2 - ADAPTATION DU MODELE DE J. REASON AU PARCOURS DU MEDICAMENT.....	36
FIGURE 3 - REPARTITION DES ERREURS MEDICAMENTEUSES SELON L'ETAPE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT	37
FIGURE 4 - REPRESENTATION SCHEMATIQUE DES PHASES PHARMACOCINETIQUES ET PHARMACODYNAMIQUES	53
FIGURE 5 - REPARTITION DES MALADIES PREVALENTES CHEZ LES PERSONNES AGEES	62
FIGURE 6 - TAUX DE CONSOMMATEURS SELON LA CLASSE THERAPEUTIQUE.....	65
FIGURE 7 - POURCENTAGE D'EFFETS INDESIRABLES LIES AU MEDICAMENT (60).....	66
FIGURE 8 - PENSEE DE PASCAL (1623-1662).....	115
FIGURE 9 - TYPOLOGIE DE COMPORTEMENTS A RISQUE.....	152

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de sécurité
Sanitaire du médicament et des Produits de
Santé

AINS : Anti-inflammatoire Non Stéroïdien

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AOD : Anticoagulant Oral Direct

ARAII : Antagoniste des Récepteurs de
l'Angiotensine II

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Antivitamine K

CKD-EPI: Chronic Kidney Disease
EPIdemiology

CPK : Créatine Phosphokinase

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude
et de Documentation en Economie de la
Santé

CYP : Cytochrome

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DPP4 : Dipeptidyl Peptidase 4

ECG : Electrocardiogramme

EI : Effet Indésirable

EIG : Evènement Indésirable Grave

EIGM : Evènement Indésirable Grave
Médicamenteux

EIM : Evènement Indésirable
Médicamenteux

EM : Erreur Médicamenteuse

ENEIS : Enquête Nationale sur les
Evènements Indésirables associés aux
Soins

ESPS : Enquête sur la Santé et la Protection
Sociale

EVISA : Etude transversale sur les
Evènements Indésirables liés aux Soins
Ambulatoires

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de Bas Poids
Moléculaire

HDL : High Density Lipoprotein

HMGCoA réductase :
Hydroxyméthylglutaryl-CoA réductase

HNF : Héparine Non Fractionnée

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire

HTA : Hypertension Artérielle

IDM : Infarctus du Myocarde

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPDE5 : Inhibiteur de la Phosphodiesterase 5

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

IRSN_a : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LDL : Low Density Lipoprotein

LEEM : Les Entreprises du Médicament

MDRD : Modification of the Diet in Renal Disease

MF_M : Myofasciite à Macrophage

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

OTC: Over The Counter

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

PSA : Antigène Spécifique Prostatique

REEM : Réseau Epidémiologique de l'Erreur Médicamenteuse

RGO : Reflux Gastro Œsophagien

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SMR : Service Médical Rendu

SRAA : Système Rénine Angiotensine Aldostérone

TCA : Temps de Céphaline Activé

TSH : Thyroestimuline

V_d : Volume apparent de Distribution

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »

Louis Pasteur

INTRODUCTION

L'iatrogénèse médicamenteuse cause chaque année un grand nombre d'hospitalisations notamment chez le sujet âgé poly médicamenteux. Avec une population vieillissante, une espérance de vie qui s'allonge et nécessairement une consommation en médicaments qui croît sans cesse, il se pose alors une problématique non résolue d'iatrogénèse médicamenteuse. Les causes de cette iatrogénèse médicamenteuse sont le plus souvent caractérisées et évitables. On retrouve différents facteurs de risques corrélés à cette iatrogénèse, notamment des éléments de constitution du sujet lui-même comme son comportement face à ses médicaments et son environnement. Le coût de cette iatrogénèse médicamenteuse, qu'il soit économique, humain ou médico-social, est bien réel. Il se présente alors comme un fléau de santé publique pour lequel il est important de comprendre l'environnement de déclenchement d'un événement indésirable médicamenteux.

L'apparition de cette iatrogénèse peut en partie se prévenir et se comprendre par la détection des signaux faibles. En intelligence économique on appelle les signaux faibles « les éléments de perception de l'environnement, opportunités ou menaces, qui doivent faire l'objet d'une écoute anticipative, appelée veille, dans le but de participer à l'élaboration de choix prospectifs en vue d'établir une stratégie, et de réduire l'incertitude » (1). Ces signaux faibles, assimilables à des tendances comportementales du patient, peuvent en grande partie être détectés et interceptés par le pharmacien officinal qui entretient un rapport privilégié avec ses patients.

De plus, l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique qui définit les missions des pharmaciens d'officine, mentionne qu'ils « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients ». Depuis la loi HPST de 2009, des entretiens d'éducation thérapeutique sont réalisés pour les patients sous anticoagulant oral (AVK ou AOD) ou asthmatiques.

L'objectif de cette étude est ici de comprendre les typologies de comportements à risques du patient sous traitement cardiovasculaire.

**REVUE GENERALE DE LA
LITTERATURE**

1. L'iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé

1.1. Le sujet âgé

1.1.1. Sujet âgé et vieillissement

L'âge n'étant qu'une mesure physique d'un temps écoulé depuis la naissance, il convient de définir le vieillissement qui en est la représentation. En 1938, dans *Le Schpountz*, de Marcel Pagnol on peut entendre : « on devient vieux quand les jeunes nous abandonnent ». On voit ici que cette notion de vieillissement n'est pas rapportée à l'individu mais à son entourage.

En 1989, l'OMS suggère qu'il n'est pas possible de définir à partir de quel âge on devient une personne âgée, et elle choisit de définir 60 ans comme âge de transition, et au-delà de 80 ans comme étant le grand âge. (2)

En soi, les notions de vieillissement et de sujet âgé sont des termes relativement subjectifs et leur définition dépendra d'un point de vue ou d'un domaine d'activité.

Pour la suite nous allons prendre la définition de l'HAS (Haute Autorité de Santé) qui définit le sujet âgé comme étant une personne de plus de 75 ans ou plus de 65 et poly pathologique. Selon le dictionnaire Larousse[®], le vieillissement est le fait de devenir vieux, c'est un ensemble de phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort. (3)

On peut définir trois types de vieillissement (4) :

- Le vieillissement habituel avec des atteintes physiologiques de certaines fonctions.

- Le vieillissement réussi ou optimal, associé à la longévité, au bien-être général et à l'absence de pathologies. Il est estimé entre 12 et 58 % de la population âgée (ici selon l'OMS : plus de 60 ans). (2)
- Le vieillissement pathologique associé aux morbidités : affections cardiovasculaires, neurologiques, démence...

Il sera important de comprendre pourquoi dans la majorité des cas, le vieillissement entraîne une fragilité, autrement dit une diminution des réserves adaptatives, et donc une vulnérabilité. Les personnes âgées sont fréquemment polypathologiques et atteintes de maladies chroniques et font naturellement l'objet de polymédications. Plus l'âge avance, plus les prises de médicaments relatifs à une prescription se multiplient, auxquelles s'ajoutent des produits d'automédication ou de conseil.

1.1.2. Démographie et espérance de vie

Le vieillissement démographique est l'un des plus grands triomphes de l'humanité. Ce vieillissement de la population pose un grand nombre de questions aux générations en place quant à la prise en charge des personnes âgées et leur coût pour la société. Cependant, les personnes âgées constituent une ressource précieuse mais souvent méconnue, qui fournit une contribution importante au tissu social.

Cette population de sujets âgés va s'accroître dans les années à venir, notamment avec le phénomène de la génération baby-boom qui avait entraîné un pic du taux de natalité à l'après-guerre et surtout grâce à l'espérance de vie qui s'allonge.

L'espérance de vie à la naissance, qui représente la durée de vie moyenne d'une génération soumise aux conditions de mortalité de l'année (5), n'a cessé d'augmenter depuis le début du XXème siècle grâce aux progrès des normes sanitaires et sociales. En France dans les années 1900, cette espérance de vie était de 45,4 pour les hommes et 48,7 ans pour les femmes, passant à 79,2 et 85,4 ans en 2014 (6). Les projections de l'INSEE prévoient qu'à l'horizon 2050 un habitant sur 3 sera âgé de 60 ans et plus contre un habitant sur 5 en 2005 (avec une population de 70 millions en 2050 contre environ 60 millions en 2005) (7). Une autre hypothèse propose une espérance de vie moyenne à la naissance de 89 ans pour les femmes en 2050. (8)

On comprend bien ici que la dépense de médicaments ne cessera d'augmenter dans les années à venir avec l'accroissement de la population et sa propension à vivre de plus en plus longtemps, grâce notamment aux progrès de la science en matière de santé et de l'industrie pharmaceutique.

L'année 2015 a été marquée, pour la première fois depuis 1969, par un recul de l'espérance de vie de 0,3 an pour les hommes et de 0,4 an pour les femmes. L'Insee estime que le recul de l'espérance de vie en France l'an dernier est lié essentiellement à la hausse de la mortalité chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Diverses hypothèses viennent argumenter cette baisse comme de nombreux cas de grippe ou un état caniculaire prolongé durant l'été 2015, mais il serait intéressant d'incrémenter dans ces hypothèses la probable part de l'iatrogénèse médicamenteuse.

Tout l'enjeu ici est d'appréhender cette iatrogénèse médicamenteuse qui, on le verra plus loin, prédomine chez le sujet âgé et est responsable de nombreuses conséquences.

1.2. L'iatrogénèse médicamenteuse

1.2.1. Définition de l'iatrogénèse médicamenteuse

L'iatrogénèse, du Grec « iatros » : médecin et « génos » : origine, cause, se traduit littéralement par quelque chose « qui est provoqué par le médecin ». On comprend ici que l'on parle de tout acte de médical ayant des conséquences sur l'état de santé d'un individu.

Pour ce qui concerne l'iatrogénèse médicamenteuse, elle regroupe l'ensemble des manifestations indésirables pour le patient consécutif à l'administration d'un ou de plusieurs médicaments.

Cette iatrogénèse médicamenteuse représente un problème majeur de santé publique. En 2006, l'assurance maladie édite un rapport « prévention des risques médicamenteux : l'assurance maladie s'engage pour prévenir la iatrogénèse » où elle place l'iatrogénèse comme un enjeu de santé publique prioritaire. Selon ce rapport, la France se place dans les premiers pays consommateurs de médicaments en Europe. Sur l'enquête téléphonique réalisée auprès de 1000 personnes, 42 % des interrogés ont connu des effets indésirables liés à des médicaments, soit personnellement (18 %), soit dans leur entourage (24 %) (9). De plus, elle serait responsable d'environ 10 % à 20 % des hospitalisations chez le sujet de plus de 65 ans en France. (10)

En 2012, le LEEM évaluait à 143.915 le nombre d'hospitalisations dues « aux effets secondaires connus des médicaments ou à des erreurs humaines » (11). Malheureusement, il ne s'agit ici que de cas révélés par une pharmacovigilance encore trop lacunaire, car il n'existe pas en France de système assez fiable et adapté pour estimer précisément l'ampleur de l'iatrogénèse médicamenteuse. Ceci s'explique par :

- La difficulté du patient ou de l'entourage à identifier la relation entre la prise de médicament et l'effet subi.

- Lors de la détection, les professionnels de santé peuvent hésiter à le déclarer par manque de temps et de peur de voir leur responsabilité engagée dans un monde de plus en plus judiciairisé.
- L'inexistence d'une chaîne de soins documentée, un dossier partagé, sur le patient, regroupant médecins, infirmiers, famille, laboratoires, analyses...

Ainsi, on estime qu'il y a environ 15 000 morts chaque année en France, dû à l'iatrogénèse médicamenteuse (12). Cette iatrogénèse médicamenteuse serait responsable de 0,5 à 2 % des consultations en médecine ambulatoire et 4 à 10 % des admissions à l'hôpital. (13)

Elle peut être la conséquence d'un ou des effets indésirables d'un ou de plusieurs médicaments, par l'interaction entre médicaments ou bien résulter d'une erreur médicamenteuse.

1.2.2. Les effets indésirables

Cette iatrogénèse peut survenir au détour d'un ou de plusieurs effets indésirables du médicament. La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), avec le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, définit l'effet indésirable médicamenteux comme « une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique. ». (14)

Ils sont pour la grande majorité documentés et interviennent dans le cadre d'une utilisation optimale du produit, conforme aux recommandations, comme par exemple la toux provoquée par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Cette classe de médicaments est utilisée pour

diminuer la résistance artérielle périphérique, permettant de diminuer la tension artérielle chez le patient hypertendu ou de faciliter le travail du cœur chez l'insuffisant cardiaque. L'action de l'inhibiteur sur cette enzyme de conversion n'est malheureusement pas limitée à un effet artériel et cardiaque. L'enzyme de conversion entraîne d'une part une vasoconstriction (effet que l'on cherche à contrer en prenant le médicament) mais d'autre part elle induit la dégradation de la bradykinine, substance vasodilatatrice et supposée responsable d'une toux. En inhibant l'enzyme de conversion, l'effet recherché au niveau cardiovasculaire est atteint mais l'absence de dégradation de la bradykinine cause une toux sèche dérangeante pour le sujet (15). D'autres exemples fréquents se trouvent en annexe 1.

1.2.3. Les interactions médicamenteuses

L'interaction médicamenteuse concerne elle l'administration simultanée de plusieurs médicaments conduisant à potentialiser ou minimiser les effets thérapeutiques ou indésirables d'au moins un de ces médicaments. (16)

Elle est définie selon quatre stades de gravité (17) :

- Contre-indication : caractère formel, ne doit pas être transgressé.
- Association déconseillée : doit être évitée sauf après examen du rapport bénéfice/risque et surveillance du patient.
- Précaution d'emploi : association possible s'il y a respect des recommandations permettant d'éviter la survenue de l'interaction.
- À prendre en compte : il s'agit d'un risque de cumul d'effets indésirables où il revient au médecin et au pharmacien d'évaluer l'opportunité de l'association.

Cette interaction peut être d'ordre pharmacocinétique ou pharmacodynamique :

- Interaction pharmacocinétique : perturbation des différentes phases du devenir du médicament chez le patient : absorption, distribution, métabolisme et élimination. Le tableau ci-dessous présente un exemple fréquent d'interaction pharmacocinétique pour chaque phase.

<i>Phase pharmacocinétique</i>	<i>Mécanisme d'interaction</i>	<i>Exemple courant</i>
Absorption	Modification de la biodisponibilité d'un produit par modification de la vitesse d'absorption ou de la quantité absorbée.	Prise rapprochée et concomitante d'un absorbant intestinal (pansement digestif comme la Diosmectite) pour traiter une diarrhée aiguë et d'un médicament traitant l'hypothyroïdie. Cela entraîne une diminution voire une absence d'absorption du second, avec baisse d'efficacité et donc absence de supplémentation en hormone thyroïdienne.
Distribution	Modification de la part du médicament lié aux protéines plasmatiques par compétition. (Principalement l'Albumine).	Les fibrates administrés en même temps que les AVK, entraînent un déplacement de l'AVK de sa liaison plasmatique, accentuant sa fraction libre et donc le risque hémorragique.
Métabolisme	Des perturbations peuvent intervenir du fait de la métabolisation de deux médicaments par le même système enzymatique ou par l'action d'un médicament, inducteur ou inhibiteur enzymatique sur ce même cytochrome.	La Clarithromycine (macrolide, antibiotique) est un inhibiteur du CYP3A4, et l'Atorvastatine (inhibiteur de l'HMG CoA réductase, hypocholestérolémiant) est un substrat du CYP3A4. L'administration concomitante de ces deux médicaments entraîne une augmentation de la concentration en atorvastatine avec un risque accru de rhabdomyolyse.

Elimination

Des interactions peuvent survenir lors de la filtration glomérulaire et lors de l'élimination.

Les sels de lithium (thymorégulateur) sont éliminés au niveau rénal. Une déplétion hydrosodée, entraînée par exemple par un diurétique de l'anse, majore la réabsorption du Carbonate de Lithium et augmente donc sa concentration sanguine en diminuant son élimination.

Tableau 1- Exemples d'interaction médicamenteuse d'ordre pharmacocinétique

- Interaction pharmacodynamique : effets divergents ou additions d'effets convergents. Ces interactions sont plus ou moins communes aux substances d'un même groupe thérapeutique. Elles concernent des médicaments ayant des propriétés pharmacodynamiques ou des effets indésirables communs, complémentaires ou antagonistes vis-à-vis d'un même système physiologique. Par exemple l'addition d'effets bradycardisants entre un Bêtabloquant et un anti-arythmique majorant le risque de torsades de pointes. (18)

1.2.4. L'erreur médicamenteuse (EM)

Ces événements indésirables peuvent survenir en dehors du cadre normal d'utilisation, c'est-à-dire résultant d'une erreur médicamenteuse. Le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse la définit comme un « écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient. L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. ». (14)

L'erreur médicamenteuse peut être avérée ou potentielle. Une EM potentielle est une erreur ayant été interceptée par les professionnels de santé, le patient, ou son entourage. L'EM avérée, elle, s'est effectivement produite et est parvenue jusqu'au patient sans avoir été interceptée.

Par ailleurs, un événement indésirable médicamenteux peut être considéré comme l'effet indésirable d'un médicament et provenir d'une erreur médicamenteuse, mais une erreur médicamenteuse peut survenir sans pour autant qu'il y ait de conséquence pour le patient.

La conclusion quant à cette erreur médicamenteuse est qu'elle est évitable.

1.2.5. Les événements indésirables médicamenteux (EIM)

Le dictionnaire de l'erreur médicamenteuse définit l'événement indésirable médicamenteux comme un « dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins. L'événement indésirable médicamenteux peut se traduire, notamment : par l'aggravation de la pathologie existante, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme, une réaction nocive due à la prise d'un médicament ».

Le modèle de fromage suisse de James Reason (19) ci-dessous, appelé modèle de l'erreur humaine, nous explique que les accidents sont la conséquence d'une succession de faits, de comportements et d'erreurs. Ces travaux consacrés à la gestion des risques montrent que les accidents ne résultent jamais des seules erreurs humaines mais d'une suite de facteurs favorisants.

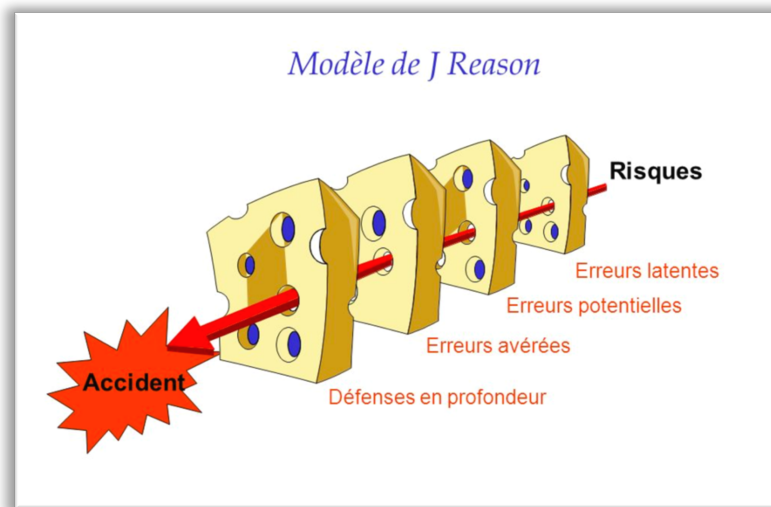


Figure 1 - Modèle de J. Reason (20)

Ce chercheur a travaillé à caractériser la survenue d'erreur dans divers domaines, notamment en aéronautique. J. Reason constate que la grande majorité des accidents industriels impliquent l'erreur humaine et que cette erreur est inséparable de l'intelligence humaine. Il distingue différentes causes de défaillance : les défaillances patentes, dites actives, et les défaillances latentes. La défaillance latente est une caractéristique du système ayant contribué à l'accident, comme par exemple un manque de communication entre le médecin et le pharmacien. La défaillance patente, elle, est l'erreur de l'acteur qui sera en contact avec l'accident, comme par exemple le patient qui oublie de prendre son traitement. Il propose de lutter contre l'erreur par un système sûr de défenses en profondeur, où une défense seule ne peut pas garantir l'absence d'erreur mais où l'empilement des défenses confère une fiabilité acceptable au système.

Ce modèle se transpose facilement au domaine de la santé et à l'erreur médicamenteuse. On peut ainsi interpréter le modèle de J. Reason de la manière suivante :

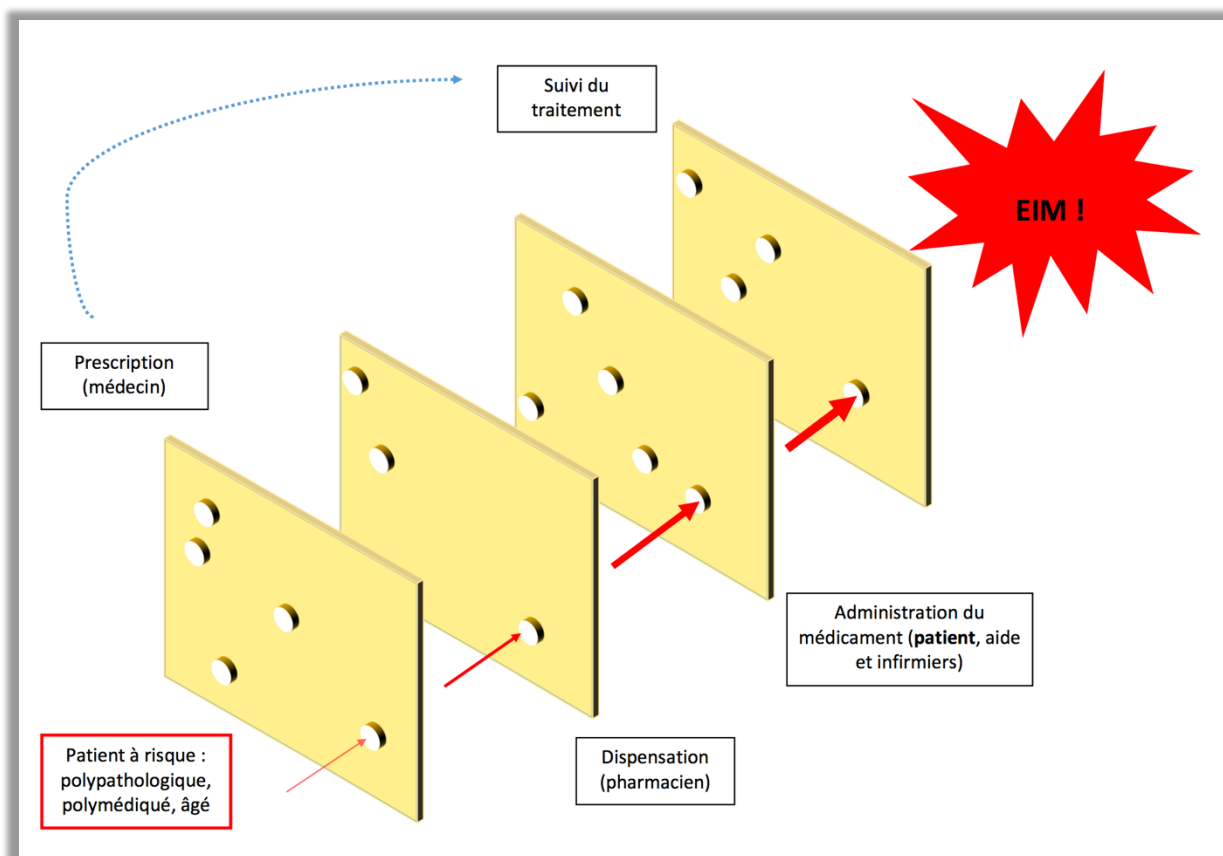


Figure 2 - Adaptation du modèle de J. Reason au parcours du médicament

Cette erreur médicamenteuse peut survenir lors de la prescription par le médecin ou la dispensation par le pharmacien. Une erreur peut intervenir aussi à l'administration par l'infirmier, par le patient lui-même ou encore au niveau du suivi thérapeutique. Elle peut intervenir tout au long du circuit du médicament et concerne tous les acteurs, notamment le patient qui est l'acteur de sa santé, et peut potentiellement se transformer en accident, autrement dit en événement iatrogène médicamenteux (EIM).

Il est difficile d'analyser d'où vient l'erreur responsable d'un événement indésirable médicamenteux en ambulatoire, mais cela a été réalisé en 2005 à partir de 458 notifications spontanées d'erreurs médicamenteuses potentielles et avérées du réseau REEM (Réseau

épidémiologique de l'erreur médicamenteuse). Selon l'étape du circuit du médicament, nous avons la répartition suivante :

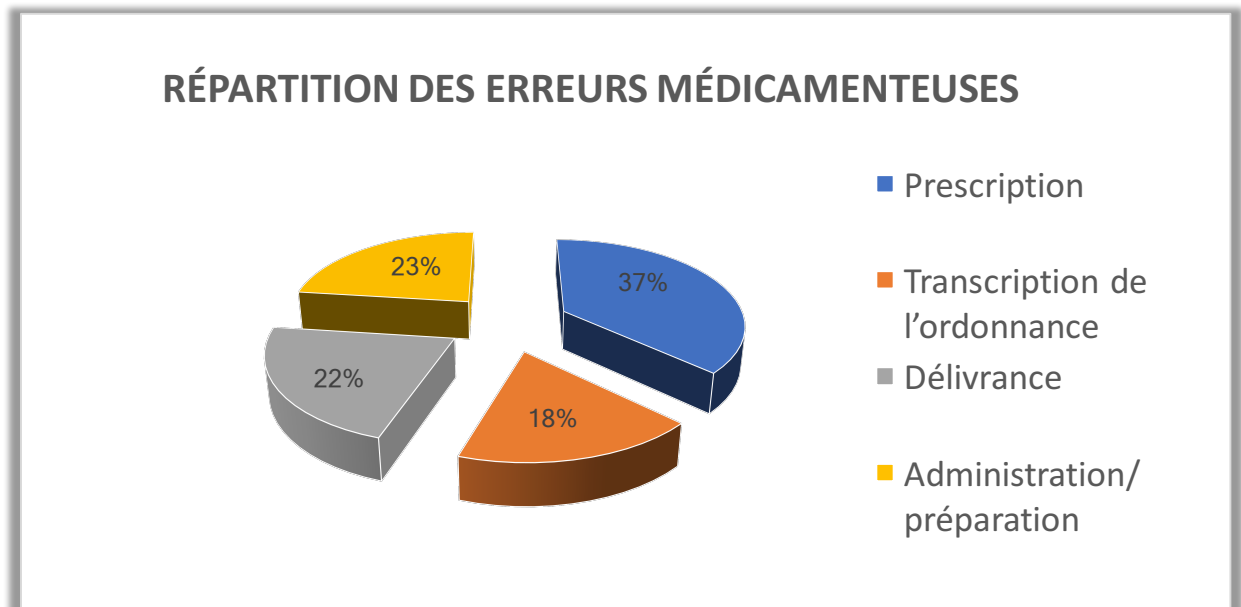


Figure 3 - Répartition des erreurs médicamenteuses selon l'étape du circuit du médicament

Il est à noter que la plus grande part de détection des erreurs médicamenteuses est attribuée au pharmacien hospitalier grâce à l'analyse pharmaceutique avec 42 % de détection. (21)

Un exemple d'événement indésirable médicamenteux, consécutif à une erreur médicamenteuse avérée, est une hémorragie due à un surdosage en AVK (Anti-Vitamine K), par absence de suivi ou d'éducation thérapeutique du patient et de son INR (International Normalized Ratio). C'est la première cause d'accidents iatrogènes médicamenteux, responsable de 17 000 hospitalisations en France. (22)

L'AVK est une classe de médicaments appartenant aux anticoagulants oraux (anti thrombotiques). Une de ses indications est la prévention des thromboses lors d'une fibrillation auriculaire paroxystique. Ce médicament nécessite une surveillance étroite de l'INR, reflet de

l'état de la coagulation sanguine. Un sous dosage du médicament peut entraîner un risque accru de thrombose alors qu'un surdosage entraîne un risque d'hémorragie. (23)

Pour finir, le dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse de la SFPC permet de définir l'effet indésirable grave (EIG) comme étant un « dommage survenant chez le patient, lié aux soins plutôt qu'à sa maladie sous-jacente et répondant à certains caractères de gravité, tels que décès, mise en danger de la vie du patient, hospitalisation ou prolongation de l'hospitalisation, entraînant une incapacité ou un handicap à la fin de l'hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ». (14)

1.2.6. Évitabilité de l'iatrogénèse médicamenteuse

L'évitabilité de l'événement indésirable se définit comme ce qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante. (14)

L'enquête ENEIS (Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins) a été menée en 2004 et en 2009 afin d'estimer l'incidence et la part d'évitabilité des EIG (événements indésirables graves) en établissement de santé public et privé.

Les résultats de cette étude font ressortir que sur 8269 patients, 374 EIG ont été caractérisés dont 123 (32,9 % des EIG) étaient des EIGM (événement indésirable grave médicamenteux). Plus de la moitié de ces EIGM (51,2 %) étaient considérés comme évitables (24). Pour résumer, un tiers des événements indésirables étaient liés au médicament, dont la moitié était considérée comme évitable.

Enfin, cette étude confirme la fragilité et l'exposition particulière du sujet âgé face à l'iatrogénèse médicamenteuse, car 71 % des événements indésirables graves médicamenteux concernaient des personnes de plus de 65 ans.

En ce qui concerne l'ambulatorio, l'incidence des accidents iatrogéniques survenant chez des sujets âgés à domicile a été estimée à 50/1000 (5%) personnes années, dont 27,6 % ont été considérés comme évitables (25). La majorité des erreurs se situe au niveau de la prescription (erreur de choix du médicament, plus rarement de la dose), du suivi du traitement (clinique et/ou biologique) ou d'un déficit d'éducation du malade.

1.3. Conséquences médicales et socio-économiques de l'iatrogénèse médicamenteuse

Une étude de 2005 en rapport avec ces conséquences et portant sur 6 mois, relève 115 cas d'effets indésirables pour 113 malades. Descriptive, prospective et non comparative, elle est basée sur des notifications spontanées du centre de pharmacovigilance avec une moyenne d'âge de 59,5 ans. Les atteintes les plus fréquentes sont cutanées et hématologiques avec principalement les médicaments de la sphère cardiovasculaire et les psychotropes. La répartition de la gravité des effets indésirables est résumée dans le tableau ci-dessous. (26)

<i>Gravité</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>%</i>
Non graves	43	37,4
Graves	72	62,6
Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation	56	48,7
Séquelles	5	4,3
Mise en jeu du pronostic vital	3	2,6

Décès	17	6,1
Malformations	1	0,9
Total	115	100

Tableau 2 - Répartition de la gravité des effets indésirables

On voit ici que la majorité des effets indésirables étaient graves et que la moitié de ces effets indésirables totaux ont entraîné une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation.

Les conséquences médicales de ces effets indésirables se sont manifestées pour la moitié par la consultation chez le médecin généraliste, mais ont aussi pu entraîner des interventions chirurgicales. Ces événements indésirables étaient de sévérité et de types variables : difficulté à la marche, choc anaphylactique, hémiplégie, nécrose, convulsions, pigmentation cutanée...

Ils deviennent à leur tour l'origine de diverses conséquences sociales. On retrouve dans l'étude les arrêts de travail (11,3 %) ou des séquelles (4,3 %) dégradant l'autonomie des activités de la vie quotidienne (26). On devine aussi le coût psychologique et humain lié à la désocialisation potentielle du patient, la perte de repères ou encore une perte de confiance envers la médecine et les équipes de soignants ou le médicament, abaissant l'observance aux traitements essentiels.

De tout cela en découle les conséquences économiques pour la société et pour le patient. Il est très difficile d'estimer encore aujourd'hui ce coût économique par manque de données et d'efficacité des outils d'évaluation et de prise en compte de l'iatrogénèse. Il est donc très difficile de trouver une étude précise et globale portant sur le coût réel de l'iatrogénèse en France dans la littérature. (11)

Dans l'étude précédente, le coût global moyen était estimé à 5305 euros par effet indésirable.

Ceci étant une moyenne, le coût direct d'un événement indésirable ayant entraîné des séquelles est estimé à 27470 euros. Ce coût provient de la mise en place de soins infirmiers, de consultations, d'hospitalisations etc...

D'autre part, dans l'étude EVISA (événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers) de 2009, les données médico-économiques des séjours hospitaliers causés par un événement indésirable (EI) lié aux soins extrahospitaliers ont été évaluées. Ce coût est estimé entre 526 et 98 881 euros mais le plus important ici est que le coût des EI évitables est supérieur à celui des EI non évitables. Il est à noter que l'on parle ici des événements indésirables totaux, mais les proportions d'EIG liés au médicament dans cette étude représentent 75,3 % des EI totaux. (27)

1.4. Tour d'horizon de la lutte contre l'iatrogénèse médicamenteuse

Une des premières enquêtes sur l'iatrogénèse médicamenteuse et sa prévention, menée par le professeur P. Queneau et son équipe, avait été demandée par Bernard Kouchner alors secrétaire d'état à la santé en 1998. (28)

Les propositions afin de diminuer l'iatrogénèse évitable ont été de créer des structures de vigilance thérapeutique (le comité de lutte contre l'iatrogénèse, l'observatoire national de l'iatrogénèse et de la vigilance thérapeutique, les banques de données...) et de mieux former et informer les professionnels de santé. Notamment les pharmaciens en améliorant leur formation initiale et continue dans le domaine de l'iatrogénèse et sa prévention. Pour ce qui était de l'officine, il était question de sécuriser la dispensation : vigilance scientifique, expliquer l'ordonnance et vérifier que cela soit compris par le patient... Globalement, veiller à la qualité et à la sécurisation de la dispensation et au rôle de conseil et d'écouter du pharmacien.

Le cadre de la prévention de cette iatrogénèse était encore assez étroit et ces recommandations n'ont pas été mises pleinement en œuvre n'améliorant pas la situation. (11)

C'est en 2005 que les recommandations de l'AFSSAPS pour prévenir l'iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé mettent en avant la prise en compte des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques du médicament chez le patient âgé, la surveillance biologique accrue et la pharmacovigilance. Les conseils adressés au pharmacien d'officine insistent sur la compréhension du patient et de son environnement pour garantir une prise optimale du traitement : s'assurer de la compréhension du traitement par la patient ou l'entourage, écrire lisiblement sur les boîtes, évaluer l'observance et la surveillance... (29)

Du côté de la prescription, l'HAS a mis en place les programmes PMSA (prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) qui a édité des fiches de documentation et outils destinés à aider le prescripteur dans la prévention de cette iatrogénèse.

En 2006, sort un mémo « benzodiazépines » destiné à aider les médecins dans leur choix de prescription et d'arrêt des benzodiazépines chez le patient. Ce guide sert aussi à les raisonner sur une trop grande prescription de benzodiazépines chez le sujet âgé responsable d'une part importante de l'iatrogénèse médicamenteuse. (30)

D'autres thèmes ont été développés les dernières années et mis à disposition des médecins.

La liste de Laroche, adaptée des critères de Beers (1991), recense les médicaments inappropriés (balance bénéfice/risque défavorable) dont l'utilisation doit être évitée chez les patients de plus de 75 ans. On y retrouve les médicaments neuroleptiques à effet anticholinergique, les AINS, les anxiolytiques ... (29)

L'étude ENEIS demandée par le ministère des affaires sociales et de la santé pour la première fois en 2004 concluait sur des objectifs afin de réduire l'iatrogénèse.

L'objectif n°27 de la loi n°2004-806 de santé publique, en 2004, était de réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse en ambulatoire et entraînant une hospitalisation de 130 000 sujets par an à moins de 90 000 d'ici 2008.

La comparaison des deux études (2004 et 2009) ne montre pas de différence significative (31) entre la densité d'incidence des EIGM de 2004 et ceux de 2009, cette absence d'amélioration étant à nuancer légèrement avec l'accroissement de la population et les biais de comparaison des 2 études. De plus, il faut relativiser l'absence d'évolution de ces indicateurs, on ne peut pas conclure à l'absence de changements en termes de prévention et de comportements des acteurs du système de santé qui ne sont pas incémentés dans les résultats de ces études. En effet « l'augmentation de la complexité technique des actes et des contraintes organisationnelles et budgétaires, avérée sur la période étudiée, aurait notamment pu conduire à une augmentation des risques et de la fréquence des EIG. »

En mai 2015, le LEEM (les entreprises du médicament) lance une campagne de lutte contre l'iatrogénèse. Elle comporte une affiche de campagne, des quizz sur le site internet ainsi qu'un communiqué de presse prodiguant 10 conseils pour un bon usage des médicaments : je respecte la posologie, je ne décide jamais moi-même d'interrompre le traitement, je fais un bilan régulier ... On trouve aussi les signaux d'alerte des accidents médicamenteux : fatigue, diminution de l'appétit, vertiges... (32)

Selon l'article 55 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, en 2016, l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) projette de faire 100 millions d'euros d'économie sur le budget national grâce à la lutte contre l'iatrogénèse médicamenteuse. (33)

Cela montre qu'aujourd'hui encore l'iatrogénèse médicamenteuse est un enjeu de santé publique. Sachant que 90 % des personnes âgées vivent à leur domicile (INSEE) et que 75 % des prescriptions sont réalisées par les médecins généralistes, l'efficacité de la lutte contre l'iatrogénèse médicamenteuse chez les personnes âgées passe par un renforcement des moyens mis en œuvre dans le secteur de soins, notamment grâce au pharmacien qui est à même de capter les signaux faibles et intercepter les risques.

1.5. Outils du pharmacien d'officine dans la prévention de l'iatrogénèse médicamenteuse

1.5.1. Le pharmacien professionnel de santé

En plus de sa capacité à dispenser le médicament en officine, c'est-à-dire la délivrance du médicament après avoir effectué une analyse pharmaceutique, le pharmacien a aussi l'obligation d'éduquer le patient. Ceci est inscrit au code de déontologie et au code de la santé publique sous l'article R. 4235-2 qui précise en effet que le pharmacien "doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale". Dans ce cadre-ci, les rôles du pharmacien sont multiples :

- Sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage.
- Aider le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements.
- Promouvoir le bon usage du médicament.
- Apprendre et renforcer les techniques particulières de prise de certains médicaments.
- Aider le patient à l'apprentissage de l'autosurveillance.
- Soutenir et accompagner les patients.

1.5.2. Formation continue (34)

Afin d'assurer son rôle de garant du bon usage du médicament, le pharmacien d'officine a également un devoir de formation continue. Il doit suivre les avancées scientifiques ainsi que les évolutions législatives et réglementaires de manière permanente. Pour cela, un dispositif a été mis en place : le développement professionnel continu (DPC). Cet outil permet aux pharmaciens d'actualiser leurs connaissances et d'améliorer continuellement leurs pratiques. Ce dispositif est une obligation légale pour tous les pharmaciens en exercice. Depuis le 1^{er} janvier 2017, le DPC est passé d'annuel à triennal, imposant la validation de deux actions de DPC de types différents (parmi la gestion des risques, la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles) à minima tous les 3 ans.

Mis à part le DPC, les pharmaciens ont accès à de nombreuses autres formations pouvant être réalisées en présentiel ou en E-learning, assurant ainsi une mise à jour continue de leur formation initiale. Ainsi, dans le cadre du risque iatrogène chez la personne âgée, il existe des formations ciblées sur le sujet âgé, permettant au pharmacien :

- de mieux connaître les spécificités du sujet âgé : vieillissement physiologique et conséquences sur la pharmacocinétique des médicaments
- d'éduquer le patient vis à vis du risque iatrogène et d'en prévenir ainsi la survenue

1.5.3. Dossier pharmaceutique (35) (36)

Le dossier pharmaceutique (DP) d'un patient regroupe la liste des médicaments délivrés au cours des 4 derniers mois, qu'ils soient prescrits par un médecin ou conseillés par le pharmacien. Cette liste contient uniquement les codes CIP (Code Identifiant de Présentation) des médicaments dispensés, leur quantité et la date de leur délivrance. Le nom du prescripteur et le nom de la pharmacie restent anonymes. L'ouverture du DP se fait informatiquement et le

patient doit obligatoirement donner son accord et signer un papier attestant l'ouverture de son dossier. L'accord d'un patient recueilli dans une officine est valable dans toutes les autres.

En regroupant l'ensemble des traitements du patient, le DP assure une vision plus large au pharmacien sur l'ensemble des médicaments que le patient prend.

Le DP est un véritable outil de prévention de l'iatrogénèse médicamenteuse dans 3 situations essentielles :

- Lors d'une interaction médicamenteuse entre deux traitements : par exemple, le patient prend régulièrement son traitement anticoagulant dans sa pharmacie de quartier mais lors d'un week-end, un médecin de garde lui prescrit du Bi-profenid® pour de violentes douleurs lombaires. Grâce à l'ouverture de son DP, nous prenons connaissance de son traitement chronique par Coumadine® qui contre indique la prise d'anti-inflammatoire. Nous interceptons ainsi une interaction médicamenteuse pouvant entraîner des complications potentiellement graves pour le patient. En effet, cette association peut augmenter le risque hémorragique causé par la Coumadine®.
- Lors d'une redondance de traitement : ce cas peut survenir en cas de nomadisme médical ou lorsque deux médecins prescrivent des traitements semblables. Par exemple, un patient est suivi pour son hypertension artérielle traitée par IEC par son cardiologue et également par son médecin généraliste. Admettons que le cardiologue décide de remplacer son IEC par un autre IEC sans donner plus d'explication au patient. Si le patient va chercher son nouveau traitement dans une pharmacie différente de sa pharmacie habituelle, sans le dossier pharmaceutique, le pharmacien ne peut pas savoir que le patient a déjà un traitement antihypertenseur par IEC. Ainsi, un risque non négligeable d'hypotension est envisageable.

- Lors d'une contre-indication physiopathologique : le DP ne contient pas la liste des antécédents pathologiques du patient mais seulement la liste des médicaments délivrés au cours des derniers mois. Cependant, grâce à cette liste et grâce à ses connaissances médicales et pharmaceutiques, le pharmacien peut en déduire la pathologie du patient et ainsi être plus précis lors d'un conseil ou lors d'une analyse d'ordonnances. Prenons l'exemple d'un patient sous traitement BASIC suite à un infarctus du myocarde. Celui-ci se présente à la pharmacie pour acheter une boîte d'Actifed® pour soigner son rhume, grâce à l'ouverture de son DP nous pouvons lui indiquer que son antécédent cardiovasculaire lui contre-indique l'utilisation d'un vasoconstricteur.

Ainsi, les objectifs du DP sont de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments.

1.5.4. Centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) (37)

Selon le Code de la Santé Publique (CSP), la pharmacovigilance a pour objet « la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés à l'article L.5121-1 du CSP, que ce risque soit potentiel ou avéré. »

Le pharmacien a ainsi pour obligation de déclarer auprès du centre régional de pharmacovigilance dont dépendent les patients, ou le professionnel de santé, tout effet indésirable suspecté d'être dû à la prise d'un médicament. Grâce à ces déclarations, il est possible de déterminer l'imputabilité d'un médicament dans la survenue d'accidents iatrogènes et ainsi d'en prévenir les survenues ultérieures. (38)

Cependant, malgré ce dispositif, il est difficile de cerner avec précision les dommages réels provoqués par l'iatrogénèse médicamenteuse car il y a une sous déclaration des événements indésirables. En effet, pour la plupart des patients, il est parfois difficile d'établir un lien entre

la prise d'un médicament et l'apparition d'un effet indésirable pouvant avoir des conséquences sur leur état de santé ou leur qualité de vie. Les pharmaciens, quant à eux, même s'ils arrivent à établir ce lien, hésitent encore beaucoup trop à déclarer un effet indésirable. Selon la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la Santé), les principales raisons sont la peur de voir leur responsabilité engagée, leur méconnaissance de la notion d'amélioration de la qualité des soins par le système de signalements des effets indésirables, par manque de temps ou en raison d'une mauvaise ergonomie des systèmes de signalement (11).

Pour essayer d'augmenter la déclaration en ligne, le ministère de la santé a modernisé récemment le dispositif de signalement en ligne. Auparavant, il fallait utiliser un formulaire téléchargeable sur le site de l'ANSM, désormais, les patients et les professionnels de santé, dont le pharmacien, peuvent utiliser un site (signalement-sante.gouv.fr) qui est beaucoup plus simple d'utilisation. Ce nouveau moyen de déclaration en ligne pourrait permettre d'accroître le nombre de signalements.

En pratique, et notamment chez les personnes âgées, leur polypathologie associée à leur polymédication rendent difficile l'imputabilité d'un médicament sur leur état de santé et par conséquent une notification au centre de pharmacovigilance.

1.5.5. Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française (CESPHARM) (39)

Ce comité a pour vocation d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Il a différentes missions :

- contribuer à l'information et à la formation des pharmaciens dans le domaine de la santé publique par l'intermédiaire de fiches techniques : « recommandations sanitaires pour le voyageur », « accompagner la dispensation d'un autotest VIH » (40)

- fournir aux pharmaciens des outils d'information et d'éducation du public grâce à des dossiers sur des thèmes de santé majeurs et/ou d'actualité : asthme, cancer, diabète, tabac, maladies cardiovasculaires... réalisés à partir d'articles extraits de revues scientifiques et professionnelles
- concevoir et réaliser des actions de santé publique menées par les pharmaciens
- permettre au pharmacien de réaliser des campagnes nationales de santé publique : « Prenez votre tension à cœur », campagne qui avait pour objectif de promouvoir et faire connaître le rôle du pharmacien comme acteur de la chaîne de soins au côté du médecin dans la lutte contre l'HTA. (41)

1.5.6. Logiciels informatiques de gestion officinale (11)

Les logiciels informatiques utilisés dans les pharmacies d'officine sont équipés d'un système de détection des interactions médicamenteuses et des contre-indications à la prise d'un traitement. En fonction des paramétrages du logiciel et des niveaux de détection, lorsque l'on scanne le code barre des médicaments, le logiciel peut détecter automatiquement les éventuels risques et affiche ainsi un message d'alerte. Ce système permet de déceler les interactions médicamenteuses propres à la prescription mais également celles survenant avec les prescriptions antérieures, à condition de disposer de l'historique de délivrance du patient. Par exemple, un patient se présente avec une ordonnance d'Ibuprofène prescrite par son chirurgien-dentiste. Or, ce patient est traité au long cours par de la Coumadine®, il vient régulièrement à la pharmacie, son traitement est donc inscrit dans son historique de délivrance. Par conséquent, l'ordinateur émet une alerte pour nous prévenir de l'interaction et nous indique : « Association déconseillée : augmentation du risque hémorragique de l'anticoagulant oral (agression de la muqueuse gastroduodénale par les AINS) ». Cet outil participe donc à la prévention du risque iatrogène médicamenteux.

1.5.7. Ouvrages à disposition du pharmacien

Le Vidal® est un ouvrage très utile pour le pharmacien car il regroupe l'ensemble des informations relatives à un médicament ou à un produit de santé comme son indication, ses effets indésirables possibles, ses contre-indications, ses interactions médicamenteuses ou encore ses propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques. Le Vidal® répertorie l'ensemble des médicaments, commercialisés en France, par ordre alphabétique. Le Dorosz® quant à lui, répertorie aussi les médicaments commercialisés en France mais en fonction de leurs classes thérapeutiques. Dans cet ouvrage, il y a un chapitre consacré à l'iatrogénèse médicamenteuse : « prescriptions chez des patients à risque d'iatrogénie, informations réglementaires ». Une sous partie traite notamment de la personne âgée et les classes thérapeutiques à risque. L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) met également à disposition des professionnels de santé, l'ensemble des interactions médicamenteuses et regroupées dans un Thésaurus. C'est un véritable guide pharmaco-thérapeutique d'aide à la prescription.

Le pharmacien a également à sa disposition des sites internet pour l'aider dans sa pratique quotidienne et participer ainsi à la sécurisation du circuit du médicament.

La base de données Thériaque a pour objectif de fournir une information indépendante, exhaustive et fiable aux professionnels de santé sur tous les médicaments disponibles en France.

Les pharmaciens rédacteurs du Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament (CNHIM) mettent à jour quotidiennement la base Thériaque. Cet outil peut être utilisé par le pharmacien pour :

- rechercher des monographies de spécialités ou de substances actives
- détecter des incompatibilités physico-chimiques pour les mélanges en perfusion I.V.

- retrouver des médicaments génériques ou équivalents thérapeutiques
- réaliser une analyse d'ordonnance afin de détecter des interactions médicamenteuses ou des contre-indications par rapport au terrain et au profil du patient.
- retrouver une liste de spécialités à partir d'une recherche multicritère (spécialité, forme pharmaceutique, classe pharmacothérapeutique, etc...)

Le Vidal Reco® synthétise les recommandations thérapeutiques françaises et internationales sous la forme d'arbres décisionnels. Il traite ainsi 185 pathologies du diagnostic aux traitements, en ville comme à l'hôpital. Cet outil permet donc au pharmacien d'officine de s'assurer de la prise en charge optimale de son patient. Mises à jour chaque mois sur le site internet, les recommandations font l'objet de la publication d'un livre tous les 2 ans.

1.5.8. Liste de Laroche et critères STOPP START

Ces deux outils sont essentiellement utilisés par les médecins gériatres et dans les centres hospitaliers mais il est important que le pharmacien d'officine connaisse l'existence de ces outils.

La liste de Laroche comporte une liste de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus, en tenant compte des pratiques médicales françaises (29) (42). Les médicaments inappropriés sont des médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable ou qui ont une efficacité douteuse par rapport à d'autres solutions thérapeutiques existantes. Ainsi, les médicaments figurant dans cette liste sont dans la mesure du possible à éviter chez la personne âgée. Cette liste peut donc être utilisée comme un guide d'aide à la prescription en gériatrie.

En 2008, une liste de critères qui établit un lien systématique entre un médicament et une condition médicale, a été élaborée sous l'acronyme STOPP (Screening Tool of Older

Person's Prescription) - START (Screening Tool to Alert to Right Treatment). Cet outil comporte 87 critères répartis en 2 catégories :

- Critères STOPP : permettent de détecter les prescriptions inappropriées du fait d'une mauvaise utilisation du médicament ou d'une surutilisation de celui-ci
- Critères START : permettent de détecter les situations où un médicament est sous-utilisé ou même manquant alors qu'il serait nécessaire.

L'utilisation de cet outil améliore de façon très significative la qualité des prescriptions. Il est en moyenne utilisé dans les 72 heures suivant une admission en milieu hospitalier et permet ainsi de réduire le risque d'effet indésirable et la durée d'hospitalisation. (43)

1.5.9. Education thérapeutique du patient (44)

L'éducation thérapeutique du patient est une action de prévention du risque iatrogène. C'est « un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

D'après l'article R.4235-2 du CSP, le pharmacien doit contribuer à l'information et à l'éducation thérapeutique du patient. De plus, le patient âgé est le plus souvent polypathologique et polymédicamenté. Le besoin d'éducation thérapeutique est donc théoriquement très élevé chez cette tranche de la population. Pourtant, il n'existe pas encore de programmes d'éducation thérapeutique globaux pour les personnes âgées à l'officine. Nous pouvons pour l'instant recevoir en entretien ces patients dans le cadre d'un entretien centré sur leur anticoagulant oral, sur leur asthme ou sur leur diabète. Ainsi, le pharmacien doit jouer son rôle d'éducateur thérapeutique essentiellement au comptoir en :

- aidant le patient à la compréhension de sa maladie et de ses traitements
- promouvant le bon usage du médicament
- aidant le patient à l'apprentissage de l'autosurveillance

- lui expliquant comment prendre de façon optimale ses traitements
- soutenant et en accompagnant le patient.

2. Facteurs favorisant l'iatrogénèse chez le sujet âgé

2.1. Effets de l'âge sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamie

Les effets pharmacologiques observés chez le sujet âgé peuvent être différents de ceux mis en évidence avec la même dose chez un sujet plus jeune de même sexe et de poids comparable. Ces changements peuvent être dus à des modifications d'ordre pharmacocinétique affectant la relation dose concentration, ou d'ordre pharmacodynamique, parasitant la relation dose-effet.

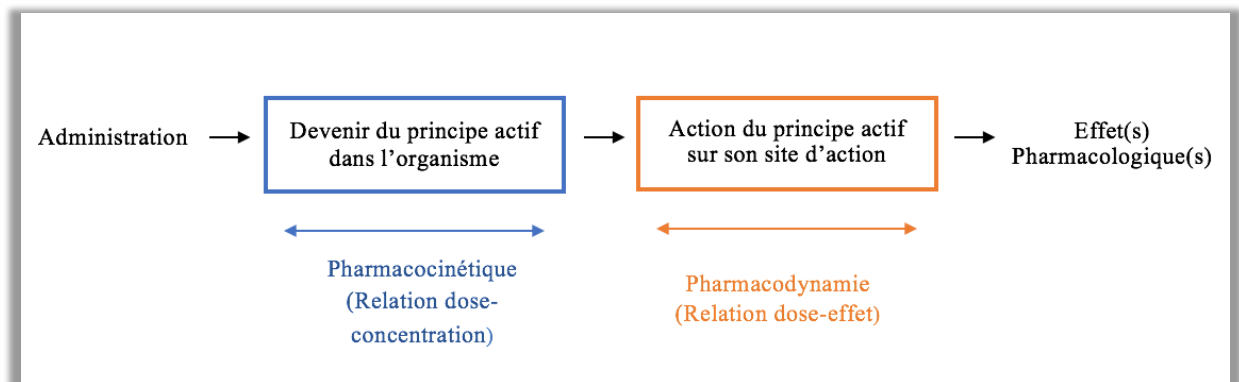


Figure 4 - Représentation schématique des phases pharmacocinétiques et pharmacodynamiques

2.1.1. Effet de l'âge sur les paramètres pharmacocinétiques

Toutes les étapes du devenir du principe actif dans l'organisme : l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination peuvent être influencés par le vieillissement, ce qui augmente le risque d'effets indésirables.

○ Absorption

Avec l'âge, l'absorption orale est peu modifiée. Toutefois, les paramètres suivants peuvent avoir une influence clinique sur la biodisponibilité orale de certains médicaments ou formes galéniques.

Différents éléments intervenant dans l'absorption orale du médicament sont modifiés chez le sujet âgé :

- Une augmentation du pH gastrique en lien avec une diminution de la sécrétion d'acide chez la personne âgée. Ce changement de pH peut entraîner une modification de la dissolution de la forme galénique, de l'état d'ionisation et de la solubilité de certaines molécules, en particulier celles ayant des propriétés basiques. Ainsi, les bases faibles seront absorbées plus facilement et les acides faibles seront moins bien absorbés.

Par exemple, l'absorption du Clorazepate est diminuée, car l'acidité gastrique permet sa transformation en son métabolite actif : le desmethyldiazepam. (45)

- Une diminution de la surface de la muqueuse intestinale a peu d'influence sur l'absorption des médicaments. (46)
- Une diminution de l'activité motrice et de la motilité gastro-intestinale provoque un ralentissement des temps de transit. Par conséquent, le temps de contact entre le médicament et la paroi intestinale est augmenté, ce qui peut accroître l'absorption des médicaments mais diminuer la vitesse d'absorption parallèle. Par exemple, la

diminution de la vidange gastrique peut modifier d'un facteur 3 la biodisponibilité orale de la L-Dopa chez des sujets âgés parkinsoniens dans le sens d'une augmentation. (47)

- Une diminution des débits sanguins au niveau intestinal et hépatique est de l'ordre de 30 %. Ainsi, les effets de premier passage intestinal et hépatique sont réduits, ce qui se traduit par une augmentation de la biodisponibilité des médicaments ayant un fort premier passage hépatique. Par exemple, le Propranolol subit normalement un effet important de premier passage hépatique chez le sujet âgé, sa biodisponibilité est donc multipliée par 3. (47)

Aspirine	Labétolol	Méthyltestostérone	Nortriptyline
Codéine	Lévodopa	Métoprolol	Propranolol
Diltiazem	Lidocaine	Morphine	Vérapamil
Imipramine	Aténolol	Nitrates	

Tableau 3 – Principes actifs métabolisés de façon importante lors du premier passage hépatique (34)

D'une manière générale, la biodisponibilité des médicaments est peu modifiée chez le sujet âgé car les différentes modifications physiologiques ont tendance à s'équilibrer.

Il est à noter que les formes pharmaceutiques solides se délitent lentement et de manière souvent incomplète chez le sujet âgé, ce qui limite la phase d'absorption. Les formes pharmaceutiques liquides sont donc à préférer.

○ Distribution

Les modifications de l'étape de distribution sont plus importantes à considérer, du fait des changements de composition du poids corporel.

La majorité des médicaments doivent quitter le compartiment sanguin pour être distribué dans des compartiments tissulaires où se situe leur site d'action. Cette distribution est évaluée de façon quantitative par le volume apparent de distribution (Vd), qui peut être modifié avec l'âge.

Les facteurs impliqués dans la distribution modifiée chez le sujet âgé sont les suivants :

- L'augmentation de la masse grasseuse au détriment de la masse musculaire entraîne d'une manière générale une augmentation du Vd des molécules lipophiles et une diminution du Vd des molécules hydrophiles. Un médicament se distribue dans l'organisme selon son hydrosolubilité ou sa liposolubilité. Le sujet âgé stocke donc très fortement les médicaments lipophiles comme la majorité des psychotropes et surtout les benzodiazépines. Il faut donc être vigilant sur les médicaments lipophiles avec une longue demi-vie car ils s'accumulent puis sont relargués dans l'organisme.

Par exemple, la demi-vie de l'amiodarone est de 20 à 100 jours. On comprend ici la grande variabilité interindividuelle et l'effet en amont d'une modification de la masse tissulaire. Il est à noter que les antidépresseurs tricycliques ont aussi une forte affinité tissulaire. (46)

- La diminution de la quantité totale d'eau de 10 à 15 % après 80 ans entraîne un abaissement du volume de distribution des molécules hydrosolubles : Aspirine, Paracétamol, Morphine, Phénytoïne, Lithium, Théophylline, Gentamicine... Il y a donc un risque de surdosage des médicaments hydrosolubles. (47)

- La diminution de la quantité des protéines plasmatiques avec l'âge est un facteur important à considérer. C'est souvent la concentration en albumine qui est abaissée. Or, dans la plupart des cas, le médicament se lie principalement à l'albumine. Cette hypoalbuminémie peut être physiologique ou pathologique (dénutrition, insuffisance rénale et hépatique). Il y a par conséquent une augmentation de la fraction libre, c'est à dire la fraction active des médicaments liés à l'albumine. Les effets pharmacologiques seront donc plus importants chez la personne âgée avec un risque accentué d'effets indésirables ou toxiques. Les molécules fortement liées à l'albumine (plus de 90 %) sont les suivantes : antiépileptiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), antivitamines K (AVK), Diazépam, hormones thyroïdiennes, Phénytoïne ou encore les sulfamides. Ainsi, par exemple, des AINS comme le Kétoprofène ont une concentration potentiellement doublée chez le sujet âgé. (46)
- La diminution du débit cardiaque de 1 % par an après 30 ans, provoque une diminution de la perfusion des organes. Ainsi, la vitesse de transport des médicaments est diminuée, l'action du médicament à l'organe cible pourra être retardée. (47)
- De plus, les personnes âgées ont une plus grande sensibilité aux médicaments ayant un effet sur le système nerveux central du fait de la modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique. (13)

○ Métabolisme

Un médicament est éliminé soit sous forme inchangée soit après biodégradation sous forme de métabolites. Les médicaments peuvent être métabolisés selon deux modes différents : des réactions de phase 1 (oxydation, réduction, déméthylation, hydrolyse) et des réactions de phase

2 (glucurono et sulfoconjugaison notamment) (48), le foie étant le principal organe responsable du métabolisme.

Les personnes âgées présentent des changements physiopathologiques au niveau hépatique pouvant affecter le métabolisme des médicaments :

- la diminution du flux sanguin hépatique de 1 % par an à partir de 25 ans.
- la diminution de la masse et du volume hépatique d'un tiers environ
- la diminution des capacités hépatiques à métaboliser les médicaments

Globalement, le métabolisme hépatique diminue d'environ 30 % après 70 ans.

Lors du vieillissement, ce sont surtout les réactions métaboliques de phase I qui sont modifiées. En effet, il y a une diminution de l'activité des enzymes microsomiales et surtout du cytochrome P450. Il y a donc une augmentation des concentrations des principes actifs métabolisés par ce cytochrome. Il y a en revanche peu d'effet de l'âge sur les biotransformations de phase II : aucune accumulation n'a été observée pour le Paracétamol par exemple qui est glucurono et sulfonoconjugué. (47).

Ainsi, les principes actifs ayant un taux de métabolisation hépatique élevé, avec un fort effet de premier passage hépatique sont particulièrement touchés par ces modifications physiologiques. Il peut donc y avoir des conséquences importantes sur la biodisponibilité de ces principes actifs : la biodisponibilité augmentant, des effets indésirables toxiques peuvent survenir en raison d'une plus grande concentration circulante en principe actif. C'est le cas par exemple du Propranolol du Métoprolol ou de la Lidocaïne. Il convient donc de diminuer la posologie de ces médicaments chez le sujet âgé, d'autant plus qu'il n'existe aucun paramètre prédictif de la fonction hépatique. (49) (50) (51)

○ **Elimination**

Avec l'âge, on observe une modification de l'excrétion rénale des molécules du fait de la diminution :

- du flux sanguin rénal
- de la filtration glomérulaire
- de la sécrétion tubulaire
- de la réabsorption tubulaire

Ainsi, le vieillissement de la fonction rénale entraîne une modification de la pharmacocinétique des principes actifs s'éliminant majoritairement par voie urinaire : augmentation de la demi-vie d'élimination et de la clairance plasmatique de ceux-ci.

C'est le cas des AINS, Atenolol, Digoxine, Aminoside, Lithium, Héparines de bas poids moléculaire et inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC).(47)

Ainsi, pour ces principes actifs éliminés par voie rénale (ainsi que pour d'éventuels métabolites actifs), il convient d'éviter les risques d'accumulation pouvant conduire à une toxicité. Pour cela, il est nécessaire d'adapter leur posologie à la fonction rénale du patient, ceci est d'autant plus important que le médicament est à marge thérapeutique étroite.

La fonction rénale chez le sujet âgé est évaluée grâce au Débit de Filtration Glomérulaire (DFG). Une estimation du DFG est réalisée par la Clairance de la créatinine. Cette dernière peut être estimée par plusieurs formules comme celle de Cockroft et Gault, la méthode MDRD (Modification of the Diet in Renal Disease) et plus récemment, celle qui est recommandée car considérée comme la plus performante : la méthode CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology collaboration, Levey, 2009) (52). Quand il s'agit de médicaments, tous les essais thérapeutiques des molécules actuellement sur le marché ont été réalisés à l'aide de la formule de Cockroft et Gault (48).

Voici sa formule :

- Chez la femme : $(140 - \text{âge}) \times \text{Poids (kg)} / \text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l})$
- Chez l'homme : $(140 - \text{âge}) \times \text{Poids (kg)} \times 1.25 / \text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l})$

Toutefois, le mode d'estimation de la clairance de la créatinine est à interpréter avec précaution chez le sujet âgé du fait de la fréquence de la sarcopénie (fonte de la masse et de la force musculaire), de la dénutrition, de l'obésité et de la déshydratation.

Pour conclure, les différentes étapes du devenir du médicament dans l'organisme peuvent toutes être touchées par le vieillissement. Il convient donc d'être plus vigilant avec les molécules à marge thérapeutique étroite ou en cas d'hypoalbuminémie. Il est également important d'estimer systématiquement la fonction rénale par le calcul de la clairance de la créatinine pour réaliser une adaptation posologique et éviter ainsi une accumulation toxique.

2.1.2. Effets de l'âge sur les paramètres pharmacodynamiques

La pharmacodynamie décrit les effets qu'un principe actif produit sur l'organisme. C'est l'étude de l'interaction entre un récepteur et une substance active. La substance active quitte le compartiment sanguin pour diffuser jusqu'au site d'action dans l'organe cible où elle se combine avec un récepteur pour provoquer une réponse. (53)

Le vieillissement s'accompagne de modifications pharmacodynamiques car

- la sensibilité de certains récepteurs est modifiée avec l'âge
- les contrôles homéostatiques sont altérés

Afin d'exercer leurs effets pharmacologiques, les médicaments doivent se fixer sur leurs récepteurs spécifiques, situés sur des organes ou des tissus cibles. Sous l'influence du vieillissement, les caractéristiques, le nombre et la densité des récepteurs peuvent changer. Ceci entraîne une altération de la liaison au récepteur. Ainsi, les conséquences de ces changements seront soit une augmentation soit une diminution de l'effet pharmacologique.

Par exemple, on retrouve une augmentation de la sensibilité des récepteurs aux benzodiazépines : l'intensité et la durée de l'effet dépressur du système nerveux central sont plus grandes chez une personne âgée plutôt que chez l'individu jeune. Au contraire, on constate une diminution de la sensibilité des récepteurs cholinergiques, surtout quand on administre de l'Atropine par voie intraveineuse. En effet, il faut plus d'Atropine à une personne âgée pour augmenter son rythme cardiaque par rapport à une personne jeune.

2.2. Altération des contrôles homéostatiques

Par ailleurs, l'âge entraîne une altération des mécanismes homéostatiques. Par exemple, on constate chez la personne âgée une baisse du tonus musculaire et des troubles visuels. Ainsi, les troubles de l'équilibre sont fréquents et la sensibilité aux médicaments dépressur du système nerveux central (hypnotiques) est augmentée. Le risque de chute est donc accru. (54) De plus, les personnes âgées sont plus sujettes à la constipation du fait d'une diminution de la motilité intestinale. Elles seront donc plus sensibles aux médicaments qui agissent sur le système autonome : les anticholinergiques. Ces médicaments sont à l'origine de constipation chronique. (47)

2.3. Polypathologies aiguës et chroniques

En vieillissant, le sujet âgé est souvent accompagné de plusieurs maladies et plus particulièrement des maladies chroniques, on parle alors de polypathologie. Le manque de prévention durant les décennies passées, les expositions environnementales, le vieillissement physiologique et pathologique organique concourent à la polypathologie chez le sujet âgé. (55)

D'après l'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992, 93 % des 70 ans et plus ont au moins 2 maladies, et 85 % ont au moins 3 maladies. La moitié d'entre eux déclarent en moyenne 6 pathologies. Les plus fréquentes étant les pathologies cardiovasculaires comme le montre le graphique suivant.

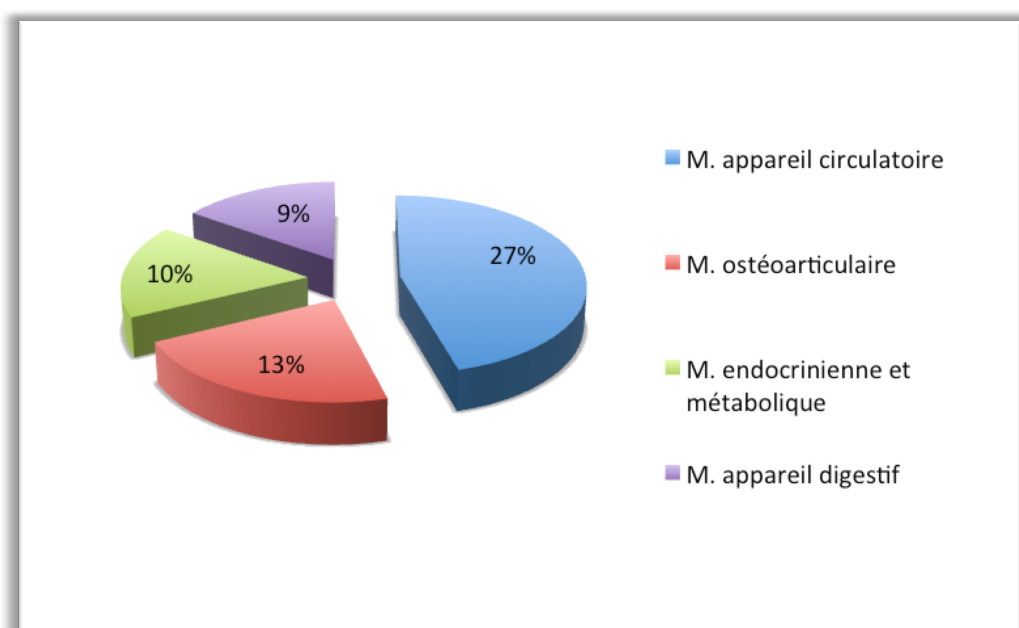


Figure 5 - Répartition des maladies prévalentes chez les personnes âgées

Ainsi, cette prévalence augmentée des maladies peut avoir des interactions avec le métabolisme du patient et/ou avec l'effet de certains médicaments. Plus le nombre de maladie est élevé, plus il y a un risque d'exacerbation d'une maladie par un médicament.

Voici quelques exemples chez la personne âgée :

<i>Maladie</i>	<i>Médicaments</i>	<i>Effets indésirables</i>
Insuffisance rénale	Aminosides, AINS, produits de contraste	Insuffisance rénale aiguë
Hypertrophie bénigne de la prostate	Anticholinergiques	Rétention urinaire
Diabète	Corticostéroïdes	Hyperglycémie
Ulcère gastroduodéal	Anticoagulant, AINS	Hémorragie du tube digestif
Hypotension orthostatique	Diurétique, antidépresseurs tricycliques, vasodilatateurs	Vertiges, chutes, syncope, fracture de la hanche
Hypokaliémie	Digoxine	Arythmie cardiaque
Démence	Anticholinergiques, anticonvulsivants, benzodiazépines, opiacés, antidépresseurs	Augmentation de la confusion
Hypertension	AINS	Augmentation de la pression sanguine

Tableau 4 - Interactions médicament-maladie chez la personne âgée (42)

D'autre part, la survenue d'une maladie aiguë, augmente considérablement le risque d'iatrogénèse car elle est susceptible de déséquilibrer le traitement habituellement pris par le patient. Par exemple, la déshydratation suite à une fièvre, une diarrhée ou des vomissements peut entraîner une augmentation des concentrations plasmatiques de certains médicaments du fait d'une insuffisance rénale fonctionnelle. (54) (55)

De même, une situation de dénutrition passagère diminue les capacités de métabolisation hépatique des médicaments : les patients dénutris sont par exemple très sensibles aux AVK. De plus, l'hypoalbuminémie entraîne une augmentation de la fraction libre des principes actifs se liant fortement aux protéines plasmatiques, il y a donc un risque de toxicité pour ses médicaments.

L'intrication des pathologies aiguës et chroniques peut donc être à l'origine d'iatrogénèse médicamenteuse.

2.4. Polymédication

Les progrès dans le domaine médical et les thérapeutiques médicamenteuses ajoutent naturellement à cette polypathologie une polymédication : la prise journalière de plusieurs médicaments. Plus l'âge avance plus le nombre de médicaments en rapport avec une prescription augmente, auxquels s'ajoute l'automédication. (56)

En 2000, l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé) publie une étude nationale sur la consommation de médicaments des sujets âgés vivant à domicile. La consommation de médicaments augmente avec l'âge : 67 % des sujets de plus de 65 ans ont pris un médicament en un mois contre 35 % chez les moins de 65 ans. Chez les 65 ans et plus, la consommation moyenne s'établit à 3,6 médicaments par jour, et 4,6 pour les 85 ans et plus. Ceci étant sous-estimé par la consommation supplémentaire de médicaments d'automédication. (57)(58)

Ces résultats ont été sensiblement les mêmes en 2015 dans l'étude « perception de la consommation des médicaments par les seniors » réalisée par l'Institut français des seniors

(enquête par questionnaire auprès de 3 173 personnes de plus de 50 ans sur leur consommation de médicaments). (59)

D'après l'enquête ESPS (Enquête sur la santé et la protection sociale) menée en 2000, la consommation pharmaceutique des personnes âgées est dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire : 51 % des personnes de 65 ans et plus acquièrent en un mois au moins un médicament de cette classe thérapeutique. (57)

La figure ci-dessous décrit le taux de consommateurs selon la classe thérapeutique (57).

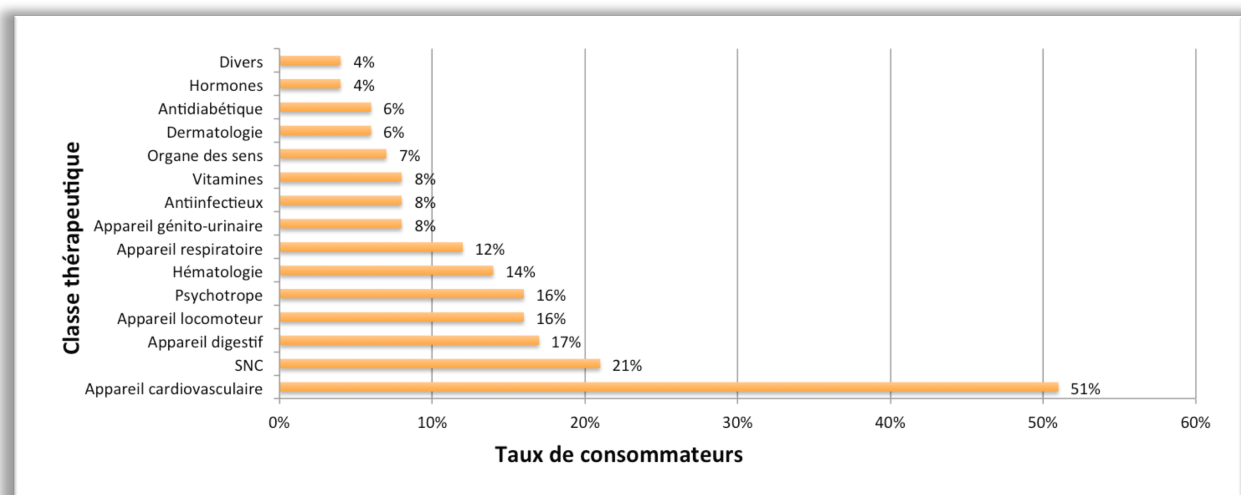


Figure 6 - Taux de consommateurs selon la classe thérapeutique

De plus, 60 % des visites chez le médecin se concluent par la remise d'une ordonnance médicamenteuse. (57)

Augmenter le nombre de médicaments c'est risquer d'accroître les effets indésirables (60), les risques d'interactions médicamenteuses, d'erreurs et d'inobservance de la part du patient. La polymédication augmente donc naturellement le risque iatrogène médicamenteux.

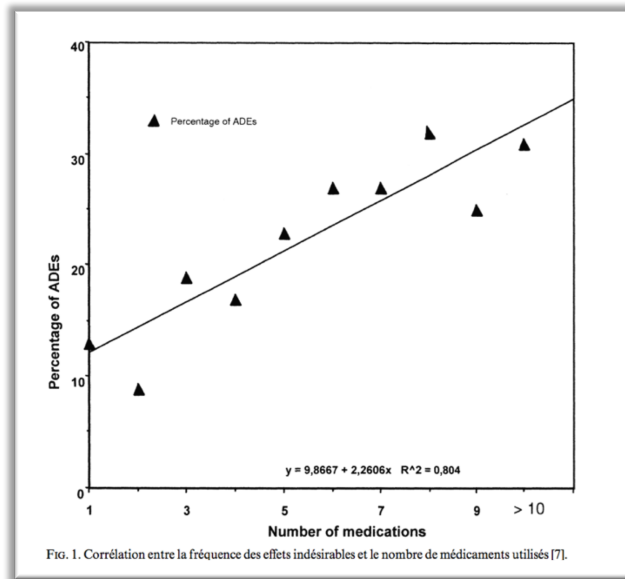


Figure 7 - Pourcentage d'effets indésirables liés au médicament (60)

2.5. Automédication de la personne âgée

Le Conseil de l'Ordre National des médecins définit l'automédication comme étant « l'utilisation, hors prescription médicamenteuse, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçus l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseil de la part du pharmacien ». (61)

Ainsi, sont inclus les médicaments OTC (Over The Counter), la phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie, les compléments alimentaires et les médicaments du patient retrouvés dans l'armoire à pharmacie.

D'après l'enquête « perception & consommation de médicaments par les séniors » réalisée par l'institut français des séniors en mars 2015 (59), 60 % des plus de 65 ans avouaient prendre par eux même des médicaments en plus de ceux prescrits par le médecin.

D'après l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES en 2000, en un mois, 8,6 % des personnes âgées ont acheté un médicament sans ordonnance. De plus, 4 % de tous les médicaments confondus acquis par les personnes de plus de 65 ans le sont sans prescription médicale. Alors que le taux de consommateurs de pharmacie prescrite augmente avec l'âge, l'automédication à quant à elle tendance à décroître : le taux de consommateurs de pharmacie non prescrite passe de 9,3 % pour les personnes âgées de 65 à 74 ans, à 7,5 % pour les 75-84 ans et à 6,5 % pour les plus de 84 ans. (58)

	Pharmacie		Ensemble de la pharmacie
	prescrite	non prescrite	
65-74 ans	62,9 %	9,3 %	64,9 %
75-84 ans	68,2 %	7,5 %	70,2 %
85 ans et plus	67,2 %	6,5 %	69,3 %
Ensemble des 65 ans et plus	64,8 %	8,6 %	66,7 %
Ensemble des moins de 65 ans	30,2 %	8,0 %	34,5 %
Ensemble de la population	34,5 %	8,0 %	38,5 %

Tableau 5 - Taux de consommateurs de médicaments en un mois selon la présence ou non d'une prescription (44)

Une proportion rassurante d'interrogés (74 %) suivraient "*de façon certaine*" le conseil de leur pharmacien s'il leur recommandait de ne pas prendre tel ou tel médicament. (59)

Ainsi, l'automédication représente une faible proportion dans la population âgée. Il faut toutefois être vigilant car elle n'est pas dénuée de risque.

2.5.1. Choix d'un traitement inadapté voire contre-indiqué

Ceci fait suite aux mauvaises recommandations par l'entourage du patient qui ne connaît pas son état physiologique ou bien à la publicité qui vante les mérites d'un produit mais qui ne souligne pas les contre-indications d'un traitement.

2.5.2. Retard ou erreur de diagnostic

La prise d'un médicament symptomatique peut masquer les signes d'une maladie grave et donner l'impression au patient qu'il va mieux. Cependant, ce traitement ne fait que masquer la cause de la pathologie et peut ainsi retarder la consultation médicale et le réel diagnostic. Par exemple, un patient se plaint de douleurs gastriques, le réflexe est de conseiller un IPP (Inhibiteur de la Pompe à Protons) ou un pansement gastrique. Or ceci peut masquer un ulcère gastrique dans les cas les plus graves.

2.5.3. Risque iatrogène (57) (62)

- Interaction médicamenteuse :

Ce risque est fréquent du fait de la polymédication des patients âgés. Plus le patient est polymédiqué, plus l'automédication sera risquée : il peut en effet y avoir des interactions potentiellement dangereuses entre les médicaments prescrits et ceux qui ne le sont pas. D'autant plus que, le patient ne soupçonne pas que son traitement chronique puisse interagir avec des médicaments disponibles en vente libre. Par exemple, fréquemment, un patient sous Kardegic® ne se doute pas que son traitement n'est pas compatible avec des anti-inflammatoires de type Nurofen® disponible en OTC.

- Effets indésirables :

Les effets indésirables des médicaments d'automédication font souvent suite à un mésusage de ces derniers. Ceci concerne essentiellement les posologies et les conditions d'emploi. Par exemple, l'abus d'antalgique pour des migraines entraîne des dépendances et des céphalées par excès médicamenteux. De même, l'abus de laxatifs irritants peut entraîner des diarrhées chroniques.

- Non-respect des dates de péremption et des modes de conservation :

Les dates de péremption des médicaments sont inscrites sur les conditionnements primaires et secondaires. Pour les blisters prédécoupés ainsi que sur les sachets individuels, elles doivent être inscrites sur chaque partie. De même, le mode de conservation des médicaments est important : tout médicament ne doit pas être exposé à des températures extrêmes, certains médicaments se conservent entre 2 et 8°C avant ouverture (Insuline, Derinox®, Latanoprost...) ou après reconstitution (Orelox® pédiatrique ...).

Ainsi, si ces recommandations ne sont pas respectées, le médicament peut se dégrader, être moins actif ou produire un métabolite toxique potentiellement nocif pour le patient.

Le motif d'automédication le plus fréquemment retrouvé dans la population âgée est la douleur.

50 % des personnes de plus de 65 ans s'automédiquent en antalgique. (55)(63)(64)

En ce qui concerne les traitements, les antalgiques les plus utilisés sont par ordre décroissant (65) :

- Le Paracétamol, les personnes âgées connaissent bien ce médicament et ses posologies, mais malgré cela, les insuffisances hépatiques, trop peu souvent décelées et pris en compte, conduisent à des surdosages réguliers. Ce médicament peut être dangereux car trop souvent banalisé par cette catégorie de personne pour la prise en charge de la

douleur. En effet, une prise supra thérapeutique de paracétamol entraîne une toxicité hépatique avec risque de cytolyse par accumulation de son métabolite toxique (N-acétyl-p-benzoquinone-imine).

- L'Aspirine® est un vieux médicament auquel les personnes âgées sont très attachées. Les posologies sont généralement bien connues mais les contre-indications et les effets indésirables sont sous-estimés. Il n'est pas rare de rencontrer un patient sous Kardegic® au long cours qui souhaite soulager sa migraine avec de l'Aspro® (risque hémorragique potentialisé). C'est un des médicaments responsables de nombreux problèmes iatrogènes.
- L'Ibuprofène est moins connu donc moins utilisé par les personnes âgées.

Apparaissent ensuite les médicaments de la sphère ORL (22 %) : expectorants (Carbocystéine), médicaments contre l'odynophagie (Lidocaïne/Chlorhexidine), antihistaminiques (Cétirizine), antitussifs (Dextrométhorphan).

Les médicaments des troubles des voies digestives arrivent en dernière position (12 %) : antiacides, laxatifs (stimulants hypokaliémisants, de lest ou osmotiques), anti-diarrhéiques (Lopéramide), anti-nauséeux (Métopimazine)...

Cette automédication doit donc être recherchée par tous les professionnels de santé et le patient doit systématiquement être informé des risques auxquels il s'expose.

2.6. Prescriptions sous-optimales chez la personne âgée

La prescription effectuée par un médecin généraliste ou un spécialiste peut être inadéquate et être à l'origine d'iatrogénèse. Trois modalités de prescription sous-optimale ont

été décrites chez le sujet âgé. Elle peut être en effet excessive, insuffisante ou inappropriée car d'autres médicaments que ceux prescrits sont plus efficaces ou mieux tolérés.

2.6.1. Excès de traitement = « overuse »

Il s'agit de la prescription de médicaments pour lesquels il n'y a pas d'indication ou qui ont une efficacité limitée ou non démontrée. (66)

- Efficacité non démontrée du médicament :

D'après l'enquête ESPS 2000, parmi les 30 médicaments les plus prescrits en France, 8 ont un Service médical rendu (SMR) insuffisant rendu par la Commission de Transparence. Ces médicaments ne devraient pas être remboursés. (57)

De plus, l'étude de l'IRDES en 2001 a montré que chez les 80 ans et plus, 40 % des ordonnances comprenaient au moins un médicament avec SMR insuffisant. (67)

- Absence d'indication :

En 2004, l'enquête nationale sur les effets indésirables (ENEIS) démontre que parmi les accidents médicamenteux recensés, 50 % d'entre eux étaient évitables et 30 % d'entre eux étaient en lien avec une indication erronée.

Par exemple, les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) sont indiqués à la suite d'une pathologie ulcéreuse gastroduodénale. Or, leur prescription est souvent prolongée dans le temps sans réelle indication. Ainsi, lors de la première prescription, le prescripteur devrait définir par écrit la durée précise du traitement. (24)

Les benzodiazépines sont elles aussi prescrites en excès, devant le moindre symptôme d'anxiété ou pour une insomnie. Ainsi, 35 % des femmes âgées de 80 ans et plus et 20 % des hommes

prennent un anxiolytique. Toutefois, cette classe médicamenteuse doit être instaurée avec prudence chez les personnes âgées en raison d'un risque de sédation et de faiblesse musculaire pouvant favoriser les chutes aux conséquences graves dans cette population. (68)

Il y a ainsi une réelle importance de revoir régulièrement les indications des traitements pour minimiser ce phénomène d'Overuse. Les prescripteurs doivent aussi réfléchir à une stratégie pour arrêter les traitements jugés comme inutiles.

2.6.2. Insuffisance de traitement = « underuse »

Il s'agit de la non prescription d'un traitement efficace chez des patients ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité. (66)

L'underuse concerne un grand nombre de maladies chroniques dont les principales sont les suivantes :

<i>Pathologie chronique</i>	<i>Médicaments en cause</i>
HTA (>160mmHg)	Bi ou Trithérapie
Insuffisance coronaire	Antiagrégant plaquettaire + B-bloquant
Insuffisance cardiaque	IEC, Bêta-bloquant
Arythmie complète par fibrillation auriculaire non valvulaire	AVK
Dépression	Antidépresseur
Ostéoporose fracturaire	Calcium + Vitamine D + Bisphosphonates
Douleurs non soulagées par les autres traitements	Morphiniques

Tableau 6 - L'insuffisance de traitement et son retentissement sur les pathologies chroniques

Ainsi, une pathologie insuffisamment traitée peut avoir des conséquences bien plus importantes sur le long terme. Par exemple, une HTA (HyperTension Artérielle) non traitée par les traitements conventionnels peut être à l'origine d'un Arrêt Vasculaire Cérébral (AVC). Autre exemple concernant les Bêta-bloquants, certains patients ne bénéficieront pas de la dose maximale tolérée par insuffisance de titration.

Cette insuffisance de traitement peut s'expliquer par la crainte souvent exagérée de la survenue d'effets indésirables par les prescripteurs mais également par l'insuffisance d'évaluation des médicaments chez le sujet âgé avant leur mise sur le marché. (69)

2.6.3. Prescription inappropriée = « misuse »

Il s'agit de l'utilisation de médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques.

En 1991, Beers et al. ont défini une liste de médicaments considérés comme inappropriés chez le sujet âgé vivant en institution. Cette liste a ensuite été élargie aux malades vivant à leur domicile. Puis, en 2000, Laroche établit une liste dérivée de la liste de Beers mais adaptée à la pratique française.

Selon le rapport de l'HAS, la part de sujets âgés recevant un médicament inapproprié est de 21.7 %, toutes classes de médicaments confondues. Par exemple, les benzodiazépines à longue demi-vie longue ($t_{1/2} > 20$ heures) comme le Bromazépam sont consommées par 9.2 % des personnes âgées. Elles sont pourtant à l'origine de chutes et amnésies notamment. (66)

2.7. Observance de la personne âgée

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'observance thérapeutique est « le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en termes de prises médicamenteuses, suivi de régime et changement de style de vie) et les prescriptions ou recommandations médicales d'un soignant ».

Le taux d'observance ou d'inobservance du régime médicamenteux est le rapport du nombre de doses prises sur le nombre de doses prescrites, pendant une période donnée.

Le nombre de médicaments prescrits augmente avec l'âge : en moyenne 5 médicaments différents pour les personnes de plus de 75 ans vivant à domicile et 7 médicaments pour les personnes vivants en institution. Or, Brocklehurst démontre qu'à partir de 5 médicaments différents par jour, le taux d'observance de la personne âgée diminue fortement. (70)

Ainsi, la population âgée apparaît comme la plus inobservante du régime médicamenteux : les erreurs d'observance concerneraient 40 à 60 % des personnes âgées selon S. Legrain. (55)(66)

Une étude prospective a analysé 1523 accidents médicamenteux survenus chez des sujets âgés, à leur domicile, sur une période de un an. Dans 21 % des cas, ces accidents étaient dus à un défaut d'observance (25). Cette non adhésion au traitement est le plus souvent involontaire mais parfois intentionnelle de la part des patients. Elle se manifeste majoritairement par une sous-consommation de médicaments. Dans la cohorte de l'enquête du LEEM, 19 % des patients disent qu'il leur arrive d'oublier de prendre leur médicament, 16 % d'arrêter un traitement par eux-mêmes et 2 % de se tromper de dose ou de les confondre.

Différents facteurs peuvent expliquer ce mauvais suivi du traitement médicamenteux :

- **Facteurs liés au patient (47,54,71)**

Les caractéristiques physiques, cognitives, sociales et psychologiques ont une influence sur le degré d'observance du patient. Avec l'âge, l'audition et la vue s'affaiblissent, ainsi, le message verbal ou écrit donné au comptoir peut ne pas être perçu de façon convenable par le patient.

De même, l'état psychologique et émotionnel du malade joue un rôle prépondérant.

La perte de dextérité peut avoir toute son importance dans la prise des médicaments : un patient arthrosique au niveau des mains aura des difficultés pour couper en 4 son comprimé de Previscan® ou bien pour utiliser son aérosol doseur de Ventoline®.

Il y a également un déclin cognitif avec l'âge, les capacités d'apprentissage et de mémorisation diminuent. Les personnes âgées comprennent moins facilement les informations qu'elles reçoivent : mauvaise compréhension des posologies et des modes d'administration du traitement. Les troubles mnésiques peuvent entraîner des confusions dans les moments de prise ou dans les indications des médicaments. Il convient donc que le pharmacien soit vigilant afin de donner au comptoir des informations simples et concises.

- **Facteurs liés à la maladie**

Quand un patient souffre d'une pathologie chronique sans symptôme apparent, il a tendance à être moins observant car il ne perçoit pas l'intérêt de se soigner. C'est le cas par exemple de l'hypertension artérielle : maladie sournoise qui peut entraîner de graves complications cardiovasculaires. En revanche, quand la pathologie provoque des symptômes comme dans

l'arthrite par exemple, le patient oubliera moins son traitement car la douleur lui rappelle de prendre ses médicaments.

Par ailleurs, la représentation que se fait le patient de sa maladie a une influence directe sur son observance. Si le patient considère sa pathologie comme non importante et bénigne, il ne prendra inévitablement pas de façon rigoureuse son traitement.

▪ **Facteurs liés aux traitements**

La pluri médicalisation est le motif le plus important d'observance. Celle-ci entraîne en effet confusion de la part du patient mais aussi effets indésirables et interactions médicamenteuses. Les ordonnances multiples provenant de plusieurs prescripteurs sont également source d'erreurs.

La forme galénique et le conditionnement peuvent être mal adaptés et ainsi être un frein à la prise du traitement :

- Taille des comprimés trop grande
- Difficulté à s'auto-administrer un collyre ou un lavement
- Goût d'une spécialité non appréciée
- Difficulté à compter des gouttes à boire
- Prise répétée et segmentée dans la journée (ex : L-dopa en 6 prises par jour à distance des repas)
- ...

▪ **Facteurs sociaux et environnementaux**

Les caractéristiques sociales de la personne âgée c'est à dire l'âge, le sexe, l'ethnie, le statut économique ont peu d'influence sur le degré d'observance. En revanche, l'isolement social diminue la motivation du patient à se soigner. Des conflits familiaux ou la perte d'êtres chers (famille, amis) influencent négativement l'observance par démotivation. Par ailleurs, des problèmes financiers peuvent se rencontrer et être un frein à la prise du traitement. Par exemple, l'absence de mutuelle oblige le patient à régler une part complémentaire : s'il n'a pas les moyens, il n'achètera pas son médicament et ne sera donc pas observant sur son traitement.

- **Facteurs liés à la relation patient-professionnel de soin**

Le patient n'ose souvent pas parler de ses problèmes d'observance car il se sent jugé par le médecin ou par le pharmacien. D'autre part, il n'est pas partenaire des décisions thérapeutiques, elles sont le plus souvent imposées par le médecin. Pourtant, il existe parfois plusieurs alternatives qui pourraient être préférées par le patient : dans le diabète de type 2, pour les patients peu observant, il est préférable de conseiller une injection de Trulicity® une seule fois par semaine plutôt qu'une injection de Victoza® par jour. Il conviendrait de leur laisser le choix afin d'améliorer leur adhésion au traitement.

Par ailleurs, il peut y avoir parfois par précipitation, un manque d'empathie, de communication ou d'information au sujet de la maladie et de son traitement de la part du professionnel de santé. Par exemple, le pharmacien peut oublier de faire la démonstration de l'utilisation d'un aérosol : si le patient n'ose pas demander, il ne saura pas s'en servir et ne l'utilisera jamais. Il faut savoir que 45 % des personnes âgées en moyenne ne connaissent pas l'indication de leurs différents traitements. C'est donc au professionnel de santé de leur rappeler.

Ainsi, les nombreux contacts du pharmacien avec le malade en font un interlocuteur privilégié et un collaborateur du médecin dans la prévention de l'inobservance. En effet, le pharmacien intervient auprès de la personne âgée pour renforcer les instructions du médecin et pour fournir les renseignements écrits et verbaux nécessaires à la bonne poursuite du traitement.

2.8. Autres facteurs

La plupart des médicaments de référence n'ont pas fait l'objet d'études spécialisées chez le sujet âgé (42). Il y a un manque d'essai clinique. En effet, ces derniers se heurtent à des difficultés éthiques et méthodologiques :

- Des problèmes éthiques notamment à cause de la fragilité cognitive de cette population, il est difficile d'obtenir le consentement éclairé du malade.
- Des problèmes méthodologiques en rapport avec des difficultés de sélection d'un groupe homogène de patients (tranche d'âge, état de santé comparable) De plus, les études doivent être plus longues car les traitements sont censés être pris de façon chronique par les sujets âgés.

Ainsi, dans les essais thérapeutiques actuels, quand les patients âgés sont inclus, ils ont autour de 60 ans et sont en parfaite santé. De ce fait, les résultats de ces essais ne correspondent jamais au sujet âgé poly pathologique et polymédicamenté. Chez le patient âgé, on peut donc difficilement prévoir l'effet d'un médicament, son efficacité, ses interactions médicamenteuses et son innocuité à long terme. (72)

D'autre part, les événements réguliers qui secouent le domaine pharmaceutique, relayés par les médias le plus souvent de façon inexacte ou parcellaires, accentuent les doutes et les peurs des

patients envers leurs médicaments et dégradent leur observance. On peut citer l'affaire Médiator® qui a fait beaucoup de bruit sur les médias et les réseaux sociaux, de plus en plus présents dans le relais de l'information et de la désinformation. De même, les nombreuses attaques contre le vaccin de l'hépatite B, a fait naître chez de nombreux patients une crainte et une méfiance envers les vaccins, accentuées par phénomènes d'amplification comme la crainte de la myofasciite à macrophage (MFM) souvent présentée comme corrélée à la présence d'aluminium dans certains vaccins. Aucune étude n'est arrivée à comprendre ni démontrer clairement le lien entre la présence d'aluminium et la fatigue musculaire chronique de la MFM (73). Pendant des décennies, les vaccins ont démontré leurs avantages inestimables dans la lutte contre les maladies transmissibles, une crainte de la vaccination fait donc courir un danger supplémentaire aux personnes fragiles. En pratique nous le retrouvons au comptoir avec des patients qui ne souhaitent plus se faire vacciner contre la grippe car ils sont « contre les vaccins », notamment à cause de la présence d'aluminium, alors qu'il n'y en a pas dans celui-ci.

En plus de ces affaires, désormais, n'importe quel individu peut poster une vidéo ou faire un exposé, sans source ni référence précise, et être écouté par un public très large du fait de la viralité de ce genre de contenus sur les réseaux sociaux et sur internet. On peut citer aussi le Pr. Even qui a publié un livre intitulé « Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux » où il fustige bon nombre de médicaments. Ce genre d'informations n'est en aucun cas favorable à une prise sereine et confiante des traitements vitaux pour les patients. Même si dans le détail, leurs médicaments ne sont pas visés par le livre, il se peut que l'amalgame prenne pour la majorité des patients qui liraient le livre ou les articles qui en parlent, avec le risque qu'ils arrêtent leur traitement, accentuant le risque iatrogène.

Pour finir, le nomadisme médical est également un facteur de risque. En effet, un patient qui consulte différents médecins (spécialistes ou généralistes) est à risque d'iatrogénèse. Il y a ainsi une possibilité de redondance des traitements ou d'interactions médicamenteuses si le transfert des comptes rendus entre les différents médecins ne s'est pas effectué. De même, si le patient se rend dans différentes pharmacies tous les mois, le suivi ne peut pas s'effectuer et des redondances de traitement peuvent apparaître.

3. Médicaments à risque iatrogène chez la personne âgée (74)

La pathologie iatrogène d'origine médicamenteuse est retrouvée chez 10 % des patients de plus de 65 ans et 20 % des patients de plus de 80 ans.

D'après l'enquête menée par P. Michel et Al en 2005 et rééditée en 2009, les médicaments fréquemment en cause dans les effets indésirables chez le sujet âgé sont les médicaments à visée cardiovasculaire, les médicaments du système nerveux central, les antalgiques et les AINS.

Notre étude qualitative, détaillée ultérieurement, s'intéressant aux patients ayant des médicaments de la sphère cardiovasculaire, ceux-ci seront davantage détaillés ici.

3.1. Médicaments du système cardiovasculaire (75) (12)

3.1.1. Bêta-Bloquants

→ Indications

Les principales indications des Bêta-Bloquants sont les suivantes :

- Hypertension artérielle, sauf pour le Sotalol
- Ischémie myocardique : angor et post infarctus du myocarde
- Insuffisance cardiaque chronique : Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol et Nebivolol

- Troubles du rythme supra-ventriculaire : tachycardie et fibrillation auriculaire
- Glaucome à angle ouvert
- Tremblements essentiels, migraines et algies de la face

→ **Profil d'effets indésirables majeurs :**

<i>Terrain patient</i>	<i>Effets indésirables</i>
Bradycardie et insuffisance cardiaque	Décompensation d'une insuffisance cardiaque en lien avec l'effet inotrope négatif
Maladie pulmonaire obstructive	Bronchospasme lié au blocage des récepteurs β_2 des muscles lisses bronchiques
Diabète	Moindre perception des signes d'hypoglycémie (palpitations, tachycardie), hypoglycémiant
Maladies vasculaires périphériques	Extrémités froides, exacerbation d'un phénomène de Reynaud ou d'une artérite, impuissance
Effets nerveux centraux	Cauchemars, hallucinations, insomnie, dépression

Tableau 7 - Effets indésirables majeurs des Bêta-bloquants

→ **Principales interactions médicamenteuses avec les Bêta-bloquants :**

- Inhibiteurs du Cytochrome 2D6 (Antidépresseurs ISRS et la Quinidine) : augmentation des concentrations plasmatiques des Bêta-bloquants.
- Inducteurs du Cytochrome 2D6 (Phénobarbital, Rifampicine) : diminution des concentrations plasmatiques des Bêta-Bloquants.
- Topiques gastro-intestinaux : diminution de l'absorption intestinale des Bêta-bloquants.
- Médicaments torsadogènes, bradycardisants et/ou hypokaliémiant : risque de torsades de pointe.
- Amiodarone, Antagoniste calcique, Diltiazem, Verapamil, Digoxine : risque de bradycardie excessive.

- Antihypertenseurs centraux et alpha-bloquant, dérivés nitrés, inducteurs d'érection (IPDE5) : risque d'hypotension marquée.

→ Recommandations et surveillance générales :

- Le traitement doit être débuté à faible posologie sous surveillance médicale afin d'évaluer la bonne tolérance du médicament par le patient : la tension artérielle ainsi que l'ECG sont contrôlés de manière étroite. Une fois le traitement instauré, ces derniers ne seront contrôlés plus que tous les 6 mois.
- D'un point de vue pharmacocinétique, chez la personne âgée, on retrouve une diminution de l'élimination rénale des Bêta-bloquants hydrosolubles et une diminution de la métabolisation hépatique des Bêta-bloquants lipophiles. Leur biodisponibilité est ainsi augmentée nécessitant une réduction des posologies par rapport au sujet jeune.
- L'arrêt du médicament doit être progressif sur une à deux semaines : un arrêt brusque peut entraîner un effet rebond c'est à dire, des troubles du rythmes graves voire un infarctus du myocarde chez des patients présentant une cardiopathie ischémique notamment.
- Les Bêta-Bloquants évalués favorablement dans l'insuffisance cardiaque ont une marge thérapeutique étroite dans cette indication. Ainsi, les augmentations de dose doivent être prudentes et progressives, sinon le patient risque une décompensation parfois grave.
- Les collyres Bêta-Bloquants anti-glaucomeux peuvent passer dans la circulation générale et entraîner des effets systémiques. Il convient donc de recommander au patient de comprimer l'angle interne de l'œil pendant au moins une minute.
- Il est nécessaire de rappeler au patient diabétique que les Bêta-bloquants peuvent masquer les signes d'hypoglycémie. Leurs autocontrôles glycémiques doivent donc être plus fréquents et un Bêta-bloquant cardiosélectif sera préféré.

3.1.2. Dérivés nitrés

→ Indications :

Les dérivés nitrés sont utilisés en traitement préventif et curatif de la crise d'angor. En préventif grâce à la voie transdermique avec la Trinitrine (Nitriderm®, Diafusor®) ou par voie orale avec le Dinitrate d'isosorbide (Risordan®). Et en curatif, par voie sublinguale avec la Trinitrine (Natispray®) ou le Dinitrate d'isosorbide (Isocard®).

→ Profil d'effets indésirables majeurs :

- L'hypotension orthostatique est un effet indésirable majeur à l'origine d'étourdissements, de faiblesses et de sensations vertigineuses. Des céphalées et des bouffées de chaleur accompagnent souvent la prise de nitrés. Elles durent généralement moins de 5 minutes et diminuent d'intensité ou disparaissent durant un traitement à long terme.
- En cas de surdosage, on peut retrouver, des vomissements, une agitation, une vision trouble, une hypotension artérielle voire une syncope.

→ Principales interactions médicamenteuses avec les dérivés nitrés :

- Médicaments hypotenseurs (IEC, ARAII, Bêta-bloquants, diurétiques, IPDE5) :
Hypotension à l'origine de lipothymie et de chutes
- IPDE5 : Hypotension brutale pouvant être à l'origine d'une syncope ou d'un accident coronarien

→ Recommandations et surveillance :

- Il convient de rappeler au patient de s'asseoir avant la prise de dérivés nitrés par voie sublinguale et d'attendre une dizaine de minutes avant de se relever.
- Il est nécessaire d'avertir tout patient coronarien utilisant un IPDE5 que s'il présente au cours de l'acte sexuel des douleurs angineuses, il ne devra en aucun cas prendre un dérivé nitré d'action immédiate.
- L'association de médicaments hypotenseurs avec les dérivés nitrés doit être étroitement suivie chez la personne âgée afin de prévenir au maximum le risque de chute. Une réduction des posologies s'impose en début de traitement et la tension artérielle doit être évaluée régulièrement au domicile du patient et tous les 3 à 6 mois au cours d'une consultation médicale.

3.1.3. Inhibiteurs calciques

→ Indications

Les inhibiteurs calciques sont regroupés en deux classes selon leur tropisme :

- Tropisme vasculaire = Dihydropyridines :
 - Traitement préventif des crises d'angor stable d'effort et d'angor spastique
 - Traitement de l'hypertension artérielle
- Tropisme cardiaque et coronaire prépondérant :
 - Vérapamil
 - Angor sous toutes ses formes
 - Hypertension artérielle
 - Tachycardie paroxystique supraventriculaire
 - Prévention secondaire de l'IDM si contre-indication des Bêta-Bloquants
 - Diltiazem
 - Traitement préventif des crises d'angor stable

- Hypertension artérielle

→ Profil d'effets indésirables majeurs

Cette classe de médicaments entraîne peu d'effets indésirables et est relativement bien tolérée chez les plus de 65 ans.

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
Système digestif	Douleurs abdominales, RGO, constipation disparaissent après quelques semaines d'utilisation
Système vasculaire (Vasodilatation excessive)	Œdèmes des membres inférieurs, céphalées, vertiges, bouffées vasomotrices à l'origine de chutes
Système cardiovasculaire	Hypotension artérielle Bradycardie avec le Diltiazem et Verapamil Tachycardies avec les dihydropyridines

Tableau 8 - Effets indésirables majeurs des inhibiteurs calciques

→ Principales interactions médicamenteuses avec les inhibiteurs calciques :

- Digoxine : Concentration sérique de Digoxine augmentée jusqu'à 70 %
- Vérapamil, Diltiazem + médicaments bradycardisants (Amiodarone, Bêta-bloquants) : bradycardie excessive avec trouble de la conduction et décompensation d'une insuffisance cardiaque : association contre-indiquée.
- Médicaments hypotenseurs (IEC, ARAII, Bêta-bloquants, diurétiques, IPDE5) : hypotension majorée à l'origine de lipothymies et de chutes.

→ Recommandations et surveillance

- Chez le sujet âgé, on constate fréquemment une diminution de la clairance hépatique, responsable d'une augmentation de la biodisponibilité des inhibiteurs calciques. Ainsi, il est nécessaire de débiter par de faibles posologies d'inhibiteur calcique afin de surveiller la bonne tolérance du médicament.
- Les possibles effets bradycardisants du Vérapamil et du Diltiazem imposent une surveillance clinique et de l'ECG étroites en début de traitement puis tous les 6 mois.
- Il convient de s'assurer de la diminution de posologie de la Digoxine lors d'une association médicamenteuse Vérapamil et Digoxine.

3.1.4. IEC/ARAI

→ Indications :

Les principales indications des IEC sont les suivantes :

- Hypertension artérielle en monothérapie ou en association
- Insuffisance cardiaque
- Post infarctus du myocarde

Leur association avec un diurétique est souvent avantageuse car elle réduit les risques d'hypokaliémie, mais elle accroît les dangers d'hypotension.

→ Profil d'effets indésirables majeurs :

Les IEC sont généralement bien tolérés par l'ensemble des malades âgés. Ils n'entraînent aucun dérangement au niveau métabolique contrairement aux diurétiques.

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
Système cardiovasculaire	Hypotension artérielle en début de traitement surtout chez les patients en déplétion hydrique ou volémique (diurétiques, régime sans sel, déshydratation)
Système rénal	Augmentation de la créatinine sérique avec atteinte de la fonction rénale surtout chez les patients en déplétion hydrique ou volémique
Kaliémie	Hyperkaliémie
Système cutané	Eruption maculo-papuleuse et prurigineuse accompagnée de fièvre et d'arthralgie en début de traitement
Système respiratoire	Toux sèche résistante aux antitussifs jusqu'à 6 mois après l'instauration du traitement
Système digestif	Troubles du goût voire agueusie en début de traitement

Tableau 9 - Effets indésirables majeurs des IEC et ARAII

→ Principales interactions avec les IEC et les ARAII :

- Autre bloqueur du système rénine-angiotensine (IEC, ARAII, inhibiteur direct de la rénine) : risque accru d'hypotension, de dégradation de la fonction rénale et d'hyperkaliémie
- Diurétique épargneur du potassium et médicaments hyperkaliémiants (Sels de potassium, Cotrimoxazole, Héparines) : risque d'hyperkaliémie notamment en cas d'altération de la fonction rénale

- Diurétique de l'anse ou thiazidique : risque d'hypotension artérielle brutale et/ou d'insuffisance rénale aiguë en cas de déplétion hydrosodée préexistante
- Médicaments hypotenseurs (Bêta-Bloquants, Inhibiteur calcique, Alpha-bloquant, IPDE5...) : risque d'hypotension majoré
- Sels de lithium : Augmentation de la lithémie pouvant atteindre des valeurs toxiques
- Racécadotril : Risque d'angio-œdème
- AINS : Risque d'insuffisance rénale et antagonisation des effets des IEC (augmentation de 2 fois du risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque)

→ Recommandations et surveillance (76):

- Il convient d'informer le patient de se lever lentement durant les premiers jours de traitement du fait du potentiel risque d'hypotension. De même, le traitement sera débuté par de petites doses sous surveillance tensionnelle étroite.
- La fonction rénale (créatininémie, clairance de la créatinine, ionogramme sanguin) doit être appréciée en début de traitement afin de déterminer la posologie initiale. Puis, une surveillance est indispensable à 3 mois puis tous les 6 mois, d'autant plus si le patient a une association de médicaments néphrotoxiques.
- La kaliémie doit être définie à l'instauration du traitement pour adapter la dose initiale, puis à 3 mois à ensuite tous les 6 mois. Ceci est d'autant plus important si le patient prend d'autres médicaments hyperkaliémiants.
- En cas de situation de déshydratation, il est important de prévenir le patient d'arrêter transitoirement son IEC afin d'éviter une éventuelle altération de la fonction rénale ou une hyperkaliémie.

- La tension artérielle (debout et coucher) doit être surveillée régulièrement pour s'assurer de l'efficacité du traitement et pour détecter une éventuelle hypotension en cas d'association avec des médicaments hypotenseurs.
- Un possible trouble du goût est important à détecter lorsque les patients nous rapportent une perte de poids suite à une diminution de leur appétit. La fréquence d'apparition est dépendante de la dose. Ainsi, ces troubles sont réversibles et disparaissent suite à une diminution de la dose, à l'arrêt du traitement ou à un simple changement d'IEC.
- En cas de prise concomitante d'un AINS, une bonne hydratation sera requise avec surveillance de la fonction rénale. En effet, les épisodes d'insuffisance rénale sont souvent précipités par des phénomènes intercurrents comme par exemple une diarrhée ou une déshydratation chez des patients prenant l'association AINS, IEC, plus ou moins diurétiques.

3.1.5. Statines

→ Indications :

Les principales indications des Statines sont les suivantes :

- Hypercholestérolémie pure ou mixte en 1^{ère} intention
- Prévention primaire ou secondaire des accidents vasculaires et de l'infarctus du myocarde

→ **Profil d'effets indésirables majeurs :**

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
Système musculaire	Toxicité musculaire : myalgies, myopathies pouvant évoluer vers une rhabdomyolyse avec élévation des CPK, myoglobulinémie et myoglobulinurie responsables d'une insuffisance rénale
Système hépatique et digestif	Augmentation des transaminases Troubles digestifs fréquents
Système respiratoire	Cas de pneumopathies interstitielles (dyspnée, toux, altération de l'état général, asthénie, fièvre, amaigrissement)
Glycémie	Rosuvastatine principalement diabétogène

Tableau 10 - Effets indésirables majeurs des Statines

→ **Principales interactions médicamenteuses avec les statines :**

- Inhibiteurs du CYP3A4 (antifongiques azolés, macrolides, inhibiteur de protéases, Amiodarone, Diltiazem, Verapamil, Aprépitant, jus de pamplemousse) : en cas d'association avec la Simvastatine ou l'Atorvastatine (substrats du CYP3A4), majoration de leur toxicité musculaire du fait d'une augmentation importante de leur concentration.
- Statine, Fibrate, Ezetimibe, Ciclosporine, Colchicine, Acide fusidique, Amlodipine : majoration du risque de toxicité musculaire.
- Clopidogrel (promédicament métabolisé dans sa forme active par le CYP3A4) : en cas d'association avec l'Atorvastatine, diminution de l'effet anti-agrégant plaquettaire.

→ Recommandations et surveillance générales :

Le bilan hépatique doit être surveillé dans les 3 premiers mois, puis une fois par an. Le traitement par statines doit être arrêté en cas d'augmentation persistante des transaminases au-delà de 3 fois la limite supérieure à la normale.

Le dosage sanguin des CPK est effectué avant le début du traitement puis si il y a présence de symptômes pouvant évoquer une atteinte musculaire (douleurs, crampes, faiblesses). Le traitement sera arrêté si les douleurs sont très importantes ou si le dosage des CPK est supérieur à 5 fois la normale.

Il convient d'être vigilant sur la fréquente interaction Statines-Macrolides : il est recommandé d'arrêter la statine le temps du traitement antibiotique, sauf s'il s'agit de la Pravastatine.

3.1.6. Digoxine

→ Indications :

Les principales indications de la Digoxine sont les suivantes :

- Troubles du rythme supra-ventriculaire
- Insuffisance cardiaque

→ Profil d'effets indésirables majeurs

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
Système digestif	Nausées, vomissements, diarrhée, perte de poids peuvent évoquer un surdosage.
Système nerveux central	Confusion, hallucinations, état dépressif fréquents chez le sujet âgé Troubles visuels avec coloration en jaune de la vision, moins fréquents chez le sujet âgé
Système cardiovasculaire	Troubles du rythme : troubles de la conduction et de l'excitabilité

Tableau 11 - Effets indésirables majeurs des digitaliques

→ Principales interactions médicamenteuses avec la Digoxine :

- Inhibiteurs de la glycoprotéine P (Amiodarone, Quinidine, Diltiazem, Verapamil, Ciclosporine, Itraconazole) : augmentation des concentrations plasmatiques de Digoxine (substrat de la glycoprotéine P) par diminution de sa clairance
- Inducteurs de la glycoprotéine P (Millepertuis) : diminution des concentrations plasmatiques de Digoxine
- Médicaments hypokaliémiants (diurétiques, corticoïdes, laxatifs stimulants) : majoration de la toxicité cardiaque de la Digoxine, arythmies
- Médicaments torsadogènes : majoration du risque de torsades de pointes
- Médicaments bradycardisants (Amiodarone, Quinidine, Bêta-bloquant, Vérapamil, Diltiazem) : risque de bradycardie excessive et de troubles de la conduction auriculo-ventriculaire
- Topiques gastro-intestinaux : diminution de l'absorption de Digoxine

- Clarithromycine, Erythromycine, Telithromycine : altération de la flore intestinale inhibant le métabolisme de la Digoxine d'où concentration sérique augmentée avec apparition éventuelle d'une toxicité à la Digoxine.

→ Recommandations et surveillance générales (77)

- D'un point de vue pharmacocinétique, la demi-vie de la Digoxine est augmentée chez le sujet âgé à cause des diminutions du volume de distribution et de l'élimination rénale. Il y a par conséquent un risque d'accumulation de Digoxine avec apparition de toxicités. Ainsi, d'après la liste de Laroche, afin que le médicament ne soit pas considéré comme inapproprié, il est recommandé :
 - Dose de Digoxine < 0,125 mg/j
 - Concentration plasmatique de Digoxine entre 0,5 et 1,2 ng/mL

La surveillance des concentrations plasmatiques est indispensable au cours du traitement. En fonction des résultats, une éventuelle adaptation posologique sera nécessaire. Cette surveillance doit être systématique en cas d'altération de la fonction rénale ou en cas d'association avec des médicaments néphrotoxiques. En effet, la digoxinémie est très liée à la fonction rénale, la clairance de la créatinine étant proportionnelle à celle de la créatinine. En dehors de ces situations, la surveillance de la digoxinémie doit s'effectuer au moins une fois par an.

- Il convient de rappeler au patient d'être vigilant sur l'apparition de symptômes de surdosage (troubles digestifs, bradycardie) car le risque essentiel du traitement par digitalique est l'intoxication. Ainsi, une surveillance quotidienne du pouls doit être effectuée. Une diminution du pouls à moins de 60 battements par minute pendant plusieurs jours consécutifs peut être un signe précurseur de toxicité.

- En cas d'association avec des médicaments hypokaliémisants, la kaliémie sera mesurée avant la mise en place du traitement puis elle sera contrôlée de façon périodique tous les 3 à 6 mois.
- En cas de prise de topiques gastro-intestinaux, la prise de Digoxine devra être décalée d'au moins 2 heures.

3.1.7. Diurétiques thiazidiques (78)

→ Indications

Les principales indications des diurétiques thiazidiques sont les suivantes :

- Hypertension artérielle, en association avec les IEC
- L'hydrochlorothiazide peut être utilisé pour les œdèmes d'origine rénale

En règle générale, chez les patients ayant une clairance de la créatinine supérieure ou égale à 30mL/min, les thiazidiques doivent être préférentiellement utilisés.

→ Profil d'effets indésirables majeurs

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
Système rénal	Hypovolémie, insuffisance rénale fonctionnelle, déshydratation, hypotension
Ionogramme	Hyponatrémie, hypercalcémie, hyperuricémie (goutte) Hypokaliémie et hypomagnésémie favorisant les torsades de pointe
Glycémie	Augmentation de la résistance à l'insuline et hyperglycémie
Lipides	Hypertriglycémie, augmentation du LDL-cholestérol et diminution du HDL-cholestérol
Autres	Faiblesse, paresthésies, crampes, troubles sexuels, photosensibilisation

Tableau 12 - Effets indésirables majeurs des diurétiques thiazidiques

La diurèse induite par les thiazidiques atteint un plateau. Les thiazidiques peuvent donc être administrés à des doses faibles, sans perte d'efficacité. L'augmentation des doses au-delà de l'équivalent de 25mg par jour d'Hydrochlorothiazide n'augmente pas la diurèse de façon importante mais favorise l'apparition des autres effets indésirables.

Chez la personne âgée, l'hyponatrémie est souvent liée à une prise de boissons trop abondantes, un régime désodé, un épisode infectieux, de diarrhée ou suite à de fortes chaleurs.

→ Principales interactions médicamenteuses avec les diurétiques thiazidiques :

- Médicaments hypokaliémisants (laxatifs stimulants, corticoïdes) : risque d'hypokaliémie majoré
- AINS, Aspirine® à forte dose (3g/j) : insuffisance rénale aggravée surtout en cas de déshydratation
- IEC, ARAII, Inhibiteur de la rénine : aggravation d'une insuffisance rénale et risque d'hypotension
- Médicaments altérant la fonction rénale : Sulfamides antibactériens, aminosides
- Lithium : augmentation de la lithémie
- Calcium, vitamine D : risque d'hypercalcémie

→ Recommandations et surveillance :

- Un bilan biologique sanguin doit être réalisé avant instauration du traitement par diurétiques, 15 jours après introduction puis tous les 3 mois ou au minimum une fois par an. Celui-ci a pour but de surveiller l'ionogramme sanguin (taux de sodium et potassium, calcium, magnésium), la glycémie, l'uricémie et la créatinine.

Une kaliémie inférieure ou égale à 3,6 mEq/L impose une compensation en potassium (DiffuK®, Kaleorid®)

- Le pharmacien doit être attentif aux signes cliniques de l'hypokaliémie, effet indésirable fréquent des diurétiques hypokaliémisants : constipation, nausées et vomissements, faiblesse musculaire, crampes, apathie, sécheresse buccale, soif importante.
- Les patients doivent se peser au moins 2 fois par semaine, vérifier l'apparition d'œdème, faire le pli cutané, afin de dépister de façon précoce une éventuelle déshydratation.
- La tension artérielle doit être prise régulièrement (debout et couché) pour dépister une possible hypotension orthostatique qui serait à l'origine de chutes. Elle peut être prise régulièrement par auto-tensiomètre au domicile du patient, et tous les 3 à 6 mois en cabinet médical.

3.1.8. Diurétiques de l'Anse

→ Indications :

Les principales indications des diurétiques de l'Anse sont les suivantes :

- Hypertension artérielle à faible dose et jamais en monothérapie
- Œdèmes lors de syndrome néphrotique, insuffisance cardiaque ou œdème aigu du poumon, à forte dose
- Traitement aigu des hypercalcémies du fait d'un effet hypocalcémiant

Ce sont les seuls utilisables en cas d'insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min.

→ Profil d'effets indésirables majeurs :

Ils présentent les mêmes effets indésirables que les diurétiques thiazidiques avec quelques divergences :

- La perte de sodium et de potassium peut être plus prononcée. L'hypokaliémie n'est pas facile à diagnostiquer sur le plan clinique car les signes et les symptômes ne sont

importants que lors d'une hypokaliémie sévère : faiblesse musculaire et apathie, constipation, sécheresse buccale, augmentation de la soif, crampes, nausées et vomissements, troubles du rythme. Cette hypokaliémie est particulièrement à craindre chez les patients arythmiques car elle encourage l'apparition de troubles du rythme. Elle peut être prévenue par l'utilisation d'un diurétique épargneur du potassium ou par l'ajout d'un supplément potassique.

- Les diurétiques de l'anse sont les plus pourvoyeurs d'incontinence urinaire que les autres classes de diurétique. En effet, la diurèse provoquée par le Furosémide est plus rapide qu'avec les thiazidiques. Pour les patients ayant du mal à se rendre rapidement aux toilettes, un diurétique thiazidique doit être ainsi préféré.
- A doses élevées, ils peuvent être à l'origine d'une ototoxicité, particulièrement en cas d'insuffisance rénale ou d'association avec un antibiotique ototoxique (aminosides). Cette ototoxicité se manifeste par une surdité, des vertiges et une sensation d'oreille bouchée.

→ Principales interactions médicamenteuses avec les diurétiques de l'anse :

Ces diurétiques peuvent interagir avec les mêmes médicaments que ceux interagissant avec les diurétiques thiazidiques.

Nous pouvons cependant ajouter le renforcement de la néphrotoxicité et de l'ototoxicité des aminosides en cas d'association avec ces derniers.

→ Recommandations et surveillance :

La surveillance biologique et tensionnelle des diurétiques de l'anse est identique à celle des thiazidiques.

3.1.9. Diurétiques épargneurs du potassium

→ Indications :

Les principales indications des diurétiques épargneurs de potassium sont les suivantes :

- Hypertension artérielle
- Œdèmes
- Insuffisance cardiaque (Spironolactone)

→ Profil d'effets indésirables majeurs :

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
Ionogramme	Risque d'hyperkaliémie et par conséquent d'arythmie Risque d'hyponatrémie, déshydratation
Organes sexuels	Troubles endocriniens par effet anti-androgénique : gynécomastie, dysfonction érectile, troubles de la libido, troubles des règles

Tableau 13 - Effets indésirables majeurs des diurétiques épargneurs du potassium

→ Principales interactions médicamenteuses avec les diurétiques épargneurs du potassium :

- Suppléments potassiques (DiffuK®, Kaleorid®) : contre-indication sauf si faible kaliémie
- Autres médicaments bloquants le SRAA (IEC, ARAII, Inhibiteur de la rénine) : risque accru d'altération de la fonction rénale et d'hyperkaliémie. L'association IEC-Spironolactone est autorisée dans le traitement de l'insuffisance cardiaque à des doses comprises entre 12,5 et 25 mg/j sous surveillance de la fonction rénale et de la kaliémie
- AINS, Aspirine® à dose anti-inflammatoire et antalgique : risque d'altération de la fonction rénale, d'hyperkaliémie et diminution de l'effet antihypertenseur du diurétique

- Héparines, Immunosuppresseurs (Ciclosporine, Tacrolimus) : Risque accru d'hyperkaliémie
- Lithium : Augmentation de la lithémie

→ Recommandations et surveillance (79):

- Il est nécessaire de contrôler régulièrement l'ionogramme sanguin (natrémie et kaliémie) ainsi que la fonction rénale (Créatininémie, clairance de la créatinine) avant instauration du traitement, 15 jours après, puis au moins une fois par an ou en cas d'événement intercurrent (fièvre, vomissements, diarrhées).

La Spironolactone ne doit pas être prescrite si la clairance de la créatinine est inférieure à 30 mL/min ou si la kaliémie est supérieure à 5 mmol/L.

Pour conclure, les diurétiques sont en général bien tolérés mais ils peuvent être responsables d'accidents iatrogènes graves (troubles de l'hydratation, troubles hydro-électrolytiques, insuffisance rénale aiguë) liés à un manque de vigilance du prescripteur ou un manque d'éducation du patient.

Ainsi, pour tout patient âgé sous traitement diurétique, un contrôle régulier de l'état d'hydratation, de la natrémie, de la kaliémie et de la fonction rénale est indispensable pour prévenir les troubles hydro-électrolytiques et le risque d'insuffisance rénale. En effet, 22,8 % des personnes de plus de 75 ans sous traitement diurétique de tout type n'ont pas reçu un seul contrôle biologique en une année de traitement (80). Pour la majorité des prescripteurs, ils se reconnaissaient moins prudents avec les associations contenant un diurétique hypokaliémiant et un diurétique épargneur du potassium pensant que cela diminuait le risque de troubles hydroélectrolytiques. De même, lors d'épisode de fièvre ou de troubles digestifs (vomissement,

diarrhée), le rapport bénéfice/risque doit être réévalué surtout si ces désordres sont importants ou persistants.

3.1.10. Anti arythmiques (Amiodarone)

→ Indications :

Les principales indications de l'Amiodarone sont les suivantes :

- Tachycardies ventriculaires et supra-ventriculaires
- Fibrillation ventriculaire

→ Profil d'effets indésirables majeurs :

<i>Système touché</i>	<i>Effets indésirables</i>
	Allongement de l'intervalle QT avec risque de torsades de pointes
Système cardiaque	Ralentissement de la fréquence cardiaque, bradycardie dose dépendante Effet arythmogène
Système thyroïdien	Dysthyroïdie
Système pulmonaire	Pneumonie interstitielle, bronchospasme, asthme
Système oculaire	Dépôts cornéens avec possibilité de neuropathie ou névrite optique pouvant évoluer vers la cécité
Autres	Photosensibilisation, pigmentation de la peau, neuropathies, hépatite au long cours

Tableau 14 - Effets indésirables majeurs des anti-arythmiques

→ Principales interactions médicamenteuses avec l'Amiodarone :

L'amiodarone a une très longue demi-vie, environ entre 20 et 100 jours. Elle est donc éliminée très lentement à l'arrêt du traitement. Il convient d'en tenir compte pour les effets indésirables et les interactions.

- Médicaments métabolisés par les CYP3A4, 2C9 et 2D6 (AVK, Simvastatine, Tacrolimus...) : inhibition du métabolisme hépatique de ces médicaments avec augmentation de leur concentration plasmatique et donc augmentation de leurs effets indésirables
- Médicaments torsadogènes : risque majoré de torsades de pointe
- Médicaments bradycardisants : risque majoré de bradycardie

→ Recommandations et surveillance :

- ECG doit être effectué tous les 6 mois
- Dosage de la TSH recommandé avant l'instauration du traitement puis régulièrement en cours de traitement (tous les 6 à 12 mois) et même plusieurs mois après son arrêt en cas de suspicion de dysthyroïdie
- En cas de vision trouble ou de baisse de l'acuité visuelle, un fond d'œil doit être pratiqué du fait de risque de névrite optique pouvant conduire à la cécité
- L'apparition d'une dyspnée ou d'une toux sèche doit immédiatement nécessiter une consultation médicale à cause de la toxicité pulmonaire de l'amiodarone
- L'effet photo sensibilisant de l'amiodarone recommande une protection cutanée contre les UV lors de toute sortie prolongée en extérieur

3.2. Médicaments psychotropes (75) (12)

D'une manière générale, il faut éviter les associations de psychotropes car cela potentialise leurs effets indésirables avec notamment un risque accru de troubles de la vigilance, avec somnolence et chutes.

3.2.1. Benzodiazépines et apparentés

Chez la personne âgée, l'utilisation au long cours des anxiolytiques et hypnotiques est déconseillée car ils sont à l'origine d'accoutumance et d'aggravation de troubles mnésiques. Il est également difficile de sevrer une personne âgée qui a eu recours à ces traitements durant plusieurs mois. Il est donc important de réévaluer systématiquement l'indication du traitement et de planifier avec le patient l'arrêt du traitement dès son instauration.

Ainsi, les posologies initiales des benzodiazépines doivent être diminuées de moitié par rapport à l'adulte jeune et les benzodiazépines à demi-vie courte doivent être privilégiées (Oxazepam, Lorazepam, Alprazolam). En effet, les benzodiazépines à longue demi-vie (> 20h) sont des médicaments à éviter d'après la liste de Laroche car ils s'accumulent dans l'organisme de la personne âgée et sont donc plus pourvoyeurs d'effets indésirables. De même, pour les mêmes raisons, l'association de deux ou plusieurs benzodiazépines est à éviter.

Au comptoir, il est ainsi important de dépister les effets indésirables suivants :

- risque d'effet sédatif et myorelaxant favorisant les chutes
- risque de troubles mnésiques, de confusion

D'autres molécules peuvent être utilisées chez la personne âgée pour leur effet hypnotique, il s'agit des imidazopyridines (Zolpidem et Zopiclone pour les insomnies d'endormissement et de fin de nuit respectivement). Elles nécessitent tout de même une réduction des posologies initiales par rapport au jeune adulte.

3.2.2. Antidépresseurs

Les antidépresseurs de la classe des ISRS ou des ISRN_a sont à utiliser en première intention chez la personne âgée. Il convient tout de même de débiter à demi-dose puis d'augmenter progressivement les posologies jusqu'à atteindre la posologie moyenne recommandée. Quelques effets indésirables des ISRS sont quand même à surveiller comme la perte de poids, le risque de chute, des effets extrapyramidaux et le risque d'hyponatrémie. Celui-ci peut se manifester par un syndrome confusionnel voire des convulsions.

Dans la classe des « autres antidépresseurs », la Mirtazapine, un antagoniste alpha-2 présynaptique d'action centrale peut être une alternative au traitement par ISRS car même si elle présente un effet sédatif marqué, elle est dépourvue d'effets anticholinergiques et est responsable d'une prise de poids, ce qui peut être bénéfique en gériatrie.

Pour finir, d'après la liste de Laroche, les antidépresseurs imipraminiques sont à éviter car le rapport bénéfice/risque n'est pas favorable pour la personne âgée. Ils ont de nombreux effets indésirables dus à leur effet anticholinergique : constipation, rétention urinaire, confusion, glaucome. Ils présentent également une toxicité cardiaque et un risque important de sédation et d'hypotension orthostatique. Il s'agit des spécialités comme Ludiomil®, Laroxyl®, Anafranil® ou Surmontil®. Cette classe de médicament ne sera utilisée qu'en cas d'échec des autres thérapies vues précédemment.

Pour tout traitement par antidépresseur, il est important de ne pas arrêter brutalement le traitement mais progressivement pour éviter un syndrome de sevrage. De plus, les premiers effets bénéfiques du traitement apparaissant au minimum 3 semaines après l'instauration, il est important d'encourager le patient à persévérer dans la prise de son traitement même s'il n'en constate aucun effet bénéfique.

3.2.3. Thymorégulateurs

En première intention dans les troubles de l'humeur, le Lithium doit être utilisé, c'est celui qui sera le mieux toléré. Une surveillance de la lithémie sera essentielle, d'autant plus qu'on constate chez la personne âgée, une diminution de la clairance d'élimination du Lithium et ainsi une augmentation de la concentration plasmatique à l'équilibre avec un risque de surdosage.

Ainsi, le Lithium est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale : clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min et son association est déconseillée avec les médicaments suivants, souvent prescrits chez la personne âgée :

- AINS, IEC, ARAII, diurétiques : risque d'augmentation de la lithémie
- Neuroleptiques à fortes doses : risque de syndrome confusionnel et d'augmentation de la lithémie
- ISRS : risque d'apparition d'un syndrome sérotoninergique
- Carbamazépine : risque de neurotoxicité

Le traitement doit être débuté à posologies réduites puis augmentées progressivement en fonction de la tolérance du patient et de la réponse clinique.

3.2.4. Neuroleptiques

Les neuroleptiques sont en général utilisés pour les symptômes psychotiques de la personne âgée dans le cadre d'une démence : agitation, cris, agressivité.

Le traitement doit toujours être initié à faible posologie et si le traitement doit être utilisé au long cours, la posologie minimale efficace doit être recherchée.

En effet, les neuroleptiques présentent de nombreux effets indésirables :

- effets anticholinergiques
- allongement de l'espace QT

- hypotension, somnolence, confusion
- syndrome malin des neuroleptiques : pâleur, hyperthermie, altération de la conscience, rigidité musculaire
- effets extrapyramidaux avec un syndrome parkinsonien et des mouvements anormaux

Ces effets indésirables peuvent être potentialisés en cas d'association avec d'autres traitements déprimeurs du système nerveux central, avec des substances anticholinergiques ou des neuroleptiques cachés comme le Métoprolol. Ils doivent constamment être recherchés par les professionnels de santé.

Ainsi, d'après la liste de Laroche du fait de leurs plus importants effets indésirables, les neuroleptiques phénothiazines sont à éviter (Largactil®, Nozinan®, Tercian®...). La famille des non phénothiazines sera donc à privilégier (Zyprexa®, Risperdal®...).

3.3. Anticoagulants (75) (12)

Les personnes âgées traitées par anticoagulants sont plus soumises au risque hémorragique du fait du de leur vieillissement, la molécule anticoagulante étant moins rapidement éliminée que chez l'adulte jeune. Il est donc important d'évaluer le rapport bénéfice-risque avant instauration du traitement : une prescription mal suivie d'anticoagulants est à l'origine de 13 % des hospitalisations françaises.

De plus, l'anticoagulant choisi dépendra des fonctions cognitives du patient, du mode de vie et des capacités de surveillance du traitement par le patient.

3.3.1. Héparines

Il existe deux types d'héparine : les héparines non fractionnées (HNF) et les héparines de bas poids moléculaire (HBPM). Le choix de l'héparine dépend de la fonction rénale du

patient, ce qui est d'autant plus important dans le cas des personnes âgées. En effet, en cas d'insuffisance rénale, les HNF sont à préférer aux HBPM :

- HBPM déconseillée à dose préventive en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min)
- HBPM contre-indiquée à dose curative en cas d'insuffisance rénale sévère

Le dosage des plaquettes doit être réalisé deux fois par semaine le premier mois de traitement puis toutes les semaines pour dépister une éventuelle thrombopénie induite à l'héparine. Dans le cadre d'un traitement curatif par HNF, il est nécessaire de doser le temps de céphaline activé (TCA) tous les jours pour éviter toute hémorragie. De même, pour les HBPM, le dosage quotidien du facteur anti-Xa doit être réalisé mais uniquement dans certaines situations à risque comme un poids extrême ou une insuffisance rénale.

3.3.2. Anti-vitamine K et Anticoagulants oraux directs (81)

Les indications des anticoagulants oraux sont la fibrillation auriculaire et la maladie thromboembolique veineuse. Deux classes de médicaments sont utilisées dans ces indications : les AVK et les AOD.

Chez la personne âgée, le risque hémorragique de ces médicaments n'est pas à négliger : en effet, l'utilisation des anticoagulants oraux chez les plus de 75 ans multiplie le risque d'évènements hémorragiques par un facteur 2 ou 3 du fait de leur fragilité vasculaire, du risque fréquent de chutes et de la dénutrition.

Ainsi, en ce qui concerne les AVK, la posologie initiale doit être diminuée par 2 et la surveillance de l'INR doit être régulière, au moins une fois par mois quand tout va bien et lors de tout événement intercurrent (changement d'alimentation, ajout ou retrait d'un médicament, pathologies). Il est important de sensibiliser le patient sur les potentiels signes d'hémorragie : hématomes, gingivorragies, hématurie, présence de sang dans les selles...

Pour les AOD, il n'y a pas encore de recommandations ni de standards de surveillance particulière mais il faut être vigilant sur les posologies de chaque AOD et en cas d'insuffisance rénale : une adaptation est nécessaire pour le Pradaxa® pour une clairance de la créatinine comprise entre 30 et 50 mL/min (insuffisance rénale modérée) ou pour l'Eliquis® en cas d'insuffisance rénale sévère (15-29 mL/min). Les AOD peuvent être une alternative dans le choix du traitement anticoagulant par rapport aux AVK chez le patient âgé avec des troubles cognitifs ou pour les patients qui ont du mal à maintenir leur INR dans la zone cible malgré une bonne observance. Cependant, il s'agit ici seulement d'une facilité pour le patient, en regard du suivi biologique (INR) et des contraintes liées à la régularité du régime alimentaire, mais le risque hémorragique est toujours bien présent.

3.4. Antidiabétiques (82)

L'objectif du traitement du diabète n'est pas le même chez l'adulte jeune et la personne âgée. En effet, nous ne recherchons pas forcément un ajustement strict de la glycémie car ceci expose un risque d'hypoglycémie iatrogène potentiellement grave.

Les principaux facteurs de risque de ces hypoglycémies iatrogènes sont la dénutrition, l'insuffisance rénale, la polymédication ou une erreur de prescription c'est à dire tout traitement non justifié ou excessif.

3.4.1. Metformine

La Metformine est le traitement de choix du patient âgé diabétique. Il convient toutefois d'être vigilant sur une éventuelle altération de la fonction rénale car la Metformine est éliminée par cette voie.

Ainsi, la Metformine est contre-indiquée dans les situations suivantes en raison d'un risque important d'acidose lactique :

- insuffisance rénale inférieure ou égale à 40 mL/min
- affection aiguë susceptible d'altérer la fonction rénale (déshydratation, fièvre)

L'association avec des médicaments altérant la fonction rénale comme les AINS, IEC, ARAII et diurétiques est possible mais avec une surveillance accrue de la fonction rénale 2 à 4 fois par an minimum.

La Metformine peut également être responsable de dysgueusie avec sensation de goût métallique dans la bouche. Cet effet indésirable est à détecter chez les patients âgés dénutris ou avec perte d'appétit.

3.4.2. Sulfamides

La Metformine peut être utilisée en association avec un sulfamide hypoglycémiant. Toutefois, cette classe de médicament est pourvoyeuse d'hypoglycémie. Les personnes âgées étant particulièrement sensibles à la survenue d'hypoglycémie, il faut être vigilant sur l'apparition de tels épisodes. Pour les éviter, il est important de prévenir le patient de ne pas prendre son médicament en cas de jeûne, même de quelques heures (repas sauté, affection fébrile...) ou en cas de troubles digestifs importants comme des vomissements. Il ne doit également pas rattraper un oubli.

Ainsi, les sulfamides à longue durée d'action (Glipizide) sont contre-indiqués chez les patients de plus de 65 ans en raison du risque important d'hypoglycémie prolongée.

Quand les sulfamides ne peuvent pas être utilisés, ils peuvent être remplacés par les Inhibiteurs de DPP4, en bithérapie avec la Metformine.

3.4.3. Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase (Acarbose, Miglitol)

Ils sont contre-indiqués en cas de Clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min ou en cas d'antécédents digestifs (hernies ou éventrations).

3.4.4. Insulines

Quand les antidiabétiques oraux ne peuvent pas être utilisés, l'insulinothérapie est recommandée et ne présente aucune contre-indication chez la personne âgée.

De même, lors d'une situation aiguë contre-indiquant temporairement les antidiabétiques oraux comme une déshydratation avec insuffisance rénale, ceux-ci doivent être interrompus avec surveillance de la glycémie et recours éventuellement à l'insuline.

3.5. Anti-inflammatoires non stéroïdiens (29)

L'utilisation des AINS doit être très prudente chez la personne âgée car ils ne sont pas bien tolérés sur le plan digestif et exposent à un risque d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle. En cas de cardiopathie sous-jacente, ils sont déconseillés du fait du risque de décompensation cardiaque. Ainsi, le recours à un AINS doit rester exceptionnel et ne doit être envisagé qu'après échec du Paracétamol, sauf en cas de rhumatismes inflammatoires aigus ou chroniques. Dans ce cas, le traitement doit être le plus court possible, à faible dose et la posologie doit être ajustée en fonction du soulagement des symptômes et de la tolérance. Les formes à libération prolongée sont évidemment à proscrire.

De plus, trois paramètres essentiels sont à surveiller :

- La fonction rénale et l'hydratation du fait d'une toxicité rénale. Une insuffisance rénale sévère contre-indique l'emploi d'un AINS.

- La tolérance digestive : les patients âgés sont plus à risque de perforations et hémorragies digestives. Un protecteur gastrique (IPP) doit systématiquement être prescrit avec un AINS.
- La fonction cardiaque car il y a un risque de décompensation cardiaque par rétention hydro-sodée.

De même, il faut être vigilant sur leur association avec les médicaments suivants, souvent prescrits chez le sujet âgé :

- IEC, ARAII, diurétiques : risque accru d'insuffisance rénale aiguë. Le dosage de la créatinine et des électrolytes sanguins doit être systématique avant instauration du traitement et 5 à 7 jours après la fin du traitement par AINS.
- Anticoagulants : augmentation du risque hémorragique.
- Antihypertenseurs : risque de résistance aux antihypertenseurs et risque de décompensation d'insuffisance cardiaque.

L'association des AINS est à éviter chez la personne âgée car il n'y a pas d'augmentation de l'efficacité mais une multiplication des effets indésirables d'après la liste de Laroche.

3.6. Antalgiques

La gestion de la douleur chez la personne âgée repose sur les mêmes principes que chez l'adulte jeune. Les 3 paliers d'antalgique peuvent être utilisés mais avec des précautions d'emploi et des adaptations posologiques. En effet, en raison d'une modification de la fonction rénale chez la personne vieillissante, la clairance de la créatinine doit être calculée pour adapter les doses et éviter ainsi tout surdosage.

Les antalgiques de palier I sont à privilégier en première intention, avec le Paracétamol en chef de file, du fait de son excellente tolérance et de l'absence d'interaction médicamenteuse. La posologie recommandée est de 500 mg ou 1 g par prise avec un maximum de 3 g par jour. Le

Paracétamol se retrouve caché dans de nombreuses associations médicamenteuses (Fervex®, Actifed®, Lamaline®...), le pharmacien doit toujours rappeler au patient de ne pas dépasser la dose journalière maximale recommandée.

1) Les antalgiques de pallier II peuvent être utilisés en cas d'échec des antalgiques de pallier I. Dans ce cas, le Paracétamol codéiné est à privilégier en débutant par de faibles doses et en les augmentant progressivement en fonction de la tolérance et des besoins du patient.

Le Tramadol peut être une alternative en cas d'échec du Paracétamol codéiné mais les formes à libération prolongée ou les associations avec le Paracétamol sont à privilégier car elles sont souvent mieux tolérées. Le Tramadol cause en effet souvent des intolérances de type vertiges, somnolence, nausées et vomissements...

2) Les antalgiques de pallier II sont quand même le plus souvent mal tolérés par le patient avec des effets de somnolence, vertiges et par conséquent un risque de chutes. Ils ne doivent toutefois pas conduire à un arrêt du traitement quand celui-ci est justifié mais ils doivent être prévenus et recherchés. Par exemple, un laxatif doit être systématiquement prescrit avec les opioïdes (codéine ou morphiniques).

3) Les antalgiques de pallier III peuvent être prescrits chez la personne âgée en cas d'échec des thérapeutiques précédentes. Cependant, une diminution des doses d'équianalgésie d'environ 30 % est recommandée en début de traitement du fait des nombreux effets indésirables (somnolence, hallucinations, confusion, nausées, constipation, chutes).

Pour tout antalgique, une prescription au long cours doit être évitée. Celle-ci doit être systématiquement réévaluée pour éviter l'accumulation du principe actif dans l'organisme et les effets indésirables qui en découlent.

4. Entretiens thérapeutiques

Après avoir abordé le problème de l'iatrogénèse médicamenteuse et de ses facteurs favorisants, nous allons faire le point sur les entretiens thérapeutiques.

L'entretien thérapeutique est une situation d'échange verbal entre un soignant et un patient. Ce qui le différencie d'une simple discussion provient de l'objectif de départ, posé par le soignant, et de la formalisation de l'entretien selon un mode de communication défini. Cet objectif de départ donne lieu à une investigation ou aussi possiblement à un processus d'apprentissage du soignant envers le patient. C'est le cas en France avec les entretiens d'éducation thérapeutique réalisés en officine. Suite à la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) de 2009, l'éducation thérapeutique est inscrite au code de santé publique (Art. L. 1161-1 à L. 1161-6). Cette démarche éducative auprès de patients ayant une affection chronique n'existe dans les réseaux officinaux, que pour quelques affections chroniques, notamment l'asthme ou les AVK. Les modes de communication qui guident l'entretien peuvent être de trois formes : directif, semi directif et non-directif.

4.1. Mode de communication (83)

4.1.1. Directif

L'entretien directif se rapproche de l'interrogatoire, les questions sont bien souvent fermées et appellent des réponses courtes et concises. C'est le plus structuré des entretiens, l'enquêteur sait en général où il veut aller et pose exactement les questions qui balayeront ses interrogations. Ils sont en général précédés en clinique par des entretiens semi ou non-directifs, afin de comprendre le contexte.

4.1.2. Non-directif

Il est le moins structuré de tous les entretiens. Une question générale laisse libre cours au récit de la personne interrogée, l'interviewer devra alors suivre le cheminement et l'errance du patient dans son discours où il abordera les thèmes qu'il souhaitera. Ce type d'entretien est principalement ponctué par des reformulations et des relances et est centré sur la personne (Carl Rogers).

4.1.3. Semi-directif

L'entretien semi-directif est un compromis entre l'entretien non-directif et l'entretien directif. Le soignant a ici connaissance du contexte global du patient, ses médicaments et ses antécédents, il peut ainsi orienter son entretien grâce à une grille thématique. Cette grille, rédigée par l'interviewer, regroupe les thèmes à aborder lors de l'entretien. Elle est rédigée en fonction des objectifs et des hypothèses posées par le postulat de départ. Ainsi, le soignant peut encadrer l'interviewé pour qu'il aille dans la direction souhaitée mais en le laissant libre de s'exprimer sur le sujet sans directement le questionner. On a d'une part une ouverture à la nouveauté et à l'inconnu (exploration) et d'autre part une analyse, une compréhension psychologique.

On parle d'entretien qualitatif pour sa capacité à trouver des réponses en profondeur lors d'un entretien individuel ou en groupe restreint, en opposition au quantitatif qui s'adresse à une cohorte plus significative et avec des questions bien souvent fermées.

4.2. Méthodologie et outils d'entretien

La méthodologie et le déroulé des entretiens non-directifs s'appuie sur les travaux du psychologue américain Carl Rogers qui considère que chaque être humain a en lui les ressources

de son développement personnel et que l'apprenant ne doit pas s'intéresser seulement au problème mais à la personne. C'est pourquoi on parle d'approche centrée sur le patient.

La reformulation et l'écoute active (ou bienveillante) permettent d'instaurer un climat de confiance avec le patient lui permettant de se livrer et parler librement. Selon Rogers, les trois attitudes fondamentales du thérapeute face au patient sont les suivantes (84) :

- La congruence (être en accord avec les émotions et les réflexions suscitées en nous par la personne écoutée).
- La considération positive inconditionnelle (le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit).
- L'empathie (capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et émotions).

4.3. L'entretien motivationnel (85)

Une autre approche de l'entretien, plus éducative, peut se faire avec l'entretien motivationnel. Il s'agit d'une conversation collaborative, centrée sur le patient (Carl Rogers), entre un soignant et un patient permettant de générer et renforcer la motivation d'une personne le poussant vers le changement. A l'origine destiné à la clinique en addictologie, cette méthode permettait l'exploration et l'encouragement au changement chez les personnes ayant une addiction.

Ce type d'approche peut être utile lorsqu'on souhaite aboutir à un changement du comportement du patient et faire baisser ses résistances, notamment chez un patient ambivalent. WR. Miller et S. Rollnick entendent par ambivalence le fait qu'un patient qui se refuse au changement, et qui a une mauvaise habitude comme l'addiction, voit des raisons pour changer et des raisons pour ne pas le faire. Le soignant doit accompagner le changement du patient sans

pour autant procéder d'un réflexe correcteur¹ qui priverait le sujet d'une certaine autonomie. Cette perte d'autonomie, contre-productive, entraîne généralement un contre argumentaire de la part du patient.

Au contraire il faut que le soignant crée un partenariat durant son entretien centré sur le patient (Carl Rogers), avec une atmosphère empathique de non-jugement, valorisant le chemin parcouru et entraînant la personne à trouver des motivations intrinsèques pourvoyeuses de réussite.



Figure 8 - Pensée de Pascal (1623-1662)

¹ Formuler à la place du patient des arguments pour le changement

MATERIEL & METHODE

1. Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'identifier et de catégoriser les comportements de patients pouvant être à l'origine de situations à risque d'iatrogénèse médicamenteuse. Grâce à notre revue de la littérature et à notre expérience de travail en officine, nous avons pu énoncer 16 hypothèses de comportements de patients face à leurs traitements et leurs pathologies :

- Le patient connaît mal le rôle de ses médicaments
- Le patient connaît mal la posologie et les heures de prise du traitement
- Le patient a déjà ressenti des effets indésirables avec un médicament, pouvant nuire à son observance
- Le patient est influencé par l'environnement externe : son entourage, les médias, les notices... concernant les médicaments
- Le patient oublie son traitement
- Le patient ne sait pas gérer l'oubli du traitement ni anticiper ce type de risque
- Le patient a des motivations pour se soigner
- Le patient s'automédique dangereusement
- La « réputation » des génériques peut nuire l'observance du patient
- Le patient a une représentation erronée de sa maladie ou de son traitement
- Le patient n'a pas reçu d'information de la part du pharmacien ni du médecin concernant ses médicaments
- Le patient a déjà souffert d'un manque de coordination des professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmier)
- L'absence de dossier pharmaceutique est un facteur de risque pour le patient
- Le patient est demandeur d'une réévaluation de son traitement
- Le patient a des sentiments, des ressentis qui l'influencent sur la prise de son traitement

- Le médicament est difficilement accepté par le patient (forme galénique, coût, moment de la journée...)

Nous avons réalisé des entretiens pharmaceutiques, cette phase a consisté à recueillir les comportements et les opinions des patients face à leurs traitements et leurs pathologies. Pour cela, nous avons utilisé un guide d'entretien thématique, réalisé à partir des hypothèses déterminées précédemment. Une fois les entretiens réalisés, nous avons retranscrits l'ensemble des échanges pour évaluer la significativité de nos hypothèses au travers des comportements des patients.

2. Réalisation des entretiens pharmaceutiques

2.1. Type de communication durant l'entretien

On recherchait ici la variété des situations plutôt que de démontrer une représentativité au sens puissance statistique de présence d'un évènement. C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser des entretiens qualitatifs semi-directifs à but exploratoire, de sorte à laisser une grande liberté de parole au patient, mais en se servant de la trame d'entretien pour aborder les thématiques prédéfinies.

2.2. Elaboration du guide thématique

La trame utilisée lors de nos entretiens est présentée en annexe 3. Pour la réaliser, nous nous sommes aidé d'une trame réalisée par le Docteur Nathalie Calop dans le cadre de sa thèse de doctorat en sciences de l'éducation(86). Notre trame a été adaptée et remaniée en fonction des hypothèses émises précédemment.

Notre trame d'entretien est divisée en 4 parties :

- 1^{ère} partie : il s'agit d'une prise de contact avec le patient afin de recueillir son âge, son sexe et sa catégorie socio-professionnelle.
- 2^{ème} partie : il s'agit du recueil plus précis d'informations sur la pathologie du malade et les traitements prescrits associés. Le maximum d'informations sur les traitements était recueilli en amont grâce à l'historique patient à la pharmacie.
- 3^{ème} partie : il s'agit de l'évaluation de la connaissance du patient sur sa pathologie et ses traitements. Nous essayons dans cette partie d'identifier des situations problématiques pour le patient comme la survenue d'effets indésirables, l'observance, l'absence de suivi biologique et médical, la présence de contraintes en termes de modalités de prise (interactions médicamenteuses, rigueur quant à l'heure de prise, connaissance des interactions médicamenteuses, signes de surdosage/sous dosage).
- 4^{ème} partie : il s'agit d'une partie où le patient s'exprime de façon libre sur son quotidien avec ses médicaments. Nous pouvons évaluer à ce niveau les motivations du patient à se soigner, son acceptation de la maladie, son autonomie dans la gestion de son traitement...

Dans la pratique, notre trame d'entretien n'a pas suivi l'ordre exact des parties. En effet, notre 4^{ème} partie théorique venait plutôt se positionner en début d'entretien afin de laisser le patient s'exprimer librement et d'ouvrir l'échange. Puis, au fil de la discussion, nous incitions le malade à revenir sur les parties 2 et 3 si celles-ci n'étaient pas spontanément abordées. Ceci permettait d'instaurer une discussion sereine, sans que le patient ne ressente un quelconque jugement de notre part. Enfin, la première partie intervenait en fin d'entretien puisqu'il s'agissait de questions fermées et non essentielles qui auraient pu casser le rythme pendant l'échange et braquer le patient sur un mode questionnaire.

2.3. Réalisation d'entretiens tests

Une première phase d'entretiens « tests », en binôme, nous a permis de définir correctement les hypothèses de notre étude et d'adapter notre trame d'entretien. Il s'agissait de comprendre comment formuler au mieux nos questions ouvertes pour emmener notre patient sur telle ou telle thématique. Ils ont été effectués dans la deuxième pharmacie, dans le bureau du titulaire où régnait une entière confidentialité. Au cours de cette phase test, nous nous sommes rendu compte qu'il était préférable de réaliser les entretiens individuellement avec le patient plutôt qu'en binôme. En effet, le patient se sentait parfois plus jugé, méfiant et ne savait pas quel étudiant regarder lorsqu'il se confiait sur son traitement.

Dès lors que les entretiens étaient fluides, nous assurant la bonne compréhension du patient et sa mise en confiance, nous avons décidé d'arrêter la phase test et de commencer les entretiens réels.

4 entretiens test ont été réalisés, après quoi nous avons décidé que notre guide correspondait à nos attentes et que nous arrivions à nous faire comprendre durant l'entretien.

2.4. Critères d'inclusion des patients

Nous avons décidé de nous intéresser aux patients correspondants aux critères suivants :

- homme ou femme,
- de plus de 65 ans,
- autonome (non dément et non alité),
- avec au moins une pathologie touchant la sphère cardiovasculaire,
- ayant au moins un des médicaments de la famille des diurétiques, IEC, ARAII, Bêta-bloquants, anti-arythmiques ou statines.

L'implication des deux titulaires des pharmacies a été d'une grande aide, c'est grâce à la confiance que les patients portent en leur pharmacien qu'ils ont accepté de s'entretenir avec un ou deux étudiants qu'ils ne connaissaient pas.

Ainsi, 18 entretiens ont été réalisés entre décembre 2016 et février 2017 dans le cadre de notre étude.

2.5. Profil des enquêteurs

Les enquêteurs sont tous les deux étudiants en année de thèse de pharmacie. Les entretiens ont été réalisés par un seul des deux enquêteurs. Ceci assurait une meilleure fluidité au cours de l'échange et une mise en confiance du patient.

2.6. Lieux de l'étude

Les entretiens ont été réalisés avec des patients provenant de deux pharmacies, de taille similaire mais situées dans des zones géographiques différentes permettant un brassage des catégories socio-professionnelles.

La première pharmacie se situe en périphérie de Grenoble, dans un village familial avec des patients de catégories socio-professionnelle supérieures, de type ingénieurs et cadres.

La deuxième pharmacie se situe en agglomération grenobloise où le pouvoir d'achat est plus limité.

2.7. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des patients a été effectué par le titulaire de chaque pharmacie, à qui nous avons confié nos objectifs de l'étude et les critères d'inclusion de nos patients.

Dans la première pharmacie, le titulaire se chargeait de contacter chaque patient pour savoir « s'il était d'accord de s'entretenir avec un étudiant en pharmacie, dans le cadre de sa thèse de fin d'étude, pour parler de ses médicaments ».

Dans la seconde pharmacie, le titulaire s'est chargé de demander au patient s'il accepterait de réaliser un entretien avec un étudiant en pharmacie dans le cadre d'une thèse d'exercice. Une liste de patients ayant acceptés nous a été remise par le titulaire. Par la suite, nous avons nous-même contacté chaque patient pour convenir d'un rendez-vous.

Pour les deux officines, si le patient acceptait l'échange, il y avait alors deux possibilités selon la préférence du patient :

- prise d'un rendez-vous ultérieur au domicile du patient
- prise d'un rendez-vous ultérieur à la pharmacie

Si l'échange avait lieu à la pharmacie, celui-ci se déroulait à l'abri des regards, dans le bureau du titulaire.

Pour chaque rendez-vous, il était demandé au patient de nous apporter l'ensemble de ses ordonnances et de ses analyses biologiques récentes.

Avant chaque rendez-vous, une analyse pharmaceutique des dernières ordonnances présentes dans l'historique du patient était réalisée afin d'orienter au mieux l'échange avec le patient.

Concrètement, l'entretien commençait par des remerciements envers le patient pour nous consacrer de son temps. Une brève explication de notre étude et de l'entretien lui était donnée à l'oral : « dans le cadre de notre thèse de pharmacie, nous avons choisi de réaliser des entretiens avec des patients prenant tous les jours des médicaments pour le cœur, pour la tension pour voir comment ils vivent et s'organisent avec leurs médicaments ». Il s'agissait avant tout de rassurer le patient, en lui mentionnant qu'il ne s'agissait ni d'un questionnaire ni d'une évaluation mais simplement d'une discussion. Ceci permettait la mise en confiance du patient.

Si le patient donnait son accord, l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone dans le cadre d'une retranscription future, anonyme. A la fin de cette retranscription, tous les fichiers sonores ont été supprimés. Nous avons choisi d'enregistrer les entretiens pour faciliter l'échange avec le patient et ne pas être préoccupé par la prise de notes au cours de l'entretien. Seules les grandes lignes de l'entretien étaient retranscrites à l'écrit au cours de l'échange.

Lorsque l'ensemble des thématiques et hypothèses était abordé dans les divers entretiens, nous avons décidé d'arrêter les prises de rendez-vous pour nous consacrer à la retranscription et à l'analyse des résultats.

3. Retranscription des entretiens

3.1. Retranscription mot à mot

Suite aux entretiens, nous avons retranscrits l'ensemble des entretiens mot à mot grâce à l'enregistrement sonore. Ils sont présentés en annexe 2.

3.2. Classement par hypothèses

A partir de la retranscription mot à mot, nous avons classé par hypothèses les *verbatim* principaux des patients.

RESULTATS

1. Entretiens patients

1.1. Caractéristiques démographiques de l'échantillon

1.1.1. Age

L'âge moyen de nos patients est de 74,9 années. Le plus jeune patient est âgé de 65 ans et le plus âgé, de 92 ans.

1.1.2. Sexe

L'échantillon est composé de cinq femmes (27,8 %) et treize hommes (72,2 %) pour un total de 18 patients.

1.1.3. Statut familial

Treize de nos patients (72,2 %) vivent en couple et cinq d'entre eux (27,8 %) vivent seuls.

1.1.4. Nombre moyen de médicaments cardiovasculaires

Le nombre moyen de médicaments par patient, et indiqués dans le cadre d'une pathologie cardiovasculaire, est de 3,72.

1.2. Caractéristiques des entretiens

1.2.1. Lieu des entretiens

Les entretiens ont été recueillis dans deux pharmacies différentes : la pharmacie Centrale (85 avenue Benoît Frachon, 38400 Saint-Martin-d'Hères) et la pharmacie de l'Ancolie (41 route d'Uriage, 38410 Saint Martin d'Uriage). Concernant la pharmacie Centrale, 6

entretiens ont été réalisés à la pharmacie et 2 entretiens ont été réalisés à domicile. Pour la pharmacie de l’Ancolie, 8 entretiens ont été réalisés à domicile et 2 entretiens se sont passés dans les locaux de la pharmacie. Au total, 55,5 % des entretiens ont été réalisés à domicile.

1.2.2. Durées moyennes des entretiens

La durée moyenne des entretiens est de 38,4 minutes pour les 18 patients de l’échantillon. Pour les entretiens réalisés à l’officine, ils ont duré en moyenne 31,1 minutes tandis que ceux réalisés au domicile des patients se sont déroulés sur 45,7 minutes en moyenne.

1.2.3. Déroulé de l’entretien

Au fur et à mesure des entretiens, les échanges sont devenus de plus en plus fluides puisque l’enquêteur n’avait plus réellement besoin de sa trame pour guider l’entretien et qu’il la connaissait parfaitement, ceci sans casser le rythme de l’échange.

En comparaison, les entretiens tests n’ont duré en moyenne que 20 minutes.

2. Recueil des informations

Au final, il résulte de ces entretiens la représentation de nos hypothèses de départ, c’est-à-dire des comportements et des situations potentiellement à risque d’iatrogénèse médicamenteuse. De nos 16 hypothèses de départ, au final, 24 situations se sont révélées durant les échanges avec les patients, soit 8 nouvelles hypothèses : **H4, H5, H6, H11, H12, H15, H16** et **H22**.

Nous avons décidé de regrouper nos hypothèses par typologie de comportement : les connaissances du patient, ses représentations, l'environnement externe, le parcours de soins et le comportement à risque par l'action.

Chaque hypothèse est illustrée par les *verbatim* de nos patients.

2.1. Le patient

2.1.1. Ses connaissances

H1- Le patient connaît mal le rôle de ses médicaments

Patient N°2

« [...] je ne cherche même pas à comprendre en fait, ça ne m'intéresse pas »

Patient N°6

« [...] la pharmacienne m'a déjà expliqué mille fois à quoi servait la metformine mais comme je ne retiens pas je ne sais pas. Mais je pense que c'est pour la glycémie quand même. Le Lercan et le Périndopril je ne m'en rappelle pas, ça doit être pour le cœur »

Patient N°11

« Rasilez est fort apparemment, avant une intervention, l'anesthésiste me dit de ne pas le prendre la veille. »

Patient N°17

« [...] il n'est pas très régulier, on a essayé plusieurs fois de me le remettre d'aplomb avec une surcharge en trinitrine »

H2 - Le patient connaît mal la posologie et les heures de prise du traitement

Patient N°4

« C'est surtout ma femme qui gère mon traitement avec un semainier »

Patient N°13

« Des fois je prends ceux du soir le matin à la place de ceux du soir. Je me mélange pas mal les pinceaux »

H3 - Le patient ne sait pas gérer ni anticiper l'oubli de son traitement

Patient N°3

« [...] parfois j'oublie mon Kardégic le midi, surtout quand j'ai des visites chez les médecins »

Patient N°6

« La metformine que je dois prendre le midi, bien souvent je ne la prends pas car je suis dehors »

Patient N°13

« Je n'oublie aucun médicament, à part le Kardégic de temps en temps quand je ne suis pas chez moi »

Patient N°15

« Je ne pense n'avoir encore jamais oublié. Par contre, je crois que je ne saurais pas trop quelle attitude adopter si jamais cela m'arrivait »

2.1.2. Ses représentations

H4 - Le patient n'a pas de motivation à se soigner si ce n'est l'obéissance

Patient N°3

« [...] j'obéis très bien à mon médecin traitant et à mon cardiologue »

H5 - Le patient n'a pas une bonne image de soi même

Patient N°7

« Ce qui me gêne c'est mes pieds et mes jambes qui grossissent, j'ai beaucoup grossi sans manger beaucoup »

Patient N°13

« [...] je ne fais rien, je dois manger des légumes tout cuit à la vapeur, le moins possible de beurre, pas trop de gras et ça fait 3 ans que je suis célibataire donc ça travaille aussi »

H6 - Le patient ne se soucie pas de sa santé

Patient N°2

« Je ne sais plus exactement ce qu'il m'a dit mais je m'en fiche un peu de savoir ce que j'ai, je sais juste que mon cœur est fatigué »

« [...] je ne cherche même pas à comprendre en fait, ça ne m'intéresse pas »

« Vous savez moi je vais chez le médecin que quand ça ne va pas, sinon je m'en passe. C'est pareil pour les prises de sang, je n'en fais jamais, sauf quand le médecin me l'ordonne. Vous voyez par exemple, la semaine dernière mon cardiologue m'a donné une ordonnance pour que je réalise une prise de sang mais elle m'a dit que ça ne pressait pas alors je ne sais même pas si je vais la faire un jour »

« [...] je ne cherche même pas à comprendre en fait, ça ne m'intéresse pas »

H7 - Le patient a des motivations pour se soigner

Patient N°1

« Je dois être courageuse pour mon mari, mes deux filles et mes 6 petits enfants »

Patient N°2

« Ça fait 4 ans que je gère les médicaments de ma femme donc maintenant j'arrive aussi bien à gérer les miens »

« [...] depuis que je prends les médicaments je suis nettement mieux donc c'est ça qui me motive aussi et puis je n'ai pas envie de mourir »

H8 - Le patient a une représentation erronée de sa maladie ou de son traitement

Patient N°1

« La dernière fois j'avais 14 ou 15 de tension mais j'ai tellement de soucis en ce moment que c'est peut-être dû à ça »

Patient N°3

Il boit beaucoup de café pour compenser la baisse de tension selon lui « [...] le corps aurait besoin de retrouver la tension élevée que j'ai eu pendant des années »

Patient N°10

« J'ai eu pendant longtemps Irbésartan 300 tout court. Je suppose que les modes ont changées, les médicaments aussi »

Patient N°14

« J'ai du Natispray aussi quand j'ai l'impression que ma poitrine se serre lors d'un effort. Mais comme ça ne m'arrive jamais, je ne pense pas à le prendre quand je vais en balade »

Patient N°15

« Par contre, j'ai une Aspirine à très faible dose car je suis allergique à l'aspirine »

Patient N°16

« [...] il m'a donné le traitement tout de suite et je devais attendre une heure dans le cabinet, c'était faussé je sais que j'ai une tension émotive mais j'ai laissé faire et maintenant c'est trop tard. »

« Je regrette qu'ils m'aient mis ce traitement pour la tension sans faire de test à l'effort. Je ne suis pas contre les médicaments car je suis obligée d'en prendre mais je ne veux pas en prendre des inutiles »

Patient N°18

« [...] j'ai une mauvaise image du médicament quand il me provoque des effets secondaires »

H9 - Le patient a des sentiments, des ressentis qui peuvent l'influencer sur la prise de son traitement

Patient N°4

« On fait moins d'exercices maintenant, on en a moins l'envie aussi »

« S'il n'y avait pas cette petite bête qui me mange, me ronge le cerveau et mon corps nuit et jour, j'irai très bien et je profiterai de la vie »

Patient N°6

« Je trouve que je prends trop de médicaments »

« [...] je suis un peu contre les médicaments »

Patient N°8

« J'en ai marre de faire des INR »

« J'ai de la fatigue depuis quelques temps, je me demande si ce n'est pas mes médicaments car c'est quand même de la chimie »

Patient N°11

« [...] j'ai été traité et le traitement ne m'a jamais lâché »

« J'ai une petite méfiance des médicaments quand même car il y a un phénomène de mode un peu partout, il faut donner ci il faut donner ça mais je suis sûr qu'il y a des choses qui font du mal. »

« [...] qu'on lit la notice on se demande si on ne doit pas tout de suite aller voir les pompes funèbres. Les personnes à psychologie fragile je suis sûre qu'elles peuvent développer plus ou moins les effets indésirables car elles l'ont lu dans la notice »

« J'ai un auto tensiomètre à la maison mais je ne veux pas devenir hypochondriaque alors je ne la prends jamais. »

Patient N°13

« Par moment, je n'ai pas du tout le moral, je n'ai rien envie de faire. »

« [...] je me disais que j'aurai mieux fait d'y passer, ça m'emBêtait, le moral n'allait pas. Il y a tout qui allait mal, j'étais même dépressif »

Patient N°17

« [...] je suis assez sensible, assez fragile donc pour peu qu'il y ait des événements autour de moi, ça me secoue et le cœur relâche »

Patient N°18

« Quand on lit les listes d'effets indésirables on se dit aie qu'est-ce qu'on avale. »

« Mon père avait de la tension et il a fait plusieurs AVC, il prenait des anticoagulants, des antihypertenseurs. Du fait des anticoagulants il a fait une hémorragie interne. »

H10 - Le patient a déjà ressenti des effets indésirables avec un médicament,
pouvant nuire à son observance

Patient N°4

« Quand je me levais le matin, j'étais obligé de rester assis un moment car j'avais des vertiges incroyables. Depuis que j'ai arrêté le Plavix, tout va bien »

Patient N°6

« J'ai un peu les jambes qui gonflent »

Patient N°9

« Le Crestor me donne des douleurs musculaires »

Patient N°13

« Je ne sais pas si c'est à cause de l'opération ou des médicaments mais avant de me faire opérer je n'avais jamais froid, j'allais fumer ma clope à -10 dehors, je n'avais jamais froid. Depuis, j'ai tout le temps froid, j'ai des picotements dans les doigts »

« Par moment, je n'ai pas du tout le moral, je n'ai rien envie de faire. »

« Et puis je tousse du coup le médecin m'a donné une ceinture pour tousser car le sternum n'est toujours pas fermé encore alors je suis obligé de mettre une ceinture, ça ne s'est pas ressoudé depuis juin »

« [...] j'ai remarqué que dès que je me pique avec les épines de rosier, je saigne beaucoup. »

« J'ai eu des douleurs et des courbatures surtout quand le traitement a été mis en place. »

Patient N°16

« [...] ils m'ont mis de la cortisone à haute dose, j'ai un peu vu des choses bizarres, pendant les 2 premiers jours je prenais vraiment des grosses doses. Heureusement ils m'avaient averti des possibles effets : je ne dormais pas, j'étais une vraie pile électrique. Je voyais par la fenêtre des choses que je n'ai jamais vues, des arbres qui bougeaient, j'entendais des bruits. »

Patient N°17

« Il y en a un qui m'ennuie un peu plus que les autres, c'est le Furosémide car il m'emmène aux toilettes »

« Mes deux fluidifiants me font plus saignés qu'avant, maintenant quand je me coupe, je saigne plus longtemps que des personnes normales »

« J'ai aussi mes jambes qui gonflent un petit peu mais ça ne doit pas venir de mes médicaments »

Patient N°18

« Par contre il y a un problème avec la Cordarone c'est la thyroïde, j'ai de l'hypothyroïdie donc on verra si on la remet ou pas. »

« [...] suite à mon opération du cœur, au point de vue voix ça me gênait donc le pneumologue m'a dit que je pouvais arrêter »

H11 - Le patient hiérarchise ses pathologies par ordre d'importance, ce qui peut nuire à la prise en charge des pathologies qu'il considère comme moins importantes

Patient N°1

« Je préfère avoir de la tension plutôt que ce que j'ai eu dernièrement »

« Je fais surtout très attention au Nolvadex, alors celui-ci je ne l'oublie jamais car c'est vraiment le plus important »

« [...] des bouffées de chaleur à cause du Nolvadex mais ce médicament est tellement important que je m'en fiche ».

Patient N°2

« Je ne suis pas médicaments, je les prends car je suis obligé sinon je ne les prends pas »

Patient N°5

« Le Clopidogrel je ne l'oublie pas c'est sûr, j'ai l'anévrisme, l'artère sur 4 cm de long elle était sur 4 cm d'épais »

Patient N°8

« Je fais attention au Préviscan car c'est lui qui fait la fluidité je crois »

Patient N°9

« [...] j'ai peur car cette fois-ci s'ils touchent la moelle, je suis foutu et je serai paralysé. Alors en ce moment, je ne pense plus trop à mes problèmes de cœur »

Patient N°16

« Ce sont des médicaments très importants alors je préfère que le côté psychologique ne joue pas sur mon traitement »

2.2. Influence de l'environnement externe

H12 - Le patient met en cause l'environnement externe dans la survenue de sa pathologie

Patient N°2

« Mon cœur a lâché car mon récent déménagement et la maladie d'Alzheimer de ma femme m'ont causé beaucoup de stress »

H13 - Le patient est influencé par l'environnement externe : son entourage, les médias, les notices... concernant les médicaments

Patient N°4

« [...] j'ai essayé d'arrêter l'Esoméprazole car je ne comprenais pourquoi on me l'avait prescrit, je n'avais pas de douleur à l'estomac et ma femme avait entendu à la télévision que ce médicament n'était pas bon pour la santé »

Patient N°7

« J'ai lu la notice et il y a beaucoup de problème. J'ai dit à mon mari, je vais l'arrêter car j'ai peur »

Patient N°5

« Le Tahor il y a eu une émission une fois ils disaient qu'il ne fallait pas trop y prendre que c'était pas bon pour la santé »

Patient N°14

« [...] ou si c'est lié au Crestor car je sais que les statines provoquent ce genre de douleurs, j'ai des amis qui ont la même chose que moi et qui prennent aussi du Crestor.»

« [...] j'aimerais essayer la levure de riz rouge, il paraît que c'est bien pour le cholestérol et c'est naturel. J'ai vu ça dans le TV magazine du dimanche »

Patient N°18

« [...] si on peut supprimer les statines c'est pas mal, vu tout ce qui se dit dessus. J'ai vu un reportage sur Arte sur les statines, c'est fou on se demande pourquoi c'est encore sur le marché »

H14 - La « réputation des génériques » peut nuire à l'observance du patient

Patient N°7

« Le générique de la metformine que je ne supporte pas, c'est le premier qu'on m'a donné et j'ai commencé à avoir des vertiges épouvantables » en réalité, ce n'est pas avec le générique mais avec les biguanides en général.

Patient N°9

« Alors par contre, je ne veux pas les génériques »

« Les effets ne sont pas les même sur le cœur avec les génériques [...] le lendemain j'avais la brule »

Patient N°16

« Je ne suis pas pour les génériques mais pourtant je me plie à la loi »

H15 - Le patient ne sait pas gérer son traitement seul

Patient N°6

« [...] je dois arrêter le Kardégic mais ça c'est ma femme qui gère »

2.3. Influence du parcours de soins

H16 - Le traitement du patient est mal équilibré ou insuffisamment efficace

Patient N°7

« L'autre problème c'est mes remontées qui commencent vers 18h30, j'ai des remontées toute la journée, on me l'a prescrit au coucher pour éviter que j'étouffe la nuit car c'est vraiment très désagréable. »

H17 - Le patient n'a pas reçu suffisamment d'information de la part du médecin ni du pharmacien concernant ses médicaments

Patient N°2

Savez-vous que l'aspirine est à éviter avec le médicament Eliquis ?

« Ah bon ? Non on ne m'a jamais rien dit là-dessus »

Patient N°3

« Je le prends en mangeant généralement pour l'aider à glisser jusque dans l'estomac »

Patient N°6

Quels sont les médicaments que vous ne devez pas prendre ?

« Alors ça je ne sais pas quoi répondre on ne m'a jamais expliqué »

« J'attends d'avoir une ordonnance, donc ce n'est pas important »

Patient N°8

« [...] l'Irbésartan il est prescrit par mon cardiologue de l'époque mais je ne sais pas pourquoi il me l'avait donné celui-ci »

Patient N°9

« Je ne sais pas pourquoi mon médecin a décidé de changer, ma tension est très bonne en plus. »

Patient N°10

« Je suppose que les modes ont changées, les médicaments aussi c'est pour ça que j'ai eu hydrochlorothiazide 25 mg en plus »

Patient N°12

« Il m'a changé une fois ou deux les médicaments mais je ne sais jamais trop pourquoi »

« Aussi pour la constipation de temps en temps je prends du Forlax mais c'est peut-être pour ça qu'il m'a changé le médicament du cœur »

Patient N°14

« [...] je ne saurai même pas comment le prendre, on ne me l'a jamais expliqué. »

Patient N°17

« Je ne sais pas quels médicaments je ne dois pas prendre avec mon traitement, on ne me l'a jamais expliqué. »

Patient N°13

« Ça je n'en sais rien on ne m'a pas trop expliqué mais pour être sûr de faire comme il faut je me suis acheté un semainier »

H18 - Le patient a déjà souffert d'un manque de coordination des professionnels de santé (médecin, pharmacien, infirmier)

Patient N°6

« L'erreur est humaine mais après de nombreuses consultations il ne s'était pas inquiété et après cela il ne reconnaissait pas qu'il s'était trompé ! On était très déçu de voir ça avec ma femme et ça fait poser des questions, donc on a préféré aller voir quelqu'un d'autre. »

Patient N°15

« Apparemment mon médecin traitant n'aurait jamais reçu les comptes rendus médicaux suite à ma pose de stent. Il me fait la tête »

H19 - Le patient est demandeur d'une réévaluation de son traitement

Patient N°8

« J'en ai marre de faire des INR, là par exemple je suis en retard mais avec la bronchite j'ai dit non je reporte à un peu plus tard. »

Patient N°14

« Le Kardégic à prendre tous les midis m'embête car il faut toujours avoir de l'eau sur soi. J'ai hâte qu'ils inventent autre chose, je demanderai à mon médecin »

H20 - L'absence de dossier pharmaceutique est un facteur de risque

Patient N°10

« Ça m'est arrivé de tomber en panne de médicament et d'avoir du mal à me faire dépanner par les pharmacies parce que je partais sans ordonnance. »

H21 - Le médicament est difficilement accepté par le patient (forme galénique, coût, moment de la journée...)

Patient N°3

Gêné avec le gaviscon qu'il prend en sticks « *Je prends un gaviscon avant la répétition mais le gaviscon encrasse les cordes vocales en passant, il laisse une pellicule dessus mais je m'en arrange* »

Patient N°4

« *J'ai jugé qu'il n'était pas indispensable alors je ne l'ai jamais pris, surtout qu'il n'est pas remboursé* »

Patient N°11

« *J'ai eu du Moduretic à une période mais il me causait des problèmes. Il me faisait aller plus souvent aux toilettes et étant institutrice de maternelle à l'époque, c'était très dérangeant* »

Patient N°14

« *Le Kardégic à prendre tous les midis m'embête car il faut toujours avoir de l'eau sur soi* »

Patient N°18

« *La prise du midi c'est vraiment la moins pratique, il suffit que je mange à l'extérieur et je ne le prends pas.* »

H22 - Le patient a une mauvaise relation avec le personnel soignant
--

Patient N°7

« *Ça fait à peine un an que je connais mon nouveau médecin alors je lui dis tout petit à petit sinon elle va croire que je veux des tonnes de médicaments* »

Patient N°8

« *C'est des fois compliquées à la pharmacie pour se faire dépanner.* »

Patient N°15

« *Apparemment mon médecin traitant n'aurait jamais reçu les comptes rendus médicaux suite à ma pose de stent. Il me fait la tête* »

Patient N°16

« Le Tacrolimus est descendu à 4.2, alors je ne sais pas si je dois appeler ou non. Je me demande si je dois attendre le mois prochain avant d'appeler. Je n'ose pas appeler pour ne pas les déranger »

2.4. Réel de l'activité du patient

H23 - Le patient s'automédique dangereusement

Patient N°2

Savez-vous que l'aspirine est à éviter avec le médicament Eliquis ?

« Ah bon ? Non on ne m'a jamais rien dit là-dessus »

Patient N°10

« J'ai toujours du Feldene dans ma valise au cas où j'ai un problème »

Patient N°12

« J'ai mal aux reins donc toutes les 3 ou 4 heures je prends un doliprane contre la douleur »

Patient N°13

« Quand j'ai mal à la tête je prends Aspirine, Dafalgan, Effergal, des trucs comme ça quoi »

Patient N°14

« Je sais que ce n'est pas bien mais quand j'ai mal à la tête j'ai plutôt tendance à prendre de l'Aspirine que du Doliprane »

Patient N°17

« [...] je prends la moitié le matin et l'autre à midi, je l'ai fait de ma propre initiative »

Patient N°18

Concernant l'association d'une pathologie (Crohn) et de la prise de Xarelto : *« De l'aspirine car je fais pas mal de montagne, le soir quand je fais de gros efforts j'ai un peu de mal à dormir donc je prends un aspirine 500, ça me détend les muscles et je dors bien »*

H24 - Le patient oublie son traitement

Patient N°3

« Ça m'arrive surtout parfois d'être en panne de médicaments car ça m'agace. Je n'ai pas envie de faire attention parfois »

Patient N°5

« Le midi on oublie plus facilement »

Patient n°6

« Je l'oublie au moins une fois par semaine »

Patient N°8

« Il m'arrive de temps en temps d'oublier quand je vais au restaurant »

Patient N°10

« Les rares fois où j'oublie l'Irbésartan, il m'arrive comme un coup de pompe et j'ai l'impression d'avoir un éblouissement »

Patient N°18

« Ça m'arrive de l'oublier donc je le prends le lendemain »

DISCUSSION

1. Biais de l'étude

Au cours de cette étude qualitative, nous avons choisi de réaliser des entretiens de type semi-directif. Cette méthode nous a semblé la plus appropriée pour récolter des témoignages de la part des patients afin de comprendre en profondeur leur comportement et leur attitude face à leur traitement. En effet, ce type d'entretien nous a permis d'orienter en partie le discours des personnes que nous avons interrogées autour des différents thèmes définis au préalable dans notre guide thématique. Cependant, la liberté offerte par ce type d'entretien ainsi que notre façon de les mener et de sélectionner l'échantillon s'accompagne inévitablement de certains biais. Mais comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens : « La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. ». (87)

1.1. Biais d'inclusion

1.1.1. Biais liés au mode de recrutement des patients

L'ensemble des patients que nous avons interrogés a été sélectionné par chacun des titulaires des deux officines. Ces patients étaient donc bien connus de la pharmacie et la sélection n'était pas aléatoire, mais selon le choix du pharmacien recruteur. Nous n'avons pas inclus les personnes de passage ou celles se présentant de façon ponctuelle à la pharmacie. Il aurait semblé intéressant cependant de sélectionner les patients de façon aléatoire pour obtenir un panel plus significatif, tout en essayant de respecter les critères de sélection de l'étude (âge, pathologie(s), traitements). Les patients sélectionnés avaient du temps à nous consacrer et étaient ouverts à la discussion, ils ont généralement répondu favorablement à cet entretien, peut-être pour en pas déplaire au titulaire. Nous n'avons eu aucun refus de la part des patients. L'un d'entre eux se croyant « trop âgé » pour notre étude, nous avait contactés pour se rétracter à

l'avance, par peur de ne pas savoir répondre aux questions. Ainsi, l'intitulé de l'entretien était peut-être mal défini au départ puisque le patient voyait cela comme un interrogatoire. Lorsque nous l'avons contacté, nous lui avons expliqué que ce n'était pas un questionnaire mais un simple échange autour de son quotidien, avec ses traitements et ses pathologies, ce qui l'a rassuré convaincu.

1.1.2. Biais liés aux caractéristiques de l'échantillon

Concernant la répartition homme-femme, nous voyons ici que celle-ci est déséquilibrée avec seulement 27,8 % de femmes. Ce biais est à appuyer d'autant plus que nous avons remarqué lors des échanges, que lorsque le patient était en couple et qu'il connaissait peu ses traitements, c'était plus souvent la femme qui gérait les médicaments plutôt que l'homme.

De plus, certains patients étaient accompagnés de leur conjoint lors de l'entretien. Le conjoint répondait parfois à la place du patient initialement interrogé, ce qui constitue un biais à l'étude des comportements et *verbatim*. Si le patient était venu seul lors de l'entretien, les réponses n'auraient sans doute pas été les mêmes.

Concernant la tranche d'âge, elle répondait à nos critères initiaux d'échantillonnage. En effet, l'iatrogénèse médicamenteuse touche plus fréquemment les personnes âgées avec une pathologie cardiovasculaire. Cela pourrait provenir d'un manque d'éducation pharmaceutique à l'instauration du traitement et qui laisserait se mettre en place des attitudes et comportements à risque. Ceux-ci pourront dans les années à venir, avec les modifications physiologiques et pathologiques, se transformer en événements iatrogènes médicamenteux. C'est pourquoi il serait intéressant d'élargir le critère d'âge afin de recruter des patients qui ont récemment été diagnostiqués, comme par exemple le patient n°13 qui souffrait d'une toux sous IEC et qui était obligé de tenir une ceinture thoracique lorsqu'il toussait. Ce patient avait été opéré pour un pontage coronarien il y a plus de 6 mois, et la cicatrice sternale ne cicatrisait pas à cause d'une

toux chronique idiopathique. Il nous a semblé nécessaire, durant l'entretien, de conseiller au patient de discuter avec son médecin traitant sur la possible causalité du Périndopril dans la survenue de cette toux. Nous avons contacté ce patient quelques temps plus tard qui ne toussait plus après être passé sous ARAII, c'était très probablement l'effet indésirable du Périndopril (la toux) qui l'empêchait de cicatriser, avec toutes les complications que cela comportait.

Enfin, concernant les médicaments, l'échantillon représentait une liste non-exhaustive des médicaments impliqués dans l'iatrogénèse médicamenteuse, pouvant biaiser l'inclusion initiale et l'analyse finale. En effet, nous avons choisi de nous focaliser sur les patients traités au long cours par des médicaments de la classe des médicaments cardiovasculaire. Toutefois, parmi les médicaments les plus à risque d'iatrogénèse médicamenteuse, on retrouve les antalgiques, les AINS et les médicaments du système nerveux central.

1.2. Biais liés à l'échange

1.2.1. Biais spatiaux-temporels

Nos entretiens se sont déroulés dans deux endroits différents : à la pharmacie (dans le bureau du titulaire) ou au domicile du patient.

Il y avait une grande différence de durée de l'échange selon le lieu de l'entretien. En effet, les entretiens réalisés au domicile duraient en moyenne 14 minutes de plus que les entretiens réalisés à la pharmacie. Ceci peut s'expliquer par une meilleure mise en confiance du patient lorsqu'il est chez lui, dans son propre environnement. Au domicile, une relation « d'égal à égal » s'instaure et il n'y a plus de relation hiérarchique de pharmacien à patient, mais deux personnes qui échangent librement sur un quotidien médical et social. De même, à la pharmacie, l'échange s'effectuait en face à face, ce qui renforçait cette relation hiérarchique entre le pharmacien et le patient. Ce type de posture n'est sans doute pas la meilleure façon de créer un

climat de confiance. Nous aurions pu disposer les sièges différemment afin d'être à côté du patient plutôt qu'en face de lui.

Enfin, pour quelques entretiens, l'échange étant réalisé dans le bureau du titulaire, nous étions parfois interrompus par un membre de l'équipe, par la femme de ménage ou par le téléphone qui sonnait avec insistance. Ceci coupait l'échange et pouvait affecter sa fluidité et l'état d'esprit du patient.

1.2.2. Biais liés aux enquêteurs

L'étude a été réalisée par les deux enquêteurs : un des deux enquêteurs était connu de quelques-uns des patients de la pharmacie de l'Ancolie car il y travaille régulièrement. Le fait d'avoir deux statuts différents a pu influencer le regard du patient envers l'enquêteur, les patients ont peut-être eu plus de facilité à se confier à une personne qu'ils avaient déjà rencontrée, et inversement.

Lors de chaque entretien, un seul des deux enquêteurs était présent. En effet, lors des entretiens test, nous nous étions rendus compte que lorsque nous étions deux, le patient ne savait pas à qui s'adresser et était plus méfiant sur l'intérêt de la discussion. Toutefois, cette prise de décision a également eu un impact sur les entretiens car le fait d'être deux aurait permis une complémentarité lors de l'échange. De plus, au fil des discussions, l'enquêteur a gagné en confiance et les entretiens en fluidité. Il était davantage à l'aise et ainsi arrivait plus facilement à orienter le patient vers telle ou telle thématique, conditionnant le résultat final.

De ce fait, cette différence de conduite entre les premiers entretiens et les derniers a sans doute biaisé les résultats tant sur la quantité que sur la qualité des informations récoltées. Par exemple, lors des premiers échanges, nous avions le réflexe erroné de poser quelques questions orientées et/ou fermées ou de devoir regarder la grille pour réorienter la discussion. Ceci peut bloquer le

fil de l'échange et ne donne pas au patient l'entière possibilité de s'exprimer. Par exemple avec le patient n°5 « Donc si je comprends bien, vous avez à cœur de prendre ces médicaments ? ». Au-delà de cela, quelques interventions de la part de l'enquêteur, à titre de conseils, ont pu bloquer le fil de la discussion. Il aurait été préférable de rester neutre tout au long de l'entretien, de relever les points problématiques clefs à revoir avec le patient et faire ainsi un bilan à la fin de l'échange. L'intervention se faisait à la fin de l'échange pour la plupart des entretiens mais pour certains, l'enquêteur s'est permis d'intervenir au cours de l'entretien concernant une situation à risque. C'était par exemple le cas avec le patient n°2 : « Savez-vous que l'aspirine est à éviter avec le médicament Eliquis ? » ou avec le patient n°4 « Vous savez, si la prise du Kardégic le midi vous embête, vous pouvez le prendre quand vous voulez, il n'y a pas d'obligation absolue de le prendre le midi ».

Sur la méthode de l'enquête, on peut regretter, concernant la technique de l'entretien semi-directif, qu'il laisse une part non négligeable à la subjectivité des enquêteurs. En effet, quand l'enquêteur soupçonne un comportement ou un problème particulier, il peut inconsciemment suggérer des réponses qui vont dans le sens de ses convictions car il oriente son entretien selon des thématiques répondant aux hypothèses de départ. Nous avons émis des hypothèses de départ et avons construit notre guide thématique autour de celles-ci. Donc naturellement l'entretien, par sa trame, cherchait à vérifier leur présence dans le quotidien du patient. Ainsi, selon la formulation de la question, le patient pouvait percevoir ce qu'attendait l'enquêteur et ses réponses allaient dans le sens souhaité par l'enquêteur, sans peut-être refléter ses propres convictions. Il est toutefois important de souligner que ces hypothèses de départ caractérisant des situations et comportements ne sont pas exclusives puisqu'il était question de 16 hypothèses initialement, et qu'au fil des entretiens se sont dessinées 8 situations supplémentaires (**H4, H5, H6, H7, H12, H13, H16 et H22**).

1.2.3. Biais liés au déclaratif des patients

Nos entretiens se déroulaient à un instant t , où le patient se trouvait dans un stade particulier de sa maladie. Selon les observations pratiques de Lacroix et ses collaborateurs (Lacroix, Assal, 1998), toute personne ayant une pathologie chronique vit la survenue de cette pathologie comme une perte (88)(89). En effet c'est une maladie que le patient devra prendre en charge toute sa vie et qui est en mesure d'entraîner des gênes et des complications. Un processus de deuil (transposition du travail sur le deuil de Kübler-Ross (90)) se met alors en place avec plusieurs étapes conduisant au dernier stade qui est celui de l'acceptation. Le stade de choc intervient au diagnostic de la pathologie « je ne réalise pas bien ». Vient ensuite le stade du déni « ça doit être une erreur de diagnostic » puis la révolte « c'est la faute de » ; « pourquoi moi ? ». Il s'en suit le marchandage « si je fais attention à mon alimentation il ne sera peut-être pas nécessaire que je prenne mes médicaments », la dépression et enfin l'acceptation.

Cet enchaînement est à nuancer car il n'est que théorique. Il peut très bien être cyclique avec des rechutes et un retour dans des stades antérieurs, ou alors ne passer un stade que très vite en accédant directement au stade suivant.

Selon le patient et son niveau d'acceptation de la maladie, les échanges avec le pharmacien varient, que ça soit à l'instant t de l'entretien ou dans un futur proche ou lointain. Par exemple, le patient N°2, atteint d'une pathologie cardiaque depuis le mois de septembre semblait en phase de déni de sa maladie. On avait la sensation qu'il ne se souciait pas de sa santé et qu'il n'avait pas l'envie de nous en parler : « je ne cherche même pas à comprendre, ça ne m'intéresse pas », « je ne sais plus exactement ce qu'il m'a dit mais je m'en fiche de savoir ce que j'ai ». Si nous avions réalisé l'entretien quelques mois plus tard, le patient aurait peut-être été dans un autre stade d'acceptation de sa maladie et aurait alors probablement réagi différemment à nos questions et interrogations.

Par ailleurs, chaque patient, en fonction de sa personnalité, nous apportait des réponses de qualité différente. En effet, certains étaient très bavards alors que d'autres, plus réservés, avaient moins d'informations à nous transmettre.

Certains patients prenaient très au sérieux la discussion et la centraient d'eux même autour de la pathologie et du traitement, et il nous semblait que le patient était demandeur, et que la situation révélait une zone proximale de développement^{2,3} (92). D'autres patients étaient parfois difficiles à recadrer. C'est le cas du patient n°12, 92 ans, qui était probablement content de recevoir un jeune étudiant chez lui et qui nous a essentiellement parlé de sa vie à la ferme plutôt que de ses médicaments.

De plus, par peur d'être jugés, les patients peuvent essayer de se montrer sous un jour favorable. C'est ce qu'on appelle la désirabilité sociale (93). Le patient est non objectif envers lui-même. Le patient interrogé a tendance à s'idéaliser et veut projeter une image positive de lui-même. Ainsi, il va avoir tendance à se détourner de la réalité, à exagérer une situation. Il pourra alors répondre en fonction de ce qu'il considère comme être la norme sociale. Par exemple, dans le cadre de notre étude, le patient peut très bien nous dire qu'il n'oublie jamais son traitement pour se montrer sous son meilleur jour et ne ressentir aucun sentiment de jugement de notre part. Le patient veut nous faire plaisir, en allant dans notre sens. Il se peut aussi que le patient se sente jugé concernant son respect des schémas thérapeutiques, et qu'il ait par exemple peur de se voir retirer sa prise en charge, parce qu'il ne fait pas les choses « correctement ».

² La zone proximale de développement (ZPD), aussi traduite par « zone de proche développement » est un concept de Lev Vygotski sur le développement précoce de l'enfant. Cette théorie suggère que les enfants sont plus aptes à apprendre les problèmes et à s'améliorer autour d'un enfant plus expérimenté, d'un parent ou d'un enseignant, plutôt que d'un enfant du même niveau cognitif. (91).

³ Jobert (JOBERT, G. (2000). Dire, penser, faire ; à propos de trois métaphores agissantes en formation des adultes. *Education Permanente*, 143, 7-28) évoque également cette approche en précisant que « c'est la faiblesse de l'état antérieur de développement qui, en rendant nécessaire l'apprentissage, génère un développement ».

Il est à noter également que le non verbal n'est pas retranscrit. Pourtant, il donne des informations essentielles sur le ressenti du patient : soupirs, silences, gestuelles et postures fermées... Par exemple, la patiente n°1 soufflait à plusieurs reprises lors de l'entretien car elle était accablée par son quotidien avec son cancer.

1.3. Biais liés à l'interprétation des résultats

Nous avons retranscrit mot à mot l'ensemble de nos entretiens afin d'analyser en profondeur les discours et *verbatim* des patients. Malgré cela, notre interprétation des résultats nous est propre et subjective. En effet, notre façon de retranscrire les catégories était corrélée à ce qu'on cherchait en amont. D'autre part, une autre barrière concerne la puissance de notre étude, avec le problème de la preuve (94), c'est-à-dire le fait que la méthode clinique s'adresse à un individu dans sa singularité et qu'elle ne permette pas d'apporter la preuve pour un groupe, contrairement à des enquêtes épidémiologiques à valeur scientifique qui s'adressent à un groupe et à des corrélations via des méthodes quantitatives.

Ainsi, notre maturité à la fin de ce travail n'est certainement pas la même comparée à celle qui nous caractérisait au début de notre thèse.

A l'éclairage de ces différents biais, nous avons pu modéliser une typologie de comportements et nous avons identifié leurs influences croisées.

2. Modélisation d'une typologie de comportements

Ce travail personnel nous a amené, après avoir relevé tous les *verbatim* de patients, suggérant une situation potentiellement à risque, à créer une typologie de comportements centrée autour du patient, comme l'ont été nos entretiens. Cette typologie se compose des croyances du patient (avec ses connaissances et ses représentations), de son environnement externe (son entourage, les notices, les médias...), de son parcours de soins (les informations délivrées concernant son traitement, ses relations avec les soignants, l'équilibre de son traitement...) et enfin de ses actions (s'automédique et oublie son traitement).

Elle met en évidence des ensembles de situations à risque (hypothèses). Ces différents ensembles ne peuvent en réalité pas être cloisonnés ni considérés comme complètement « étanches ». D'une part, parce que le patient, qui peut se situer à un certain degré d'acceptation de sa maladie (90), ne serait peut-être pas au même stade dans quelques temps si nous réitérions nos entretiens. Donc ces entretiens sont interprétables à un instant *t* et non généralisables. D'autre part, il y a la subjectivité de l'enquêteur qui interprète et émet un jugement sur ces résultats, par exemple avec ce cloisonnement.

Ces regroupements nous ont permis de comprendre les influences croisées entre ces différents ensembles et d'avoir une vision globale pour mieux mettre en éclairage ces situations.

Typologie de comportements

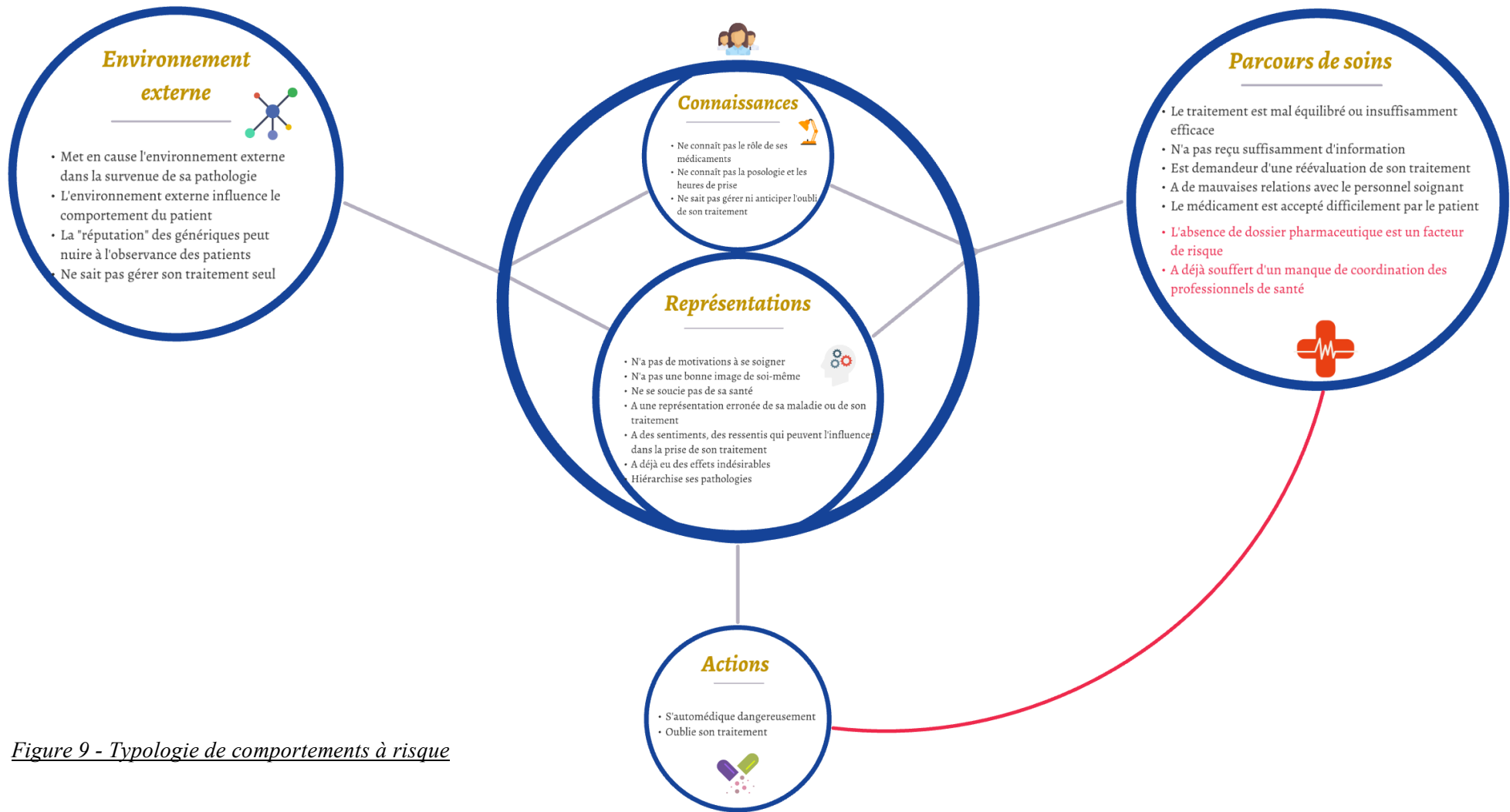


Figure 9 - Typologie de comportements à risque

Pour ce qui est de l'ensemble des croyances (connaissances et comportements), on peut le comparer à un schéma cognitif. Un schéma cognitif est un réseau de connaissances liées entre elles (95), il constitue la connaissance d'un individu concernant un aspect de la réalité. Cette notion de schéma cognitif permet de décrire la structure de ces connaissances. Cette connaissance ne cherche pas l'exhaustivité mais plutôt l'action : ce sont des répertoires de repères pour agir (96). En effet c'est un ensemble de connaissances qui sont à la fois substrat, matière première et produit de l'action (97).

Concernant l'action, elle est ici à définir. Il nous a semblé tout d'abord important de comprendre les actions que réalisait le patient car elles nous semblaient les plus à risque d'iatrogénèse médicamenteuse. Le terme action désigne ici le réel de l'activité du patient, selon Y. Clot (« autoconfrontation croisée »)(98), c'est-à-dire tout ce que le patient fait (activité réalisée) mais aussi ce qu'il ne fait pas, ou encore ce qu'il cherche à faire sans y parvenir.

Nous avons retrouvé des influences croisées entre ces différents univers. En effet, Marilou Bruchon-Schweitzer (99), psychologue de la santé, met en évidence que « les croyances sont tout autant influencées par l'action qu'elles ne les influencent [...] ».

Dans notre étude, le patient N°6 oublie régulièrement sa metformine le midi mais n'en ressent pas le risque directement, ainsi cela influence sa représentation du médicament donc son schéma cognitif. Inversement, le patient N°18 nous dit qu'il a entendu parler des effets indésirables des statines dans les médias (ici l'environnement externe influence les croyances) et ainsi ne la prend pas toujours (les croyances influencent l'action).

On a vu ici que l'environnement externe peut influencer les croyances du patient, modulant ses schémas cognitifs, et ainsi potentiellement conformer ses actions.

Pour ce qui est de l'influence du parcours de soins sur les schémas cognitifs du patient, on peut citer le manque d'informations délivrées par le médecin et le pharmacien au patient N°2, qui ne savait pas qu'il fallait éviter de prendre de l'aspirine avec le médicament Eliquis. Ce manquement affecte d'abord les schémas cognitifs du patient et ses connaissances, puis aura un effet sur l'action mais c'est à discuter ici quant au lien direct de cette situation sur l'action.

En effet, on remarquera que dans le parcours de soins, qui tient regard aux personnels soignants et aux thérapeutiques, deux situations peuvent influencer directement l'action du patient sans en modifier la cognition. Il s'agit de l'absence de dossier pharmaceutique et du manque de coordination des professionnels de santé.

Le patient N°10 part régulièrement en vacances et parfois à l'improviste. Il lui est déjà arrivé de tomber en panne de médicament sur place. Ne connaissant pas parfaitement les dosages et n'ayant pas pris ses ordonnances, il était difficile pour lui de se faire avancer ses traitements pour le cœur d'autant que son dossier pharmaceutique n'était pas ouvert. Avec le dossier pharmaceutique ouvert, la pharmacie sur place aurait pu plus facilement le dépanner.

Le patient N°15 a souffert d'un manque de coordination entre ses différents médecins et a depuis de mauvaises relations avec son médecin traitant. Cette situation affecte ou affectera directement l'action du patient puisqu'il n'a plus de contact serein avec son médecin traitant et qu'il ne suit plus correctement sa tension artérielle. Le réel de l'activité ici peut potentiellement entraîner un événement iatrogène médicamenteux.

Cette notion d'influence directe sans passer par le schéma cognitif peut être comparé au réflexe moteur qui met en jeu un arc réflexe (mécanisme de réponse motrice en réponse à un stimulus sans intervention du cerveau ni de la conscience).

Avec l'hypothèse H7 « le patient a des motivations à se soigner », nous avons détecté une situation qui n'est pas à risque pour le patient dans l'immédiat, mais qui peut être considérée

comme une situation « pivot ». Si la situation venait à changer, ou qu'un élément de sa construction, qui actuellement motive le patient à faire attention et à suivre les recommandations, venait à disparaître, elle se transformerait potentiellement en situation à risque. Le patient N°1 nous dit par exemple qu'elle doit être courageuse et se soigner pour continuer de voir ses filles et ses petits-enfants.

3. Mise en perspective des résultats

Nous avons souligné l'importance des actions du patient (inobservance et automédication), car c'était pour nous les situations les plus importantes à identifier au début de cette étude concernant les événements iatrogènes médicamenteux. Nous nous attendions à une chronologie linéaire descendante, en entonnoir, aboutissant à l'action.

Le schéma que nous nous imaginions, pouvait s'interpréter comme le modèle du fromage Suisse de J. Reason, avec le passage à l'acte comme dernière tranche, la défaillance la plus proche de l'accident et donc la plus influente sur l'événement iatrogène médicamenteux. Mais après réflexion, ceci est à nuancer.

Il n'est pas possible de dire ici que l'action est forcément synonyme de situation la plus à risque de causer un événement iatrogène médicamenteux. En effet on a l'impression que l'action par l'acte physique de faire ou ne pas faire (Clot, réel de l'activité) peut causer plus facilement un événement iatrogène et qu'il faut l'intercepter, mais en réalité il est possible que certaines situations en amont du parcours de soins ou de l'environnement externe, puissent plus fortement et/ou plus rapidement entraîner un événement iatrogène médicamenteux.

Dans la continuité de notre étude, il serait intéressant de réaliser un travail sur la pondération de ces erreurs de sorte à déterminer leur puissance d'affect sur la réalisation ou non d'un événement iatrogène médicamenteux.

Par exemple, il semble que le patient N°6, qui ne sait pas gérer son traitement seul (**H15**), soit plus à risque d'iatrogénèse médicamenteuse que le patient N°5, qui oublie de temps en temps de prendre son traitement le midi car il n'anticipe pas les sorties à l'extérieur. Si un jour la femme du patient N°6 venait à disparaître, un problème se poserait car il aurait probablement des difficultés à gérer son traitement seul.

D'un autre côté, à la pharmacie il est connu et semble habitué concernant la prise de ses médicaments car il le renouvelle depuis longtemps. L'équipe soignante n'insistera peut-être pas sur le conseil associé à l'ordonnance, pourtant, il serait juste de le faire dans ce cas-ci.

Nous avons démontré que chacun de nos patients âgés sous traitement cardiovasculaire, naviguait avec au moins une situation à risque dans ses bagages.

Toutes ces situations peuvent être considérées comme des signaux faibles, c'est-à-dire comme des menaces ou des opportunités que le pharmacien doit détecter en amont, notamment grâce aux outils qu'il a en sa possession, empêchant ainsi la survenue de l'accident. Il serait intéressant de comprendre et de valoriser les outils les plus pertinents dans l'interception de ces situations. Nous avons par exemple ressenti à plusieurs niveaux, le manque d'un dossier patient partagé par l'ensemble des professionnels de santé.

Le pharmacien d'officine n'a pas le même rapport avec le patient lorsqu'il est de l'autre côté du comptoir. L'entretien pharmaceutique peut alors se présenter comme un outil majeur d'interception de situation à risque. Cependant, il n'est pas certain que le patient se livre autant avec un personnel de la pharmacie qu'il connaît et côtoie régulièrement.

Il serait donc intéressant d'étudier la faisabilité, la pertinence et le coût de tels entretiens, et d'étudier le moment le plus propice pour les réaliser. Le patient N°13, qui est le seul de nos patients à prendre ses médicaments depuis moins de 6 mois, nous a semblé le plus à risque d'iatrogénèse médicamenteuse, par la multiplication des situations dangereuses. Cela semblerait en effet plus judicieux de réaliser ces entretiens à l'instauration des traitements.

Pour conclure, en regard de cette étude, il serait intéressant de pondérer les situations à risque précédemment explorées. Cette pondération permettrait d'apporter une notion d'échelle du risque dans les différents comportements des patients sous traitement cardiovasculaire.

Ainsi, un second travail pourrait chercher à tester et évaluer la pertinence des outils actuels, mais aussi la mise en place et la modélisation de nouveaux outils, dans l'interception de ces situations à risque.

Enfin, une étude médico-économique permettrait de mettre en perspective le coût de mise en place et de rémunération d'entretiens pharmaceutiques à l'officine, par rapport au coût estimé de l'iatrogénèse médicamenteuse pour le système de santé.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Caroline THEVENET & Alexandre DIEU

TITRE : QUELS LIENS ENTRE UNE TYPOLOGIE DE COMPORTEMENTS À RISQUE ET LA SURVENUE D'ÉVÈNEMENTS IATROGÈNES MÉDICAMENTEUX ? APPLICATION AU PATIENT ÂGÉ SOUS TRAITEMENT CARDIO-VASCULAIRE.

CONCLUSION :

L'iatrogénèse médicamenteuse est un problème de santé publique. En 2012, le LEEM évaluait à 143.915 le nombre d'hospitalisations dues « aux effets secondaires connus des médicaments ou à des erreurs humaines » (11), et cela s'accroît avec l'augmentation de l'espérance de vie, en lien avec des pathologies chroniques notamment prises en charge par des thérapies médicamenteuses. Augmenter le nombre de médicaments, c'est risquer d'accroître les effets indésirables (60), la survenue d'interactions médicamenteuses, ainsi que certaines erreurs et l'inobservance de la part du patient, favorisant l'apparition d'événements iatrogènes médicamenteux.

Concernant la consommation pharmaceutique française, elle est dominée par les médicaments de la sphère cardiovasculaire (66). D'après l'enquête menée par P. Michel et Al en 2005 et rééditée en 2009, les médicaments les plus fréquemment en cause dans les effets indésirables chez le sujet âgé sont les médicaments à visée cardiovasculaire, les médicaments du système nerveux central, les antalgiques et les AINS.

James Reason (19), avec son Modèle du Fromage Suisse (Swiss Cheese Model) portant sur une taxonomie de l'erreur humaine, montre que les accidents sont la conséquence d'une succession de faits, d'erreurs et de comportements à risque.

L'état d'esprit du patient, ses connaissances, son comportement, son parcours de soins, son environnement, ses croyances et ses représentations, peuvent générer et moduler, via leurs influences croisées, des situations à risque d'iatrogénèse médicamenteuse, ou encore conditionner des actions qui sont elles aussi potentiellement pourvoyeuses d'événements iatrogènes médicamenteux.

Nous avons ainsi identifié et catégorisé des typologies de situations à risque chez le patient âgé sous traitement cardio-vasculaire lors d'entretiens semi-directifs de 30 à 40 minutes.

Le pharmacien, grâce à son contact privilégié avec les patients et au service pharmaceutique rendu, est l'un des acteurs principaux dans l'interception de ces situations à risque. Dans le prolongement de notre étude, il serait donc intéressant de réaliser un travail sur l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des outils à sa disposition (tels que la généralisation du dossier pharmaceutique, la formation continue, les entretiens thérapeutiques ou encore la mise en place d'un dossier patient partagé...), de façon à anticiper et prévenir les situations mises en évidence.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 31/03/2017

LE DOYEN



Pr. Michel SEVE



LE PRESIDENT DE LA THESE



Dr. Pierrick BEDOUCH

BIBLIOGRAPHIE

1. Signaux faibles. In: Wikipédia [Internet]. 2016 [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Signaux_faibles&oldid=133035237
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. La santé des personnes âgées: rapport d'un comité d'experts de l'OMS. Genève; 1989. 112 p. (Série de rapports techniques / Organisation Mondiale de la Santé).
3. Larousse É. Définitions : vieillissement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement/81927>
4. Darcourt G. Vieillesse normale et vieillissement pathologique [Internet]. EM-Consulte. 2016 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/4197/vieillesse-normale-et-vieillesse-pathologique>
5. Insee. Définition - Espérance de vie [Internet]. www.insee.fr. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1374>
6. L'espérance de vie en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>
7. Blanpain N, (France) I national de la statistique et des études économiques, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. 2010 [cité 6 déc 2016]; Disponible sur: <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-1810.pdf>
8. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. Insee No 1089. 1 juill 2006;
9. Assurance maladie. Prévention des risques médicamenteux : l'Assurance Maladie s'engage pour prévenir la iatrogénie [Internet]. 2006 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=5667
10. ameli.fr - La iatrogénie médicamenteuse [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-iatrogenie-medicamenteuse_rhone.php

11. Armantier G. Petit «Livres blancs» sur la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. ADEIC l'association de défense, d'éducation et d'information du consommateur. 2016 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.adeic.fr/2016/06/28/petit-livre-blanc-iatrogenie-medicamenteuse/>
12. BARRIOT P. Le guide Médicaments et iatrogénèse [Internet]. Lavoisier; 2015 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.lavoisier.fr/livre/environnement/guide-de-pathologie-medicamenteuse/barriot/descriptif-9782257206398>
13. Doucet J, Capet C, Jégo A, Trivalle C, Noël D, Chassagne P, et al. Undesirable drug effects in the elderly: epidemiology and prevention. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 23 oct 1999;28(32):1789-93.
14. Société française de pharmacie clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse. Paris: Société française de pharmacie clinique; 2006.
15. Bascands J-L, Girolami J-P. La bradykinine. 1996;(12):582-92.
16. Becker ML, Kallewaard M, Caspers PW, Visser LE, Leufkens HG, Stricker BHC. Hospitalisations and emergency department visits due to drug–drug interactions: a literature review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1 juin 2007;16(6):641-51.
17. Interactions médicamenteuses - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/\(offset\)/0#med](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/(offset)/0#med).
18. Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique. *Rev Prescrire.* nov 2011;(31):11-3.
19. Larouzee J, Besnard D, Guarnieri F. Le modèle de l'erreur humaine de James Reason. MINES ParisTech. 2014;
20. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 18 mars

2000;320(7237):768-70.

21. Bernheim C, Schmitt E, Dufay E. Iatrogénie médicamenteuse nosocomiale et gestion des risques d'erreur médicamenteuse: à propos de l'analyse des notifications du réseau REEM. *Oncologie*. avr 2005;7(2):104-19.

22. Traitement par AVK [Internet]. Vidal.fr. 2016 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1511/avk_traitement_par/a_savoir/

23. Société Française d'Hématologie. Prescription et surveillance d'un traitement antithrombotique. 2006.

24. Michel P, MINODIER C, MOTY-MONNEREAU C, LATHELIZE M, DOMEQ S, CHALEIX M, et al. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité. *Drees*. 2005;398:1-16.

25. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 5 mars 2003;289(9):1107-16.

26. Apretna E, Haramburu F, Taboulet F, Bégaud B. Medical and socio-economical impact of drug-induced adverse reactions. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 26 févr 2005;34(4):271-6.

27. MICHEL P, QUENON JL, DJIHOUD MA, SONNET MRB. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers: fréquence et analyse approfondie des causes. 2009 [cité 7 déc 2016]; Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAfinal_17aout09.pdf

28. QUENEAU P, Secrétariat d'Etat à la santé. La Iatrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner [Internet]. 1998 mars [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001548/index.shtml>

29. Laroche M-L, Charmes J-P, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication

use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? Br J Clin Pharmacol. févr 2007;63(2):177-86.

30. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/prevention-de-la-iatrogenie-medicamenteuse_rhone.php

31. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. L'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux [Internet]. www.drees.social-sante.gouv.fr. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>

32. LEEM - Les entreprises du médicament. La Campagne de lutte contre la iatrogénie [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.leem.org/article/campagne-de-lutte-contre-iatrogenie>

33. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 : Examen des articles [Internet]. www.senat.fr. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/115-134-7/115-134-714.html>

34. Le développement professionnel continu (DPC) - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu-DPC>

35. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>

36. BERTRAND M. Le dossier pharmaceutique au service du pharmacien : un outil

informatique construit pour une utilisation professionnelle optimale. Université de Lorraine; 2012.

37. Arrêté du 28 avril 2005 relatif aux bonnes pratiques de pharmacovigilance.

38. Rôle du CRPV | PharmacoVigilance [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.pharmacovigilance-champagneardenne.fr/role-du-crpv/>

39. Cespharm - Missions [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm/Missions>

40. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Fiche technique - Recommandations sanitaires pour le voyageurs. Bull Épidémiologique Hebd BEH. juin 2010;(21-22).

41. Cespharm - Campagne « Prenez votre tension à coeur » [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Connaitre-le-Cespharm/Activites/Conception-et-realisation-d-actions-de-sante-publique/Campagne-Prenez-votre-tension-a-coeur>

42. Fédération Française des Groupes Qualité (FFGQ). LISTE DE MÉDICAMENTS PRÉFÉRENTIELLEMENT ADAPTÉS À LA PRESCRIPTION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/APIMED/uploads/pdf/Prescription%20m%C3%A9dicamenteuse%20chez%20la%20personne%20%C3%A2g%C3%A9e/Liste%20de%20m%C3%A9dicaments%20PA%20-%20Preamble.pdf>

43. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, et al. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. Eur Geriatr Med. févr 2010;1(1):45-51.

44. Inpes - Maladies chroniques : éducation thérapeutique du patient [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/07/cp071113.asp>

45. Mangerel K, Armand-Branger S, Rhalimi M. Specificities of the elderly and its impact

on drug therapy. *J Pharm Clin.* 1 sept 2011;30(3):167-73.

46. Péhourcq F, Molimard M. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Rev Mal Respir.* nov 2004;21(5-c3):825.

47. Barbeau G, Guimond J, Mallet L. Médicaments et personnes âgées. Edisem; 1991. 576 p.

48. Université Médicale Virtuelle Francophone. Polypathologie et médicaments, iatropathologie [Internet]. 2008 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie11/site/html/cours.pdf>

49. Castleden CM, George CF. The effect of ageing on the hepatic clearance of propranolol. *Br J Clin Pharmacol.* janv 1979;7(1):49-54.

50. Larsson M, Landahl S, Lundborg P, Regårdh CG. Pharmacokinetics of metoprolol in healthy, elderly, non-smoking individuals after a single dose and two weeks of treatment. *Eur J Clin Pharmacol.* 1984;27(2):217-22.

51. Cusack B, O'Malley K, Lavan J, Noel J, Kelly JG. Protein binding and disposition of lignocaine in the elderly. *Eur J Clin Pharmacol.* 1985;29(3):323-9.

52. Haute Autorité de santé. Bon usage des technologies de santé - Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique. 2012.

53. STANKE-LABESQUE F. UE 6 pharmacologie, chapitre 2 : Aspects pharmacocinétiques. Université Joseph-Fourier, Grenoble; 2011.

54. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. *EMC - Médecine.* avr 2005;2(2):127-36.

55. Corpus de Gériatrie. Tome 1, édition 2000 - Collège Enseignants Gériatrie, Collectif [Internet]. [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.decite.fr/livres/corpus-de-geriatrie-9782909710129.html>

56. LEEM - Les entreprises du médicament. PERCEPTION & CONSOMMATION DE

MEDICAMENTS PAR LES SENIORS [Internet]. 2015 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://leem.org/sites/default/files/sondage%20leem%20mars%202015%20resultats%20exhaustifs.pdf>

57. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux. *Gérontologie Société*. 2002;103(4):13.

58. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (France), Frérot L, Doussin A, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2002 enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS): France 2002. Paris: CREDES; 2004.

59. Institut Français des Seniors. Sondage LEEM, PERCEPTION & CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PAR LES SENIORS [Internet]. 2015 [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: <http://leem.org/sites/default/files/sondage%20leem%20mars%202015%20resultats%20exhaustifs.pdf>

60. BULLETIN DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE. février 2007;191(2):271-85.

61. POUILLARD J. L'automédication. Cons Natl L'Ordre Médecins [Internet]. Février 2001 [cité 6 déc 2016]; Disponible sur: <https://conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>

62. Husson M. Apport du pharmacien d'officine dans la prévention du risque iatrogénique médicamenteux chez le patient âgé [Internet] [Thèse d'exercice en pharmacie]. Bordeaux 2; 2013 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.idref.fr/172597803>

63. Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (France), Colloque, Queneau P, éditeurs. Automédication, autoprescription, autoconsommation: 2e colloque de l'APNET, Palais du Luxembourg, 17 décembre 1998. Paris: John Libbey Eurotext; 1999.

64. Charbonnier A. L'automédication chez le sujet âgé: enquête auprès de personnes âgées et de pharmaciens d'officine, dans le Nord-Ouest de la France [Thèse d'exercice en pharmacie].

[France]: Université de Nantes; 2013.

65. Derlange S. L'AUTOMEDICATION DE LA PERSONNE AGEE VUE PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE: Enquête auprès de 10 pharmaciens d'officine de l'Hérault.

[Internet] [Thèse d'exercice en pharmacie]. UNIVERSITE Henri Poincaré - NANCY 1; 2004 [cité 6 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2004_DERLANGES_SEBASTIEN.pdf

66. Legrain S, others. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé: Consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS [Internet]. 2005 [cité 6 déc 2016]; Disponible sur: [http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf)

67. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Naudin F, Sermet C. La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001. Paris: IRDES; 2004.

68. EMERIAU JP, FOURRIER A, DARTIGUES JF, BEGAUD B, PELLERIN D, BLONDEAU P. Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées. Discussion. Bull Acad Natl Med. 1998;182(7):1419-29.

69. Puissieux F. Gériatrie [Internet]. Lavoisier MSP. 2012 [cité 6 déc 2016]. (Le livre de l'interne). Disponible sur: http://www.unitheque.com/Livre/lavoisier_msp/Le_livre_de_l_interne/Geriatrie-45302.html

70. Tallis R, Fillit H. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine, 6th edition, 2003. 6th edition. 2003.

71. Petermans J, Samalea Suarez A, Van Hees T. Observance thérapeutique en gériatrie. Rev Médicale Liège [Internet]. mai 2010 [cité 6 déc 2016];65(5-6). Disponible sur: <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/75791>

72. Ankri J. Risque iatrogène et population âgée. Actual Doss En Santé Publique. juin

1999;(27):41-3.

73. HCSP. Aluminium et vaccins [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2013
juill [cité 17 janv 2017]. Disponible sur:
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=369>
74. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005;
75. OMEDIT P-C. Livret Gériamed 2.0. 2016.
76. Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, antagonistes sélectifs des
recepteurs at1 de l'angiotensine II - JM Fauvel 2009 [Internet]. [cité 31 janv 2017]. Disponible
sur: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module12/corpus/IEC_ARA_II_IDR/IEC%20-%20ARAII%20Poly%2009.pdf
77. Rahimtoola SH. Digitalis therapy for patients in clinical heart failure. *Circulation*. 22
juin 2004;109(24):2942-6.
78. Seronde M-F. Cours: Diurétiques [Internet]. Besançon-cardio. [cité 31 janv 2017].
Disponible sur: <http://www.besancon-cardio.org/cours/63-diuretic.php>
79. HAS. IPC AMI n 8: SUIVI IONOGRAMME SI ASSOCIATION A RISQUE MAJORE
- « diurétique de l'anse + diurétique thiazidique » ou « antialdostérone + inhibiteur du système
rénine angiotensine ». In [cité 31 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/8_ipc_suivi_ionogramme_asso_a_risque_octobre_2012_vf.pdf
80. Gérardin-Marais M, Victorri-Vigneau C, Allain-Veyrac G, Chaslerie A, Nicolas M,
Sarraf N, et al. Diuretic drug therapy monitoring in the elderly: a cohort study. *Eur J Clin
Pharmacol*. avr 2008;64(4):433-7.
81. Pautas E. Anticoagulants oraux en pratique chez le sujet âgé. *Rev Prat*. sept 2015;65.
82. de Santé HA. Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2.
Recomm Bonne Prat. 2013;
83. CORBALAN JA. Dossiers interviews et enquêtes. oct 2001;

84. L'approche centrée sur la personne (Carl Rogers) [Internet]. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.lepsychologue.org/articles/approche-centree-sur-la-personne.php>
85. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2013. 448 p.
86. Brun-Calop N. Explication des attentes éducatives du patient vis-à-vis de l'acteur de santé : le cas du patient âgé chronique sous A.V.K. [Internet]. Université Pierre Mendès France (Grenoble); 2004 [cité 19 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2004GRE29043>
87. Gotman A, Blanchet A. L'enquête et ses méthodes : L'entretien. Paris: Nathan; 1992. 125 p.
88. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS. Nouvelles approches de la maladie chronique - Jean-Philippe Assal, Anne Lacroix [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.decitre.fr/livres/l-education-therapeutique-des-patients-9782711413812.html>
89. Abric J-C. 8. L'étude expérimentale des représentations sociales [Internet]. Vol. 7e éd. Presses Universitaires de France; 2014 [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=PUF_JODEL_2003_01_0203
90. Kübler-Ross E. Les derniers instants de la vie. Labor et Fides; 1989. 284 p.
91. Rochex J-Y. Note de synthèse [L'oeuvre de Vygotski : fondements pour une psychologie historico-culturelle]. Rev Fr Pédagogie. 1997;120(1):105-47.
92. MAYEN P. Education Permanente : Parution n°139 - 1999-2 - Apprendre des situations. Des situations potentielles de développement. [Internet]. 1999 [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: http://www.education-permanente.fr/public/articles/articles.php?id_revue=139&id_article=1140#resume1140
93. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. 2010 [cité 22 mars 2017]; Disponible sur: <https://basepub.dauphine.fr/handle/123456789/7415>

94. Coenen-Huther J. Le problème de la preuve en recherche sociologique qualitative. *Rev Eur Sci Soc Eur J Soc Sci*. 10 déc 2003;(XLI-128):63-74.
95. Didierjean A, Ferrari V, Marmeche E. L'expertise cognitive au jeu d'échecs : quoi de neuf depuis De Groot (1946) ? *Année Psychol*. 2004;104(4):771-93.
96. Thiétart R-A. *Méthodes de recherche en management*. Paris: Dunod; 2014.
97. Pralong J. L'image du travail selon la génération Y. *Rev Int Psychosociologie*. 2010;16(39):109-134.
98. Clot Y, Faïta D, Fernandez G, Scheller L. Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* [Internet]. 1 mai 2000 [cité 31 mars 2017];(2-1). Disponible sur: <https://pistes.revues.org/3833>
99. Bruchon-Schweitzer M, Siksou M. La psychologie de la santé. *J Psychol*. 1 déc 2010;(260):28-32.

ANNEXES

Annexe 1 - Exemples d'effets indésirables provoqués par certains médicaments

<i>Symptômes</i>	<i>Médicaments les plus fréquemment impliqués</i>
Hémorragie/Anémie	AINS, Aspirine
	AVK, AOD
Hypotension orthostatique	Antihypertenseur, dérivés nitrés
	Alpha-bloquant
	Antidépresseurs imipraminiques, antiparkinsoniens, neuroleptiques
Troubles du rythme	Amiodarone, B-Bloquant, inhibiteurs calciques, digitaliques
	Neuroleptiques, antidépresseurs
	Fluoroquinolones, macrolides
Insuffisance rénale fonctionnelle	AINS, diurétiques, IEC, ARAII
Hyponatrémie	IEC, ARAII, diurétiques
	IPP, ISRS
Dyskaliémie	Diurétiques, IEC, ARAII
	Laxatifs stimulants, Kayexalate, Corticoïdes
Confusion/Somnolence	Antalgiques de pallier 2 et 3, benzodiazépines à longue demi-vie, hypoglycémiants
Syndrome extrapyramidal	Neuroleptiques, Dompéridone, Métopropramide
Rétention urinaire	Anticholinergiques, morphiniques, sympathomimétiques alpha

Annexe 2 - Retranscription des entretiens patients

Patient n°1 : (femme, 75 ans, à la pharmacie, employée d'usine)

Racontez-moi, pourquoi prenez-vous les médicaments qui figurent sur votre ordonnance ?

Je prends des médicaments pour la tension depuis l'âge de 32 ans et maintenant je prends des médicaments contre le cancer, c'est le Nolvadex. On m'a diagnostiqué mon HTA car j'avais la tête qui tournait souvent : 18 de tension, j'étais quand même jeune. Je préfère avoir de la tension plutôt que ce que j'ai eu dernièrement ! J'ai eu des changements de traitement car la tension ne baissait pas, ils n'étaient pas assez efficaces. La dernière fois j'avais 14 ou 15 de tension mais j'ai tellement de soucis en ce moment que c'est peut-être dû à ça : mon mari est grabataire, il ne sort plus, il me laisse tout faire et puis j'ai quand même été fatiguée aussi, j'ai quand même été opérée pour mon cancer donc je pense que ça joue beaucoup sur ma tension élevée.

Comment vous organisez-vous si vous oubliez vos médicaments ?

Je n'oublie pas mes médicaments. Même les médicaments de mon mari je ne les oublie pas. J'utilise une boîte où je mets les médicaments à l'intérieur. Je fais surtout très attention au Nolvadex, alors celui-ci je ne l'oublie jamais car c'est vraiment le plus important ! Vous savez, ça fait une drôle d'impression quand on vous annonce que vous avez un cancer, surtout quand on ne s'y attend pas. C'était au mois de juillet à la suite d'une mammographie. J'ai été opérée au mois de janvier puis j'ai eu 24 séances de radiothérapie, ça brûlait, ça brûlait mais il fallait y aller tous les jours.

Avez-vous déjà eu des problèmes avec un médicament, des effets indésirables ?

Non, je n'ai eu aucun effet indésirable sauf peut-être parfois des bouffées de chaleur à cause du Nolvadex mais ce médicament est tellement important que je m'en fiche d'avoir des bouffées de chaleur, c'est secondaire par rapport au rôle du médicament.

Comment s'organise votre suivi médical ?

J'ai un suivi régulier tous les 2 mois par mon médecin traitant et tous les ans chez mon oncologue. Je peux vous assurer qu'avant chaque rendez-vous chez le oncologue, je ne dors pas au moins une semaine à l'avance.

Quels sont les antécédents médicaux dans la famille ?

Ma fille a eu un cancer à 40 ans, au niveau des deux seins, elle a eu de la chimiothérapie puis de la radiothérapie. Pour ce qui est de la tension, vous savez ça marque moins l'esprit qu'un cancer alors je ne saurais pas vous dire.

Malgré votre présence pour votre mari, quelles sont vos occupations au quotidien ?

Je m'occupe de mon mari car il ne peut presque plus marcher, il a de la tension, il a des problèmes aux reins, il ne fait rien, il reste dans son fauteuil toute la journée. Alors je fais tout, les courses, la pharmacie. Je fais tout à pied, ça fait du bien de s'aérer. Il faut être active car sinon je ne sais pas qui le ferait pour mon mari. Je dois être courageuse pour mon mari, mes deux filles et mes 6 petits enfants. Je travaillais en tant qu'ouvrière à l'entreprise Ruby de Voiron, ça me manque un peu ce temps où tout allait bien.

Patient n°2 : (homme, 68 ans, à la pharmacie, plombier à la retraite)

Racontez-moi, pourquoi prenez-vous les médicaments qui figurent sur votre ordonnance ?

Je prends cette ordonnance depuis le mois de septembre car mon cœur a lâché. Mon cœur a lâché car mon récent déménagement et la maladie d'Alzheimer de ma femme m'ont causé beaucoup de stress. Et puis surtout je fume comme un pompier.

Je comprends, le stress joue un rôle dans de nombreuses pathologies. Qu'est-ce qui vous est arrivé au cœur ?

Je n'arrivais plus à respirer dès que je marchais un petit peu je m'étouffais. Dès que je portais un sac un peu lourd, j'étais fatigué. J'ai pris rendez-vous avec mon médecin traitant qui m'a orienté vers un cardiologue. Je ne sais plus exactement ce qu'il m'a dit mais je m'en fiche un peu de savoir ce que j'ai, je sais juste que mon cœur est fatigué. Depuis, je dois prendre des médicaments tous les jours. J'ai eu aussi une opération de la prostate il y a 3 ans. Ils s'en sont rendu compte suite à une embolie pulmonaire. J'avais des piqûres dans le ventre pendant un an, la piqûre faisait très mal même l'infirmière qui venait me la faire avait peur de me piquer. Maintenant, j'ai une surveillance régulière du taux de PSA, en ce moment il est en train de remonter mais aucun nouveau traitement n'a été mis en place.

Avant votre opération prostatique, avez-vous eu un dépistage du cancer de la prostate ?

Je n'ai jamais fait de dépistage, vous savez moi je vais chez le médecin que quand ça ne va pas, sinon je m'en passe. C'est pareil pour les prises de sang, je n'en fais jamais, sauf quand le médecin me l'ordonne. Vous voyez par exemple, la semaine dernière mon cardiologue m'a donné une ordonnance pour que je réalise une prise de sang mais elle m'a dit que ça ne pressait pas alors je ne sais même pas si je vais la faire un jour.

Pouvez-vous me dire à quoi servent les médicaments présents sur votre ordonnance ?

Alors, l'Eliquis, je n'en ai vraiment aucune idée. Et puis vous savez, je ne cherche même pas à comprendre en fait, ça ne m'intéresse pas, il y a un traitement à prendre, je le prends et puis c'est tout.

Comment vous organisez-vous si vous oubliez vos médicaments ?

Je n'ai jamais oublié jusqu'à maintenant car comme je donne les médicaments à ma femme tous les jours, je prends les médicaments en même temps que je sors les siens. J'ai deux boîtes pour les médicaments : une pour elle et une pour moi. Ce sont des boîtes fermées à clef sinon elle me prend n'importe quoi comme elle a la maladie d'Alzheimer. Une fois, je me suis absenté, les médicaments étaient cachés au-dessus du meuble de la cuisine, il fallait grimper pour les attraper. Elle les a quand même trouvés et je l'ai retrouvée complètement amorphe, elle ne tenait plus debout, elle avait pris une plaquette entière de tranquillisants. Ça fait 4 ans que je gère les médicaments de ma femme donc maintenant j'arrive aussi bien à gérer les miens. Et si vraiment j'oublie alors tant pis, il est oublié. Je ne prends jamais double dose, je ne double pas pour autant, je sais que ça peut rendre malade, les médicaments ne sont pas des bonbons. Je ne suis pas médicaments, je les prends car je suis obligé sinon je ne les prends pas.

Avez-vous déjà eu des problèmes avec un médicament, des effets indésirables ?

Il ne me semble pas avoir déjà eu un problème avec un médicament. Vous savez, les médicaments, je les prends que quand on me les donne, on me dit 8 jours de médicaments, je prends 8 jours mais je ne vais pas en avaler plus qu'il n'en faut donc c'est peut-être pour ça que je n'ai jamais eu de problème avec un médicament.

Quand j'ai mal à la tête, je fais avec, j'attends que ça passe et puis si vraiment ça dure, je prends un doliprane ou un Efferalgan ou un truc comme ça, comme l'aspirine.

Savez-vous que l'aspirine est à éviter avec le médicament Eliquis ?

Ah bon ? Non on ne m'a jamais rien dit là-dessus mais bon je n'en prends pas alors ne vous faites pas de soucis avec ça.

Quelles sont vos occupations au quotidien ?

Je m'occupe énormément de ma femme car elle ne peut plus rester toute seule avec sa maladie. Je vois mes enfants et mes 3 petits enfants. J'en avais 4 mais on l'a perdu à 8 mois, je pense que c'est à partir de là que j'ai commencé à avoir des problèmes de santé. Je n'ai pas trop d'activité en ce moment, je m'oublie un peu mais j'essaie quand même d'aller au moins 2 fois par semaine à pied en ville pour marcher. Je suis un ancien plombier, passionné du travail sur bois. C'est une petite occupation que j'ai de temps en temps.

Votre épouse est donc une motivation pour vous pousser à prendre vos médicaments ?

Oui, c'est évident. Je sais bien que depuis que je prends les médicaments je suis nettement mieux donc c'est ça qui me motive aussi et puis je n'ai pas envie de mourir, je suis trop jeune, je ne suis pas pressé. Je disais justement hier à mon fils : je ne vais pas mourir tout de suite juste pour t'embêter encore un peu. Ah et j'ai arrêté de fumer depuis le mois de septembre. Je n'arrivais plus à marcher alors je me suis dit qu'il fallait que j'arrête de fumer, je n'arrivais plus à prendre mon souffle. Dès que je m'allongeais je m'étouffais alors je devais dormir debout. Je fumais les cigarillos, une boîte me faisait 2 jours donc 10 cigarillos par jour en moyenne. J'ai fumé pendant 30 ans en tout, j'ai commencé à l'armée, à 19 ans, j'avais arrêté 6 ans en 1994 et maintenant, c'est définitif, j'arrête jusqu'à la tombe.

Patient n°3 : (homme, 65 ans, à la pharmacie, paysagiste à la retraite)

Racontez-moi, pourquoi prenez-vous les médicaments qui figurent sur votre ordonnance ?

Je prends mes médicaments depuis trop longtemps. C'est arrivé il y a 7 ou 8 ans environ, je suis allé chez mon médecin traitant au passage de la cinquantaine pour un contrôle de routine. Il m'a mis en garde sur les excès après 50 ans, l'activité physique à faire régulièrement etc. Comme j'ai toujours eu une tension un peu élevée, mon médecin généraliste m'a envoyé chez un cardiologue qui a mis en place ces traitements. Au début je n'avais que le Ramipril mais ça ne suffisait pas, alors maintenant j'ai l'association avec le diurétique. Je connais l'aspect de

mes médicaments, je les reconnais tout de suite à leur forme. Au-delà, je sais qu'il y en a un qui coince la partie haute de la mesure de tension et l'autre qui régule la partie basse. Je sais aussi que depuis que j'ai ces médicaments, je ne peux plus donner du plasma sanguin, je peux donner du sang mais pas du plasma. J'ai eu aussi deux accidents de voiture avec coup du lapin. J'ai depuis régulièrement des maux de tête que je soulage par du Doliprane. Parfois une boîte me tient que 2 jours. Je fais aussi de la micro-kiné, ça me soulage beaucoup.

Quel suivi médical avez-vous pour votre tension ?

Je vois mon médecin traitant tous les 3 mois pour une prise de tension et pour le renouvellement de mon ordonnance. Ensuite, je vois mon cardiologue une fois par an pour qu'elle juge si le traitement est toujours adapté ou non. Je ne fais pas d'automesure chez moi, le pharmacien me l'a déjà proposé mais c'est source d'angoisse pour moi alors je ne préfère pas.

Quel type de problème avez-vous rencontré avec vos médicaments, par exemple des effets indésirables ?

Non pas spécialement mais j'ai constaté quelque chose, depuis que je prends mes médicaments pour la tension, je me suis mis à boire beaucoup plus de café. Avant, si je prenais du café le matin, j'avais la tremblote au moment de 10h et de la tachycardie. Si je prenais du café passé 15h de l'après-midi, je ne dormais pas de la nuit. Depuis ce moment, je bois plusieurs cafés le matin et l'après-midi et je n'ai plus de mauvais effets, j'ai une envie plus importante de boire du café qu'avant. Du fait que j'ai passé la plus grande partie de ma vie avec un certain niveau de tension, le corps aurait besoin de retrouver la tension élevée que j'ai eu pendant des années. Le cardiologue ne veut pas l'entendre et pense que c'est plus des changements hormonaux liés à la bascule de la cinquantaine. Comme ce n'est pas plus important que ça, je n'ai pas plus creusé.

Comment vous organisez-vous quand vous oubliez la prise d'un médicament ?

Quand j'oublie mon traitement, je saute plutôt que de risquer de prendre double dose. Je préfère faire l'impasse. De temps en temps ça m'arrive de me demander si je les ai pris ou non, je ne sais parfois plus où j'en suis. Ça m'arrive surtout parfois d'être en panne de médicaments car ça m'agace. Je n'ai pas envie de faire attention parfois. C'est le matin quand je dois prendre mes pilules que je fais le constat que j'avais pris la dernière la veille. Je vais du coup à la pharmacie dans la journée. Comme ce sont des produits de consommation courante, je ne me prends pas la tête, je constate les choses au jour le jour.

Avez-vous des antécédents cardiovasculaires dans la famille ?

Mon père avait de l'hypertension, mon grand père est mort d'une crise cardiaque.

Qu'est-ce qui vous pousse à prendre vos médicaments tous les jours ?

C'est l'obéissance, j'obéis très bien à mon médecin traitant et à mon cardiologue. Et pour le reflux gastrique, ce n'est même pas une motivation, c'est un rappel à l'ordre automatique. Cette sensation permanente d'acidité est très embêtante. J'ai eu un rendez-vous chez le dentiste, il a tout de suite vu que j'avais de l'acidité et il m'a dit qu'il comprenait pourquoi j'avais des dents dans cet état-là. Il m'est arrivé de me réveiller la nuit avec un reflux qui fait fausse route, c'est tout juste si ma femme a failli appeler les pompiers. C'est une sensation de brûlure pendant des jours parfois du fait de l'irritation. J'ai un autre rappel à l'ordre, je fais beaucoup de musique, je chante. La technique de chant consiste en la mise sous pression de l'air en partant d'en bas d'où compression de l'estomac. Là je viens de passer 4 jours terribles car il y avait beaucoup de répétitions et de concerts. Je prends un gaviscon avant la répétition mais le gaviscon encrasse les cordes vocales en passant, il laisse une pellicule dessus mais je m'en arrange. En cours de répétition, je sens que ça brasse et que le reflux remonte, ça arrive à irriter les cordes vocales. Je ne peux plus aligner les journées de répétition et les concerts, ce n'est plus possible, à la fin

de la journée, j'avais physiquement mal aux cordes vocales. Maintenant j'apprends un peu à contrôler ces choses-là. J'ai toujours du Gaviscon sur moi. Donc ce reflux me rappelle qu'il faut à tous prix que je n'oublie pas le Pantoprazole. Je le prends en mangeant généralement pour l'aider à glisser jusque dans l'estomac. Je sais aussi que mes problèmes d'estomac remontent au temps où je travaillais, j'étais énormément stressé dans mon travail, j'avais mal estomac dès le réveil car j'appréhendais d'aller au travail. Je travaillais en tant qu'informaticien et j'avais beaucoup d'objectifs à atteindre. Malgré la retraite, mon reflux ne me lâche toujours pas.

Patient 4 (homme, 80 ans, à la pharmacie, mécanicien aéronautique à la retraite)

Racontez-moi, pourquoi prenez-vous les médicaments qui figurent sur votre ordonnance ?

J'ai eu un infarctus en 2005, c'est depuis cet événement que je prends ces médicaments. Ma femme a perdu son frère et le lendemain j'ai fait l'arrêt cardiaque. Je pense qu'il y a un lien de cause à effet. C'était un vrai choc pour moi. J'ai eu subitement une très forte douleur au dos, on a appelé SOS médecin qui m'a transféré immédiatement au CHU. C'est là qu'ils m'ont annoncé que j'avais fait un infarctus. C'est une petite artère qui a été touchée, c'est pour ça que je n'ai pas eu beaucoup de séquelles je pense. J'ai donc tous ces médicaments à prendre tous les jours. Avant j'avais aussi de l'Omacor. Mais il coûtait très cher ce médicament. Alors je me suis permis de demander au médecin à quoi il servait, j'ai jugé qu'il n'était pas indispensable alors je ne l'ai jamais pris, surtout qu'il n'est pas remboursé. Le Carvédilol a été ajouté il n'y a pas longtemps par ma cardiologue.

Comment supportez-vous vos médicaments ?

Je supporte bien mon traitement, c'est comme si je ne le prenais pas, je n'ai aucun effet indésirable. Au début, j'ai essayé d'arrêter l'Esoméprazole car je ne comprenais pourquoi on me l'avait prescrit, je n'avais pas de douleur à l'estomac et ma femme avait entendu à la

télévision que ce médicament n'était pas bon pour la santé. Mais au bout de 3 jours, j'ai compris ma douleur. J'ai demandé à mon médecin, il m'a dit que c'était pour contrer les effets des médicaments et notamment du Kardégic. La première année de mon infarctus, j'ai eu du Plavix en plus car j'ai eu mon stent. Quand je me levais le matin, j'étais obligé de rester assis un moment car j'avais des vertiges incroyables. Depuis que j'ai arrêté le Plavix, tout va bien. C'était donc vraiment lié au médicament.

Comment vous organisez-vous si vous oubliez un médicament ? ou si vous tombez en panne de médicaments ?

C'est surtout ma femme qui gère mon traitement avec un semainier alors je n'oublie pas souvent. J'ai mon chien de garde, ma femme qui me passe derrière. Ma femme tient à me garder le plus longtemps possible, elle a eu peur elle aussi lors de mon infarctus. Si on tombe en panne de médicaments, le pharmacien nous dépanne si on se rend compte un peu tard qu'on n'a pas de nouvelle ordonnance donc ça ne m'inquiète pas trop. Pour les oublies, je dois bien avouer que parfois j'oublie mon Kardégic le midi, surtout quand j'ai des visites chez les médecins. Après, un jour sans Kardégic ça ne sera pas gravissime quand même.

Vous savez, si la prise du Kardégic le midi vous embête, vous pouvez le prendre quand vous voulez, il n'y a pas d'obligation absolue de le prendre le midi.

Que prenez-vous quand vous avez des douleurs ?

J'ai parfois des douleurs dans le bras alors je prends du Doliprane mais c'est tout, je n'abuse de rien. Je me considère comme un malade en bonne santé.

Quelles sont vos occupations au quotidien ?

Je fais de la marche à pied, mes copains sont morts alors maintenant je ne fais plus trop de raquettes en montagne. A l'époque on était 10-15 amis à faire de la raquette tous les week-end d'hiver. Maintenant, je monte les marches, je vais chercher le journal dans la boîte aux lettres, j'ai mal au genou, les muscles ne tiennent plus trop. On fait moins d'exercices maintenant, on en a moins l'envie aussi. Ce qui remplace les sorties avec mes amis, ce sont mes enfants et mes petits-enfants. C'est pour ça que nous avons déménagé, pour nous rapprocher de nos enfants, pour voir grandir nos petits-enfants et c'est un véritable bonheur. Je pense beaucoup avec mon cancer. S'il n'y avait pas cette petite bête qui me mange, me ronge le cerveau et mon corps nuit et jour, j'irais très bien et je profiterais de la vie mais je n'y arrive plus. Je sais d'où vient mon cancer, il vient de mon ancien métier. Je suis à la retraite depuis 23 ans mais j'ai travaillé dans la marine, à Air France, je travaillais dans un atelier qui sentait le trichlo. On nettoyait les avions avec le trichlo, j'ai aussi pris des radiations d'uranium. Mon papa a lui aussi eu un cancer du foie alors c'est peut-être aussi dans les gènes.

Patient N°5 : (homme, 75 ans, à domicile, agriculteur et chauffeur à la retraite)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments ?

Je sais que le Plavix, c'est pour fluidifier le sang, le Tahor c'est pour le cholestérol mais bon je n'en ai pas alors je ne sais pas, c'est en préventif je pense. Ils m'ont supprimé la Flécaïne pour mettre du Sotalex car j'avais la tachycardie. Le Plavix ça a commencé en 2008, j'ai eu deux opérations des anévrismes poplités avec pontages. Je n'ai eu que ça au point de vue cardiaque. Il y a deux ans, j'ai eu la tachycardie, j'avais pris une fatigue, au mois d'Août avec la grosse chaleur, je me suis couché sur le bord du chemin un peu à l'ombre, ensuite je suis allé au docteur qui m'a fait descendre faire une prise de sang, c'était 6h du soir. A 7 h du soir, le labo m'a appelé et m'a dit qu'il fallait entrer tout de suite en clinique. Les pompiers sont venus me chercher. Je ne sais plus ce qu'il y avait dans la prise de sang mais il y avait un taux qui était trop élevé. Aux urgences le cardiologue m'a gardé 1h en examen, je suis resté 3 jours à la

clinique Belledonne pour des examens pour contrôler. Là en ce moment, je suis essoufflé, quand je monte les escaliers un peu vite, je sens que j'ai du mal. Le cardiologue début décembre m'a fait un ECG et m'a dit que c'était bon. Il m'a envoyé chez l'angiologue, l'angiologue ne trouve rien donc ils m'ont envoyé faire une radio des poumons, il n'y a rien. J'ai eu donc rendez-vous la semaine dernière chez le pneumologue qui me fait passer un scanner des poumons, je n'en sais pas plus.

Et concernant d'autres problèmes de santé éventuels ?

J'ai été opéré de la prostate il y a quelques années, mais sinon je ne vois pas.

Comment vous organisez vous pour faire de l'activité ?

Je marche 3h plusieurs fois par semaine et fais du ski de fond, je n'arrête pas, j'ai toujours quelque chose à faire, du bois ou du bricolage.

Quels sont les effets néfastes que vous ressentez en prenant vos médicaments ?

Je n'en ai pas tellement, je fais attention car si je me coupe, je saigne tout de suite hein. C'est le Plavix qui fluidifie le sang. Parfois je ne dors pas bien mais je ne pense pas que ce soit en rapport avec le traitement, c'est en rapport avec des problèmes autres.

Que faites-vous en cas de saignement ?

Ba je mets un chiffon pour arrêter le saignement, je ne me suis jamais coupé un doigt non plus !

Votre ressenti global par rapport à ces médicaments, le fait de les prendre.

Je suis habitué maintenant donc ça ne me fait rien de les prendre. Le Tahor il y a eu une émission une fois ils disaient qu'il ne fallait pas trop y prendre que c'était pas bon pour la santé. J'en ai parlé au cardiologue mais il m'a répondu « n'écoutez pas ce genre d'émission, prenez ce que

je vous donne » donc je n'ai pas arrêté de le prendre. C'était un chercheur du CNRS, après on ne sait plus qui croire quoi. Ça fait des problèmes aux jambes apparemment. J'ai un contrôle chez l'angiologue toutes les années. Le cardio m'a fait retourner récemment mais il m'a dit que ça circulait que tout était bon.

Comment faites-vous lorsque vous oubliez de les prendre ?

C'est rare, ça m'arrive parfois quand on part manger à l'extérieur mais bon en principe je n'oublie pas, je prends tout le soir. Il y avait une période où que je les prenais à midi, c'est vieux ça. Le midi on oublie plus facilement donc je regroupe tout le soir comme ça je n'oublie pas et quand j'oublie, je ne prends pas. Le Clopidogrel je ne l'oublie pas c'est sûr, j'ai l'anévrisme, l'artère sur 4 cm de long elle était sur 4 cm d'épais.

Donc si je comprends bien, vous avez à cœur de prendre ces médicaments ?

Oui je sens que ça peut être dangereux de ne pas les prendre. Pour l'anévrisme, on était allé faire du ski de fond le jeudi à midi, le vendredi j'avais mal à la jambe. Le samedi je suis allé voir le docteur, il m'a dit que j'avais trop forcé en ski de fond et que c'était une courbature. Et puis dimanche j'ai pris mal au pouce donc le lundi je suis retourné le voir et il m'a dit d'aller en urgence à l'angiologue. Et l'angiologue direct à la clinique. En faisant l'examen, ils ont vu qu'il y avait l'anévrisme et ils se sont aperçus qu'il y en avait un dans l'autre jambe aussi. Ils m'ont fait un pontage tout de suite et l'autre un mois après. Ils m'avaient dit quand ils m'avaient fait le premier, si vous sentez quelque chose, vous faites vite car l'autre était en forme de poire donc ça risquait d'éclater beaucoup plus vite. Ça c'était en 2008.

Quand vous avez mal quelque part vous prenez quoi ?

Pas de prise d'aspirine, je le sais ce n'est pas bon avec ce que je prends. Je prends un Efferalgan parfois mais je ne suis pas tellement médicaments.

Vos différents médecins communiquent entre eux ?

Mon cardiologue envoie à chaque fois les résultats à mon médecin traitant.

Il y avait des antécédents de problèmes cardiaques dans votre famille ?

Non pas que je sache, je suis le seul à avoir des problèmes de rythme.

Patient N°6 : (homme, 81 ans, à domicile, anciennement chef de bureau d'étude)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments et du pourquoi vous les prenez svp ?

Je prends ces médicaments depuis quelques années, ma femme se souvient mieux que moi. Avant je n'avais aucun autre médicament. Ils m'ont découvert de la tension lorsque j'ai pris un malaise en déneigeant la cour chez moi et pas longtemps après j'ai fait un AVC dans une salle d'attente où je venais d'être opéré des cataractes, on avait fini et on attendait que la voisine vienne nous récupérer. Ma femme me parlait et au bout d'un moment, je ne lui répondais plus. J'étais très mal. Ma femme a appelé l'ophtalmo qui était en consultation et m'a fait appeler une ambulance. Moi je ne me souviens absolument de rien. J'avais 71 ans à l'époque. A partir de ce moment ils m'ont mis en place un pacemaker et des médicaments et comme je ronflais beaucoup, on m'a mis un masque pour l'apnée du sommeil. Je ne me rendais pas compte mais c'est ma femme qui avait peur et qui en a parlé au médecin. Je faisais des apnées longues.

Donc si je comprends bien vous êtes appareillés pour l'apnée du sommeil en plus de vos médicaments qui ont fait suite à l'AVC ?

Oui c'est ça et l'appareil je le supporte bien, ça fait 10 ans que je l'ai. Les médicaments mis en place par l'hôpital n'ont jamais changé. J'ai bien supporté les traitements, je n'ai pas eu de problèmes pour les accepter. De toute façon on m'a obligé, on m'a dit que je ne pouvais pas faire sans. J'ai des médicaments pour le diabète aussi.

Comment vous vous organisez pour les prendre correctement ?

J'en ai pour le matin, pour le soir, de toute façon la metformine c'est trois fois par jour c'est simple. Mais je n'oublie pas car c'est une mécanique et ma femme veille au grain. Le Kardégic c'est un sachet que je prends le matin avec le Lercan et le Périndopril aussi. Autrement dit, le matin j'ai la totale. Par contre ce qui m'arrive c'est que parfois on sort dans la journée, on mange à l'extérieur et bien la metformine que je dois prendre le midi, bien souvent je ne la prends pas car je suis dehors. Je n'ai pas le réflexe de l'emporter. Je l'oublie au moins une fois par semaine. A la base on ne décide pas de rester en ville donc on part sans le médicament. Sur les 3, celui qui pêche c'est tout le temps la prise du midi.

Comment ils marchent ces médicaments que vous prenez ?

Très sincèrement, la pharmacienne m'a déjà expliqué mille fois à quoi servait la metformine mais comme je ne retiens pas je ne sais pas. Mais je pense que c'est pour la glycémie quand même. Le Lercan et le Périndopril je ne m'en rappelle pas, ça doit être pour le cœur. J'ai aussi le Movicol en ce moment pour aller à la selle. J'ai fait une occlusion intestinale qui a trainé car le médecin généraliste disait que le ventre était souple donc il n'entreprenait aucun autre examen sauf que j'ai failli y passer et j'ai été opéré de l'intestin en urgence, on m'a enlevé un bout d'intestin. C'est une opération assez lourde. Le cycle d'évacuation des selles met du temps à se mettre en place, c'est pour ça que j'ai du Movicol. J'ai tout le temps besoin du Movicol sinon je ne vais pas aux toilettes de moi-même. Si mon fils ne m'avait pas emmené aux urgences je ne serais plus là.

Avez-vous toujours confiance dans le corps médical malgré ça ?

On a changé de médecin généraliste. L'erreur est humaine mais après de nombreuses consultations il ne s'était pas inquiété et après cela il ne reconnaissait pas qu'il s'était trompé !

On était très déçu de voir ça avec ma femme et ça fait poser des questions, donc on a préféré aller voir quelqu'un d'autre.

Quels sont les effets indésirables ressentis de vos médicaments ?

J'ai un peu les jambes qui gonflent, je ne sais pas si ça vient de ça mais c'est sûr que ça a quand même pas mal changé par rapport à avant où je ne prenais rien.

Donc si je comprends bien vous ressentez un poids de prendre ses médicaments. Quel est votre ressenti général sur ces traitements et leur utilité ?

Je trouve que je prends trop de médicaments car je suis anti médicaments mais en même temps je sais qu'ils sont vitaux donc je me fais à l'idée de les prendre.

Quels sont les médicaments que vous ne devez pas prendre ?

Alors ça je ne sais pas quoi répondre on ne m'a jamais expliqué mais comme je suis un peu contre les médicaments je ne vais pas en prendre de moi-même, j'attends d'avoir une ordonnance, donc ce n'est pas important.

Lorsque vous avez mal vous prenez quoi ?

J'ai des dolipranes prescrits dans ma dernière ordonnance, je ne prends rien d'autre. Je n'ai jamais eu le besoin de prendre autre chose. Je n'ai jamais eu vraiment mal et puis je suis anti médicament, c'est un caractère. Ce que je prends en plus c'est le Nasonex le soir avant de me coucher car mon nez est sec et j'ai du mal à avoir un nez lubrifié. Ça je le fais depuis qu'on m'a opéré de ma déviation nasale il y a 20 ans.

Vous êtes suivi régulièrement par les médecins ?

J'ai une surveillance de temps en temps de ma tension à la maison, j'ai un appareil. Ces temps-ci ça a l'air de grimper un peu, disons que le max que j'ai eu c'est 16. Là je suis dans une phase d'infection avec mes glandes qu'ils vont m'opérer au niveau de mes hernies inguinales. Avant l'opération je dois arrêter le Kardégic mais ça c'est ma femme qui gère. Je crois aussi que je ne dois pas prendre celui pour le diabète. Le médecin je le vois tous les 3 mois pour les analyses et parfois une fois entre les 3 mois si j'ai un problème.

Concernant vos antécédents familiaux.

Mon père et ma mère étaient diabétiques ainsi que mon oncle.

Patient N°7 : (femme, 80 ans, à domicile, anciennement femme au foyer)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments. ?

Repaglinide et Januvia c'est pour le diabète, Simvastatine c'est pour le cholestérol et le Périndopril c'est pour la tension. Maintenant j'ai Eupantol car j'ai des problèmes à l'estomac, on m'a fait une gastroscopie car j'avais eu des polypes il y a 20 ans. J'ai aussi souvent mal à l'estomac avec des remontées gastriques après manger, tout vous remonte à la bouche, c'est terrible. J'avais Ranitidine mais ça ne marchait pas, alors même le soir je préférais prendre du citrate car ça me faisait roter plus et en même temps ça dégageait mieux mon estomac. Du côté intestinal, elle n'a rien trouvé au niveau d'une hernie hiatale mais elle m'a fait 3 biopsies et on attend les résultats.

Comment estimez-vous la qualité de votre suivi médical et biologique ?

J'ai des contacts réguliers avec le médecin et un suivi biologique tous les 3 mois notamment pour le diabète. Il n'est pas stabilisé et augmente, je n'arrive pas à le stopper c'est pour ça que le médecin a décidé de mettre du Januvia donc on a un régime alimentaire assez stricte, pas trop de sucre, on mange léger. La tension artérielle, je la contrôlais tous les jours avec notre ancien

médecin, mais le nouveau médecin ne nous a pas dit de le faire tous les jours alors on le fait que quand elle nous visite. Mais comme on va souvent chez les médecins, on a un bon contrôle de la tension.

Comment supportez-vous vos traitements ?

Je n'ai pas d'effet indésirable, sauf avec le générique de la metformine que je ne supporte pas, c'est le premier qu'on m'a donné et j'ai commencé à avoir des vertiges épouvantables, je n'étais pas bien du tout donc on a changé par un autre médicament. Je tousse sans arrêt, nuit et jour depuis un an, le médecin me dit que c'est à cause des remontées acides donc j'attends les résultats de mes examens. J'avais déjà de la Ranitidine depuis 10 ans après avoir passé une gastroscopie. Pour le médecin tout allait bien sauf qu'il avait enlevé des polypes et qu'il y avait une hernie hiatale. Il m'avait donné ce traitement antiacide en me rassurant. Peu après on est partis en Italie avec les enfants de mon fils et quand on arrive là-bas, on va à la plage et je ne sais pas si c'est les vagues, les remous mais j'ai commencé à avoir des vertiges, des vomissements épouvantables. La fille de ma belle-sœur est urgentiste alors elle me dit d'aller aux urgences, on m'a dit qu'il fallait opérer d'urgence car c'était énorme. Mon mari n'a pas voulu que je me fasse opérer en Italie alors on a signé une décharge comme quoi on refusait de se faire opérer en Italie. En France, ils ont trouvé que la vésicule était énorme et infectieuse. La vésicule a été retirée en faisant des petits trous et maintenant je n'ai plus de vésicule. C'est peut-être pour ça que je suis constipé chroniquement aussi. Le docteur m'avait trouvé aussi des Helicobacter donc il m'avait traité pour ça à l'époque et depuis je suis sous Eupantol, je m'en suis un peu méfiée car j'ai eu une diarrhée monstrueuse, je n'ai pas pu la dominer quand j'étais en train d'étendre le linge, c'est qqch d'incroyable qui est arrivé, je suis montée j'étais vraiment vexée alors je me suis demandé si c'était ce médicament-là, j'ai lu la notice et il y a beaucoup de problème. J'ai dit à mon mari, je vais l'arrêter car j'ai peur. Et puis j'ai quand même essayé

de le reprendre un soir, je ne l'ai finalement pas arrêté, je l'ai repris quand même et puis je n'ai rien eu alors c'était peut-être par rapport à ce qu'on avait mangé.

Vous devez avoir raison, avez-vous demandé à votre médecin un traitement pour votre constipation actuelle ?

Pas de traitement pour la constipation pour le moment car ça fait à peine un an que je connais mon nouveau médecin alors je lui dis tout petit à petit sinon elle va croire que je veux des tonnes de médicaments. Mais non je n'en veux pas, je suis contre.

Quels types de médicaments, automédication utilisez-vous de vous même ?

Je ne prends rien sauf des tisanes de verveine du jardin.

Et quand vous avez mal que prenez-vous ?

J'ai souvent des courbatures maintenant car j'ai un rétrécissement du canal médullaire donc on me fait des injections de cortisone mais j'ai toujours mal. Si ça ne marche pas, à terme il faudra opérer. Mes douleurs se réveillent surtout la nuit, que ça fait mal, ça me tire tout sur le côté droit du mollet, tout le long, ça m'empêche même de dormir, ça fait très mal on ne sait pas comment mettre sa jambe. A l'époque on commençait par l'aspirine avant d'aller voir le médecin, mais je sais qu'il faut éviter maintenant surtout que ma clairance rénale ne fonctionne pas bien, mes reins ne fonctionnent pas bien. De toute façon comme je suis anti-médicament sans raison je ne prends rien ou alors je demande au pharmacien, le pharmacien c'est celui qu'on va voir avant d'aller chez le médecin.

Trouvez-vous que vous prenez trop de médicaments ?

Je trouve que je prends assez de médicaments oui, je n'en veux pas plus mais pour que ça aille bien c'est sûr qu'il faut les prendre. Surtout la tension, mais je n'ai pas de mal à les prendre car je sais que c'est vital.

Et quand vous oubliez un médicament, comment faites-vous ?

Je n'oublie pas, ou très rarement si je change ma routine quotidienne. Quand je l'oublie je ne le reprends pas après, je le saute tout simplement, je n'aime pas changer les horaires ou quoi.

Quelle vision de votre état de santé avez-vous ?

Ce qui me gêne c'est mes pieds et mes jambes qui grossissent, j'ai beaucoup grossi sans manger beaucoup pourtant, je prends du poids et ça me vexe je ne sais pas comment m'habiller. Je porte des bas de contention car j'ai des problèmes veineux et d'habitude je mettais des collants. J'étais à 2,3,4 et finalement maintenant il me faut du 5. Et récemment on m'a dit qu'on ne pouvait pas faire autrement que mettre des collants de femme enceinte. Je ne mets que des mis bas quand je suis obligée de faire une visite car c'est dur à enlever. Les mis bas arrivent trop à la jointure de la prothèse et c'est très douloureux, en touchant ça fait mal. Les mis bas me font garrot. J'ai toujours eu des problèmes de circulation mais je n'ai pas de produits pour, c'est seulement les mis bas. Je vais souvent chez la pédicure mais ça coûte cher, enfin, au final c'est remboursé car j'ai du diabète. L'autre problème c'est mes remontées qui commencent vers 18h30, j'ai des remontées toute la journée, on me l'a prescrit au coucher pour éviter que j'étouffe la nuit car c'est vraiment très désagréable.

Patient N°8 : (homme, 73 ans, à domicile, directeur général de son entreprise)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments s.v.p. ?

Je vais prendre mon ordonnance, je range toutes mes ordonnances dans un classeur j'aime quand c'est carré. Alors le Préviscan, c'est pour fluidifier le sang, la Flécaïne ça sert à

normaliser les battements, la Tamsulosine c'est pour ma prostate et l'Irbésartan il est prescrit par mon cardiologue de l'époque mais je ne sais pas pourquoi il me l'avait donné celui-ci. J'ai eu ces traitements suite à une pneumopathie qui a nécessité 10 jours d'hospitalisation à Nice en vacances il y a 17 ans, c'est là qu'ils m'ont décelé de l'arythmie et mis sous Préviscan et Flécaïne.

Vous devez être suivi régulièrement chez le médecin et au niveau des prises de sang.

Oui mon taux d'INR est toujours entre 2 et 3, jamais en dehors de la fourchette et je prends régulièrement ma tension avec un appareil d'auto mesure à la maison mais surtout je fais confiance à mon médecin et chaque fois que j'y vais il me la prend, je suis stable à 13/7. Je vais chez le médecin généraliste tous les mois.

Si je comprends bien vous avez largement confiance en votre médecin et le corps médical ?

Oui, il est très bien mon médecin, je peux me confier et puis au final mon traitement ce n'est toujours qu'un simple renouvellement alors bon. On a eu tendance à responsabiliser plus le pharmacien ces temps-ci, à faire quelques visites et j'avais été reçu par le pharmacien pour un entretien de 30 minutes sur le Préviscan. Je me suis dit, tiens c'est vrai que dans le temps le pharmacien c'était le médecin on allait le voir en premier mais que c'était devenu petit à petit un commerçant de luxe, mais quand j'ai eu cet entretien où on m'a expliqué comment gérer moi-même et comment ça fonctionne j'étais impressionné, je me suis dit que c'était bien et qu'il fallait que ça aille dans ce sens-là, enfin pour votre profession... Je n'ai plus la même image maintenant.

Et l'image par rapport aux médicaments ?

Comme tout le monde je pense, si je pouvais m'en passer ce serait bien mais je sais qu'il ne faut pas. J'en ai marre de faire des INR, là par exemple je suis en retard mais avec la bronchite j'ai dit non je reporte à un peu plus tard.

Oui je comprends ça peut être contraignant, et concernant les effets indésirables ?

Je n'en ai jamais eu ou alors j'ai peut-être eu des effets mais je ne les mets pas sur ce compte-là. C'est difficile à apprécier. J'ai de la fatigue depuis quelques temps, je me demande si ce n'est pas mes médicaments car c'est quand même de la chimie et j'en avale tous les jours tous les jours. Par contre grâce au traitement je n'ai pas de palpitations, jamais.

Comment est-ce que vous vous organisez lorsque vous oubliez un médicament ?

Je n'oublie jamais, j'ai un gendarme, ma femme. Ce qui est pénible c'est la posologie du Préviscan : $\frac{3}{4}$, $\frac{3}{4}$, 1 et ainsi de suite, ma femme me fait un véritable calendrier. Il m'arrive de temps en temps d'oublier quand je vais au restaurant, donc je le prends en rentrant, le pharmacien m'avait bien dit pendant l'entretien que je pouvais le prendre dans les 8 heures. Je fais attention au Préviscan car c'est lui qui fait la fluidité je crois. Sinon la panne de médicaments, heureusement que ma femme s'en occupe, je regarde de temps en temps les boîtes et elle se dit attention il en reste qu'un et il faut vite aller à la pharmacie, mais c'est des fois compliqué à la pharmacie pour se faire dépanner.

Et au niveau des antécédents familiaux ?

Ma maman a eu un AVC, c'est la seule chose qui me vient.

Vous arrivez à pratiquer une activité physique régulière ?

On en fait pas assez, je suis ancien champion de course à pieds mais je n'aime pas marcher. Mon médecin me conseille de marcher plus, je lui ai promis de plus marcher à partir de janvier

2017. On essaye même de faire des efforts dans le jardin mais je fais attention à ne pas me couper. On a beaucoup fait de sport plus jeune mais là maintenant j'avoue que je suis devenu un peu fainéant. On se baigne quand on peut l'été. Je ne fais plus d'exercice et ça je conçois que ce n'est pas bien. Maintenant je vais chez le médecin à pied, c'est déjà ça.

Et votre ressenti global de votre état de santé ?

Je me sens en bonne santé, en partie grâce aux médicaments je pense. Le problème c'est que je commence à avoir quelques douleurs articulaires, je pense que l'on a fait trop de sport avec ma femme étant plus jeunes.

Que prenez-vous pour ces douleurs ?

On n'est pas du genre à prendre des médicaments en dehors de ce qui est vraiment utile.

Patient n°9 : (homme, 80 ans, à la pharmacie, rebouteux)

Racontez-moi, pourquoi prenez-vous les médicaments qui figurent sur votre ordonnance ?

Je prends ce traitement car il me fait du bien il me fait de l'effet. Grâce à ce traitement, j'ai retrouvé mon rythme cardiaque. On me l'a prescrit car je faisais des extra systoles. Tout mon traitement concerne mon cœur, c'est pour mes coronaires. J'ai intérêt de bien prendre mon traitement pour ne pas faire un infarctus. Vous savez, je me suis beaucoup occupé de ma mère et de ma femme qui étaient toutes les deux malades alors maintenant je me suis écroulé. Alors par contre, je ne veux pas les génériques ! Ce n'est pas par égoïsme ni par politique mais les effets ne sont pas les même sur le cœur avec les génériques. J'appelle Docteur Générique les médecins qui prescrivent les génériques. J'ai bien vu à l'hôpital comment ça marche, tous les patients réagissent différemment et les inventions des génériques ce n'est pas bon pour la santé des gens. Il faut rester aux traitements de base. Un jour il y aura qu'un seul médicament pour un organe, le pharmacien ne se rend pas compte. Je vais vous donner un exemple : le

Pantoprazole n'a aucun effet par rapport à l'Eupantol. Je n'ai pas été influencé pourtant, car je ne savais pas qu'ils me donnaient un générique à l'hôpital. Quand j'ai pris ça, le lendemain j'avais la brûle. Je ne voulais pas le dire aux médecins car c'est fou comme ils se fâchent à l'orgueil. J'en ai conclu que le générique masque l'acidité mais ne traite pas vraiment. Donc je n'en reprendrai plus jamais !

Donc si je comprends bien vous prenez ces médicaments pour vos problèmes cardiaques et notamment pour vos extrasystoles. Quels ont été les changements dans votre traitement depuis le début ?

Il y a eu des changements de traitement bien sur ! Avant j'avais du Kardégic 160, c'était très pénible à prendre car il fallait toujours avoir un verre d'eau sur soi. J'en ai parlé à mon médecin qui a remplacé le Kardégic par de l'Aspirine Protect 100. C'est bien plus pratique, je n'ai même plus besoin d'eau, je l'avale comme ça. Et récemment, sur ma nouvelle ordonnance, le Temerit 5 a été prescrit le soir et le Coversyl a été prescrit le matin. Ça m'embête beaucoup car j'ai toujours eu l'habitude de les prendre les deux le matin. J'ai peur d'oublier le Temerit car je ne prenais jamais rien le soir. Je ne sais pas pourquoi mon médecin a décidé de changer, ma tension est très bonne en plus.

Je comprends, c'est compliqué de changer ses habitudes. Vous savez vous pouvez continuer à prendre les 2 le matin puisque le médecin n'a pas changé de posologie.

Dans l'ensemble, est-ce que vous supportez bien votre traitement ?

Le Crestor me donne des douleurs musculaires, j'ai des douleurs au niveau des jambes, qui partent de la cuisse jusqu'au talon. Grâce aux infiltrations, ça va mieux, quand je me lève je ne sens plus les douleurs mais j'ai toujours une petite chaleur au niveau du talon c'est comme si c'était de l'énergie qui descendait jusqu'au talon. J'en ai parlé à mon cardiologue, il m'a dit de prendre le médicament un jour sur deux mais il m'a répondu ça car il n'en savait rien du tout.

Je sais que c'est un médicament qui est important alors malgré la douleur je le prends quand même. Comme il n'y a pas de produits miracles sans effets indésirables, il faut s'adapter, laisser le corps s'adapter à avoir une nouvelle molécule en soi. Maintenant, j'ai décidé de vivre avec mes médicaments car avec du vieux on ne fait pas du neuf de toute façon.

Est-ce que vous trouvez que vous prenez trop de médicaments ?

Je ne trouve pas que je prends trop de médicaments, comme c'est bien réglé c'est le principal. D'un côté ça me rassure d'avoir tous ses médicaments. J'ai conscience que sans mes médicaments je ne pourrai pas régler mes troubles du rythme.

Comment vous organisez-vous pour prendre vos médicaments tous les jours ?

J'organise les médicaments aussi pour ma femme comme ça je la surveille et ça me permet de penser à prendre les miens. Au début c'était la panique, maintenant ça roule pour moi mais c'est grâce à tous les bons conseils de mon pharmacien, je le considère vraiment comme quelqu'un de ma famille. Je l'estime même plus que mon médecin traitant. J'ai un pilulier pour m'aider à ne pas oublier.

Et si vous oubliez un médicament, que faites-vous ?

En principe, je n'oublie pas mes médicaments mais si vraiment j'oublie, je ne prends pas double dose. Pour une fois je ne vais pas mourir et le lendemain je reprends comme d'habitude. En tous cas, je ne suis jamais en panne de médicament, j'ai toujours un bon stock chez moi, je panique si je n'ai pas des médicaments d'avance.

C'est bien, vous êtes quelqu'un d'organisé. Quand vous avez mal, par exemple un mal de tête, qu'est-ce que vous prenez pour vous soulager ?

Tout dépend où j'ai mal. J'essaie de ne pas trop prendre des antidouleurs. A l'hôpital, ils voulaient me donner des antidouleurs encore plus forts quand je me suis fait opérer du rachis mais je n'ai jamais accepté. Si on prend tout le temps un médicament qui est fort alors ensuite on ne sentira plus la douleur et on ne peut pas prendre toute notre vie des médicaments forts. Il ne faut pas cacher les choses. Je ne veux pas de morphine ni d'autres drogues. Le doliprane m'assomme un petit peu déjà alors je vous laisse imaginer le reste. En parlant de douleur, j'ai une nouvelle opération du rachis à venir, j'ai peur car cette fois-ci s'ils touchent la moelle, je suis foutu et je serai paralysé. Alors en ce moment, je ne pense plus trop à mes problèmes de cœur mais surtout à mes problèmes de dos.

Patient N°10 : (homme, 68 ans, à domicile, électricien à la retraite)

Pouvez-vous me parler de vos problèmes de santé et de vos traitements ?

J'ai de la tension pour moi c'est un problème qui date de bien longtemps. J'avais une hernie discale à l'époque, j'allais voir mon médecin pour ça et il m'a pris la tension. On a commencé le traitement et puis ça ne s'est jamais arrêté. Au départ ce n'était pas ce médicament, j'ai eu pendant longtemps Irbésartan 300 tout court. Je suppose que les modes ont changées, les médicaments aussi c'est pour ça que j'ai eu hydrochlorothiazide 25 mg en plus, mais je supportais très bien l'ancien. Je prends du Clopidogrel car au mois de juillet l'an dernier j'ai commencé à avoir des problèmes quand j'allais jusqu'au bout du chemin, je prenais des crampes au mollet gauche ou quand je faisais des efforts violents. Il m'a fait passer un doppler et on s'est aperçu que j'avais une artère, la fémorale gauche presque à moitié bouchée. J'ai vu un chirurgien qui m'a opéré qui m'a posé un stent et depuis j'ai ce médicament.

Quels bénéfices et quels effets indésirables ressentez-vous ?

Je ne suis pas accro au médicament mais je sais qu'il faut que je les prenne. Je le ressens maintenant quand j'ai des problèmes de tension. Les rares fois où j'oublie l'Irbésartan, il

m'arrive comme un coup de pompe et j'ai l'impression d'avoir un éblouissement. Quand je ressens ça je sais que j'ai un pic de tension, donc je m'assois je me repose un moment et ça passe. Je prenais ma tension à une époque et là mon appareil est tombé en carafe. Pour les effets indésirables, je n'en ai pas le souvenir, je prends peu de médicament de toute façon.

Donc si je comprends bien vous ne prenez rien d'autre que ces médicaments ci ?

A l'époque je prenais des anti-inflammatoires car de temps en temps quand je faisais le jardin, le bricolage, la hernie commençait à sortir donc je prenais tout de suite des anti-inflammatoires. Je prenais du Feldène à l'époque et puis on me l'a plus donné car apparemment beaucoup de gens le supportaient mal donc on m'a filé du Voltarène ou Kétoprofène. Ça j'y supporte mal, je ne me sens pas bien après. J'ai toujours du Feldene dans ma valise au cas où j'ai un problème. J'ai pris du Lexomil aussi, j'ai beaucoup travaillé, samedi, dimanche, les nuits donc je gambergeais beaucoup, j'ai eu pris ça pour éviter de gamberger. Maintenant que je suis à la retraite je ne suis plus stressé alors je n'en prends plus. Par contre je me suis pris des trucs sur les mains, des irritations, donc j'ai des peaux mortes et de temps en temps je gratte, la peau s'arrache, je me démange alors j'ai de la pommade grasse depuis quelques temps, mais je ne veux pas de cortisone.

Vous vous organisez comment la journée pour la prise de vos médicaments ?

A une époque l'Irbésartan je le prenais le soir et mon médecin m'a dit que c'était mieux de le prendre le matin car ça régule la tension pendant la journée.

Et les oublis comment les gérez vous ?

C'est rare car j'en ai toujours une plaquette de chaque avec moi, et puis si j'oublie, j'oublie vraiment alors j'attends le lendemain.

Quel type d'activité physique pratiquez-vous ?

Je ne suis pas un grand sportif mais je bricole beaucoup, du bois, jardin, je bouge, je vais chez les voisins. Je voyage beaucoup avec mon camping-car par contre, [...] ça m'est arrivé de tomber en panne de médicament et d'avoir du mal à me faire dépanner par les pharmacies parce que je partais sans ordonnance.

Patient n°11 : (femme, 70 ans, à la pharmacie, ancienne institutrice)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments, depuis quand prenez-vous ces médicaments ?

Je prends ces médicaments car j'ai de l'hypertension depuis très longtemps. Je ne m'en étais pas rendu compte tout de suite, j'en ai eu un peu pendant la grossesse de mon deuxième enfant. Une fois on est allé en montagne, c'était assez haut, je n'arrivais pas à dormir sans savoir pourquoi, je n'étais pas bien. C'est quelques temps après qu'on a détecté cette hypertension suite à des migraines ophtalmiques très violentes. J'avais 30 ans. A partir de ce moment, j'ai été traitée et le traitement ne m'a jamais lâché. Je pense que c'est une histoire de famille car mes parents et mes frères et sœurs étaient tous traités pour de l'hypertension. Mon frère a même fait un infarctus.

Vous me dites que votre traitement ne vous a jamais lâché, ceci veut dire que vous avez toujours eu le même depuis le début du diagnostic ?

Non, il est vrai qu'avant ceux qui figurent sur mon ordonnance, j'en ai eu d'autres. J'ai eu du Moduretic à une période mais il me causait des problèmes. Il me faisait aller plus souvent aux toilettes et étant institutrice de maternelle à l'époque, c'était très dérangeant, je ne pouvais pas me permettre de laisser les enfants tous seuls à tout moment. Suite à ces problèmes, le Moduretic a été arrêté et a été changé par Tareg il me semble mais ma tension n'était pas bonne avec Tareg alors maintenant j'ai Rasilez et Lercan.

Comment supportez-vous vos traitements aujourd'hui ?

Je supporte très bien mon traitement. Rasilez est fort apparemment, avant une intervention, l'anesthésiste me dit de ne pas le prendre la veille. Il y a juste le Moduretic qui me causait des problèmes. En plus de me faire aller souvent aux toilettes, j'ai eu un autre problème avec : été 1981, départ en Vendée, notre 4^{ème} enfant avait 6 mois. J'ai été anéantie par une grosse fatigue. L'entourage mettait ça sur le compte d'un baby blues. Mon mari croyait à une crise de flemme ! Finalement, suite à une consultation médicale et à des analyses, c'était une grosse chute de potassium, due vraisemblablement au Moduretic. Il a fallu un certain temps pour que je retrouve une bonne forme. J'ai une petite méfiance des médicaments quand même car il y a un phénomène de mode un peu partout, il faut donner ci il faut donner ça mais je suis sûre qu'il y a des choses qui font du mal. Quand on a un nouveau médicament et qu'on lit la notice on se demande si on ne doit pas tout de suite aller voir les pompes funèbres. Les personnes à psychologie fragile je suis sûre qu'elles peuvent développer plus ou moins les effets indésirables car elles l'ont lu dans la notice.

C'est une bonne chose si vous avez réussi à trouver un traitement qui est efficace sur votre tension artérielle et qui ne vous cause pas d'effets indésirables. Comment vous organisez-vous au quotidien pour prendre vos médicaments ?

J'ai une pochette que j'emmène de partout avec moi. Je suis contente d'avoir un traitement qui me convienne aujourd'hui et surtout qui soit efficace car avant d'être traité, j'avais régulièrement des migraines ophtalmiques, je voyais des zigzags de partout. Je pense que ça correspondait à des pics d'hypertension. Je pense que mon traitement marche pour ma tension car je suis à chaque fois dans les bonnes valeurs quand je vais chez le médecin. J'ai un auto tensiomètre à la maison mais je ne veux pas devenir hypochondriaque alors je ne la prends jamais.

Comment faites-vous si vous oubliez un médicament ?

Vous savez, prendre mes médicaments, c'est devenu une habitude comme si on se lavait les dents. Alors je n'oublie pas souvent mais si ça m'arrive, je ne prends pas une double dose, il ne faut surtout pas surdoser ces traitements.

Quel suivi médical avez-vous pour vos problèmes d'hypertension ?

Je vois mon médecin traitant qui me prend la tension tous les 3 mois ou tous les 6 mois, tout dépend si je suis dans la tranche supérieure ou inférieure. J'ai parfois des analyses biologiques à faire mais ce n'est pas souvent. Je les fais généralement quand il y a une occasion comme une intervention orthopédique, je regroupe tout et je fais tout analyser, les analyses du chirurgien et celles du généraliste. Je vois souvent mon chirurgien orthopédique car j'ai eu une chirurgie de l'hallux valgus, 2 prothèses de genoux. Avant chaque visite chez le chirurgien, il y a systématiquement un contrôle sanguin. J'ai également un suivi chez mon angiologue car j'ai une très mauvaise circulation sanguine. J'ai fait beaucoup de phlébites, j'ai des troubles de la coagulation. J'ai eu une embolie pulmonaire après une intervention sur l'abdomen, c'est à partir de là qu'ils ont découvert une résistance à la protéine C. J'ai eu des anticoagulants pendant 5 ans et j'essaie de porter des bas tous les jours. Quand je prends l'avion, je dois faire systématiquement une piqure de Lovenox.

Patient N°12 : (homme, 92 ans, à domicile, agriculteur à la retraite)

Comment allez-vous ?

Ça va il faut garder le moral pour la ferme.

Vous semblez très en forme pour votre âge. Vous vivez seul ?

J'ai toujours vécu tout seul. En allant danser j'ai rencontré une dame à la retraite, elle est venue vivre avec moi et ça a duré une dizaine d'années. Elle est avec moi toujours mais au cimetière,

un cancer de l'utérus, en un an elle est partie. Je suis bien occupé car j'ai des chevaux et les filles qui les montent viennent me voir tous les jours, si je n'étais pas là ça ne serait pas si simple pour eux.

Parlons un peu de vos médicaments.

La mémoire ça s'en va avec le temps, je prends déjà tous ces médicaments depuis X temps. Le Kardégic ça fait 25 ans et le traitement de la tension aussi. Je les reconnais comme ça, c'est dans ma tête, c'est automatique, je ne réfléchis pas, j'ai tout dans les boîtes. Je me lève le matin, un bout de fromage avec un bout de pain, un verre de jus de pomme et je prends le CoAprovel et le Kardégic et si j'oublie une fois ou deux dans l'année c'est le grand max, c'est une routine.

Pourquoi est-ce que vous devez prendre ces médicaments ?

La tension c'est parce-que mon père et mon frère sont mort d'un infarctus donc il faut que je fasse attention, le Kardégic aussi.

Vous surveillez votre tension ?

Chez le médecin tous les 3 mois il me prend la tension, elle semble bonne. Il m'a changé une fois ou deux les médicaments mais je ne sais jamais trop pourquoi.

Quels bénéfices et quels effets indésirables ressentez-vous avec ces médicaments ?

Je ne ressens pas vraiment de bénéfice, enfin j'imagine. Des fois la tête me tourne un peu la matinée quand je me lève mais ça peut venir de la circulation aussi je pense. J'ai mal aux reins donc toutes les 3 ou 4 heures je prends un doliprane contre la douleur et ça me coupe tout de suite mais je n'abuse pas, je n'ai le droit qu'à cela il paraît avec le Kardégic.

Quels autres médicaments prenez-vous en dehors de ceux prescrits par le médecin ?

Je prends des vitamines 3-3 fois dans l'année et j'ai une bronchite chronique donc je prends des petits cachets d'ambroxol. Aussi pour la constipation de temps en temps je prends du Forlax mais c'est peut-être pour ça qu'elle m'a changé le médicament du cœur.

D'autres problèmes de santé ?

J'ai eu une opération, un cheval m'a écrasé le cartilage de l'orteil, ça avait gonflé, la synovie sortait alors j'ai été opéré, j'ai une broche maintenant. Sinon j'ai aussi eu une hernie inguinale qui a été opérée et la cataracte. Je fais attention quand je fais mon bois maintenant à cause de la hernie. J'ai les fourmis dans les mains, j'ai froid le soir il paraît ça vient du canal carpien alors soit vous vous faites opérer soit vous mettez une attelle le soir, alors je mets l'attelle, ça évite les fourmis.

Quel est votre ressenti par rapport à votre état de santé ?

Je n'entends pas trop c'est le truc qui m'embête, ça fait 10 ans que j'ai perdu mes oreilles. Sinon ça va, je suis encore en vie, je bois un litre cinq de vin par semaine.

Patient N°13 : (homme, 66 ans, à domicile, indépendant)

Vous pouvez me parler un peu de vos médicaments s.v.p. ?

J'ai mes médicaments depuis le 19 juin, depuis mon pontage, sinon je n'avais pas de médicaments.

Comment est-ce arrivé ?

Je manquais d'air, je dormais assis car je ne pouvais plus respirer. Je me suis dit que ça venait de la cigarette alors j'ai arrêté la cigarette le 15 janvier l'année dernière. Il y a eu un mieux donc j'en ai déduit que c'était la cigarette. Puis c'est revenu, j'étais vert donc j'ai pris rdv chez un cardiologue, j'ai passé une coronarographie. Ils m'ont dit qu'ils allaient me faire un pontage,

j'étais choqué, j'ai cru que machinalement j'allais leur en mettre une. Ils m'ont dit qu'ils allaient me sortir le cœur et faire des trucs dessus, « on va l'arrêter, on va prendre des trucs là ». Et là je me suis dit, mon pote t'es mort, tu ne reviendras plus. Je devais être opéré le 29 juin à la base mais heureusement ma frangine me voyant très essoufflé a contacté mon toubib généraliste et il a pu avancer la date au 19 juin. Après la chirurgie, les chirurgiens m'ont dit qu'on avait bien fait d'avancer la date d'opération car sinon je ne serai jamais arrivé à la date butoir. J'ai gagné une semaine d'opération pour être en vie. Ensuite j'ai fait de la réadaptation à sud.

Comment se passe votre vie après l'opération, avec les médicaments ?

Je ne sais pas si c'est à cause de l'opération ou des médicaments mais avant de me faire opérer j'avais jamais froid, avant l'opération, j'allais fumer ma clope à -10 dehors, je n'avais jamais froid. Depuis, j'ai tout le temps froid, j'ai des picotements dans les doigts. Par moment, je n'ai pas du tout le moral, je n'ai rien envie de faire. Et puis je tousse du coup le médecin m'a donné une ceinture pour tousser. Le sternum n'est pas fermé encore alors je suis obligé de mettre une ceinture, ça ne s'est pas ressoudé depuis juin, il y a encore 9mm d'ouverture. Quand je tousse il faut que je prenne les deux poignets pour éviter que ça s'ouvre. Ce n'est pas pratique, alors je suis allé à la pharmacie et ils en ont d'autres qui sont plus pratiques. J'ai toujours eu des mauvais réveils quand j'étais anesthésié donc je leur ai cassé les sangles, ils étaient 4 pour me tenir. Quand j'ai forcé ça a dû rouvrir. J'ai 7 agrafes pourtant pour me tenir le torse. Je ne peux pas porter mais conduire ça va.

Pouvez-vous me dire comment fonctionnent ces médicaments ?

Ça je n'en sais rien on ne m'a pas trop expliqué mais pour être sûr de faire comme il faut je me suis acheté un semainier. Des fois je prends ceux du soir le matin à la place de ceux du soir. Je me mélange pas mal les pinceaux. J'essaie de bien faire attention maintenant

Que prenez-vous en dehors de ces médicaments ?

Quand j'ai mal à la tête je prends Aspirine, Dafalgan, Efferalgan, des trucs comme ça quoi.

Quand j'ai mal au dos si c'est coincé, j'ai une piqure de cortisone et un cachet de Biprofénid.

Et connaissez-vous maintenant les médicaments qu'il ne faut mieux pas prendre ?

Je sais que j'ai plus trop le droit aux anti-inflammatoires à cause du sang, d'ailleurs j'ai remarqué que dès que je me pique avec les épines de rosier, je saigne beaucoup.

Vous avez quel type d'effet indésirable ?

J'ai eu des douleurs et des courbatures surtout quand le traitement a été mis en place. Pourtant je ne travaille plus, je ne fais plus rien donc il n'y a pas de raison. Je bois un peu moins que d'habitude c'est peut-être ça. C'est un problème d'ailleurs, je ne fais rien, je dois manger des légumes tout cuit à la vapeur, le moins possible de beurre, pas trop de gras et ça fait 3 ans que je suis célibataire donc ça travaille aussi. Et puis j'ai des brûlures d'estomac j'aime bien le piment, le paprika, tout ce qui agresse donc je prends Inexium la journée.

Comment faites-vous quand vous oubliez ?

Quand j'oublie je ne le prends pas, ça m'est arrivé une fois pour le Bisoprolol je crois.

Quelles sont aujourd'hui vos motivations à vous soigner ?

Je suis un peu septique car à un moment je me disais que j'aurais mieux fait d'y passer, ça m'emBêtait, le moral n'allait pas. Il y a tout qui allait mal, j'étais même dépressif. Je m'en suis sorti sans médicament, je n'ai jamais pris l'antidépresseur qu'il m'avait prescrit. Je n'ai même pas ouvert la boîte. La pharmacienne m'avait tout bien expliqué mais quand je suis arrivée à la maison, je me suis dit mais putain il ne faut surtout pas que je prenne ces merdes là. J'ai fait un gros travail sur moi-même, personnellement.

Patient n°14 : (homme, 82 ans, à domicile, pâtissier à la retraite)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments, depuis quand prenez-vous ces médicaments ?

Je prends ces médicaments car il m'est arrivé quelque chose de particulier une fois en montagne, en Haute-Savoie, j'ai eu le souffle coupé, je n'arrivais plus à avancer, mon cœur serrait dans ma poitrine. Mes proches pensaient que je faisais un infarctus ou un AVC alors ils ont appelé les secours qui m'ont transporté de toute urgence en hélicoptère au CHU de Grenoble. Je n'avais pas fait d'infarctus, ils m'ont dit que je faisais de l'angor suite à un effort. C'est à partir de ce moment-là que j'ai eu tout ce traitement que je prends tous les jours. Avant ça, j'avais quand même de la tension et du cholestérol. Le Crestor et l'Aprovel, je les avais déjà. Ce qui a été ajouté c'est le Kardégic et le Diltiazem. Le Kardégic évite que mes artères s'encrassent il me semble bien. J'ai du Natispray aussi quand j'ai l'impression que ma poitrine se serre lors d'un effort. Mais comme ça ne m'arrive jamais, je ne pense pas à le prendre quand je vais en balade ou faire des courses. C'est peut-être une erreur de ma part mais à vrai dire je ne saurais même pas comment le prendre, on ne me l'a jamais expliqué.

Mis à part le Natispray, comment supportez-vous vos médicaments au quotidien ?

J'ai des douleurs parfois. Je ressens une sensation de décharge dans la jambe mais je ne sais pas si c'est suite à mon opération de prothèse de hanche ou si c'est lié au Crestor car je sais que les statines provoquent ce genre de douleurs. J'ai des amis qui ont la même chose que moi et qui prennent aussi du Crestor. En parlant de ça, j'aimerais essayer la levure de riz rouge, il paraît que c'est bien pour le cholestérol et c'est naturel. J'ai vu ça dans le TV magazine du dimanche. La prochaine fois que je vais à la pharmacie, je pense que j'essaierai une boîte, ça ne m'engage à rien.

Mis à part le Crestor, quel autre médicament vous ennuie ?

Le Kardégic à prendre tous les midis m'embête car il faut toujours avoir de l'eau sur soi. Si je suis en ballade, en montagne ou en ville, ce n'est pas pratique. J'ai hâte qu'ils inventent autre chose.

Vous savez il existe peut-être une forme plus adaptée, vous devriez en parler avec votre médecin.

Je le demanderai à mon médecin la prochaine fois, de toute façon je le vois régulièrement, tous les 3 mois et mon cardiologue, une fois par mois mais je dois le revoir le mois prochain. J'en parlerai aux deux. Je dois faire une prise de sang notamment pour le cholestérol une fois par an, juste avant d'aller chez mon cardiologue. J'appréhende à chaque fois mais c'est bien de savoir où on en est.

A côté de ces médicaments quotidiens, prenez-vous autre chose ?

Je sais que ce n'est pas bien mais quand j'ai mal à la tête j'ai plutôt tendance à prendre de l'Aspirine que du Doliprane. C'est une habitude que me donnait ma maman depuis tout petit. Mon pharmacien m'a déjà dit que ce n'était pas bon mais je ne suis pas un bon patient qui écoute et je n'en fais qu'à ma tête.

Comment vous organisez-vous si vous oubliez un médicament ?

Je n'oublie aucun médicament, à part le Kardégic de temps en temps quand je ne suis pas chez moi. Mais si j'arrive à obtenir le Kardégic en comprimé, alors je ne l'oublierai plus, c'est certain ! Je n'oublie pas mes médicaments d'une manière générale car je sais qu'ils sont très importants pour me maintenir en bonne santé. J'ai perdu un fils il y a 10 ans d'un cancer et je sais à quel point la bonne santé est un élément essentiel pour l'entourage et la vie d'une personne. A part les médicaments, il y a aussi l'activité physique qui nous maintient en forme, je fais beaucoup de jardinage, de marche à pied et de la pétanque l'été. Je me considère encore

comme quelqu'un d'actif malgré mon âge avancé. Il faut garder, la forme, le moral et la pêche en toutes circonstances !

Patient n°15 : (homme, 72 ans, à la pharmacie, ancien plombier)

Parlez-moi de vos médicaments, pourquoi les prenez-vous ?

Je prends tous ces médicaments suite à la pose de stent en 2016. J'ai une de mes artères qui s'est rétrécie, j'ai fait un arrêt cardiaque, sans prévenir. J'ai eu très peur. Suite à mon infarctus, j'ai eu toute cette batterie de médicaments. C'est apparemment un protocole classique à la suite d'un infarctus. L'aspirine, c'est pour protéger mon stent de l'encrassement. Le Nebivolol et le Biperterax c'est pour que ma tension soit contrôlée et le Liptruzet, c'est pour mon cholestérol. Par contre, j'ai une Aspirine à très faible dose car je suis allergique à l'aspirine, elle me provoquait des nausées étant petit. A cette petite dose là, je la supporte très bien, en tout cas pour le moment.

Est-ce qu'il y a des médicaments que vous supportez moins que d'autres ?

Je ne supporte pas du tout le générique du Preterax, dans son générique, il doit y avoir une enzyme qui y est ou qui n'y est pas, je ne sais pas mais j'avais plein de boutons et de démangeaisons. Depuis, je suis contre-indiqué à ce générique.

Mais sinon dans l'ensemble je les supporte bien. Mes amis m'ont prévenu que j'allais avoir des douleurs avec le Liptruzet. Pour le moment je ne ressens rien alors je continue à le prendre.

J'avais peur de prendre l'Aspirine, suite à mes problèmes étant petit mais à cette dose là, tout se passe très bien.

Comment gérez-vous un oubli de traitement ?

Je ne pense n'avoir encore jamais oublié. Par contre, je crois que je ne saurais pas trop quelle attitude adopter si jamais cela m'arrivait. Je pense que j'irais voir mon pharmacien pour avoir

un conseil. Je pense qu'il faut que je sois très assidu sur la prise de mon traitement pour ne pas que ça revienne, j'ai envie de refaire du sport, c'est une vraie motivation pour prendre mes médicaments tous les jours. J'ai tellement peur que ça revienne que j'ai envie de suivre à la lettre mon ordonnance, après peut être que j'oublierai un jour, nul n'est parfait.

Avez-vous des suivis chez votre médecin généraliste ou chez un spécialiste ?

Je vois effectivement mon cardiologue tous les 6 mois maintenant. Par contre, mon médecin généraliste, je ne le vois plus. Apparemment mon médecin traitant n'aurait jamais reçu les comptes rendus médicaux suite à ma pose de stent. Il me fait la tête, quand je l'ai eu au téléphone pour prendre un rendez-vous, il m'a dit que je ne lui avais jamais communiqué les résultats de mon opération et qu'il n'avait eu aucune nouvelle de ma part. Depuis, je n'ose plus y aller. Heureusement que je ne suis pas souvent malade mais toute cette histoire m'a beaucoup perturbé. Je pensais que les comptes rendus étaient transmis directement du cardiologue au généraliste ou alors il y a eu un couac dans le circuit.

Patient N°16 : (femme, 65 ans, à la pharmacie, agent administratif à la retraite)

Pouvez-vous me parler de vos médicaments s.v.p. ?

J'ai le Prograf et le Cellcept depuis que je suis greffé rénal. Cette greffe a fait suite à une polykystose rénale, plusieurs kystes étouffent le rein et mes deux reins ne fonctionnaient plus. C'est familial, mon père a eu un cancer du rein. On m'a greffé un seul rein par contre. Il y a eu un changement de dosage du Tacrolimus car je dois rester entre 5 et 8 ng/mL. Il m'est arrivé de monter à 12, il a donc fallu baisser le dosage du Tacrolimus après avis médical de 4 à 3mg. C'est le CHU qui décide. Pour ça j'ai une prise de sang tous les mois, et un suivi tous les 6 mois. Là ce matin j'ai fait la prise de sang, le Tacrolimus est descendu à 4.2, alors je ne sais pas si je dois appeler ou non. Je me demande si je dois attendre le mois prochain avant d'appeler. Je n'ose pas appeler pour ne pas les déranger ... Le mois dernier elle était au-dessus de 5. J'ai

eu des corticoïdes juste après la greffe mais je ne me souviens plus car ça fait 5 ans. J'ai été greffée en aout, et en décembre j'ai eu un semblant de rejet alors ils m'ont fait un gros traitement : ils m'ont mis de la cortisone à haute dose, j'ai un peu vu des choses bizarres, pendant les 2 premiers jours je prenais vraiment des grosses doses. Heureusement ils m'avaient averti des possibles effets : je ne dormais pas, j'étais une vraie pile électrique. Je voyais par la fenêtre des choses que je n'ai jamais vues, des arbres qui bougeaient, j'entendais des bruits. Après j'ai un traitement cardio car j'ai un problème d'hypertension depuis l'âge de 35 ans. A l'hôpital j'ai 20 de tension, chez moi j'avais 13/7 sauf que le médecin qui m'a traité pour la tension, il m'a donné le traitement tout de suite et je devais attendre une heure dans le cabinet, c'était faussé je sais que j'ai une tension émotive mais j'ai laissé faire et maintenant c'est trop tard. En 20 ans, j'ai eu une dizaine de médicaments différents pour la tension.

Donc si je comprends bien vous ne considérez pas avoir d'hypertension artérielle en dehors des visites médicales et vous ne trouvez pas ce traitement utile ?

Je ne sais plus quoi penser mais maintenant ce que je fais quand je vais à l'hôpital, c'est que je prends ma tension pendant 10 jours avant d'aller chez le médecin pour leur expliquer que ma tension est bonne sinon ils me rajoutent tout le temps des doses supplémentaires. J'ai un auto tensiomètre à la maison, j'ai 13 à la maison et 20 au CHU. Le stress joue beaucoup sur mon organisme. Il y a toujours 35 patients devant moi avant que ce soit mon tour chez le néphrologue donc forcément je stresse et ma tension monte. Je regrette qu'ils m'aient mis ce traitement pour la tension sans faire de test à l'effort. Je ne suis pas contre les médicaments car je suis obligée d'en prendre mais je ne veux pas en prendre des inutiles. Je ne veux pas en prendre plus pour la tension en tout cas.

Vous connaissez bien vos traitements et leur impact apparemment, et concernant les effets indésirables ?

Je suis organisée, je me suis fait un petit carnet avec les différents traitements car je suis toujours en soucis pour ma santé. J'ai les alarmes qui sonnent pour prendre à 8h et à 20h mes anti-rejet. On m'a bien briffée à l'hôpital. Il faut que je sois bien assidue là-dessus. J'ai eu bon nombre d'effets indésirables avec les anciens traitements de la tension : allergies cutanées, je toussais avec Renitec. Ce n'était pas forcément avec les génériques mais je ne veux pas de génériques pour les anti-rejets. Je ne suis pas pour les génériques mais pourtant je me plie à la loi et je le prends quand même car sinon on me demande de payer, or j'ai une petite retraite donc je ne peux pas me le permettre. Pour les effets indésirables des anti-rejets, je ne regarde même pas, il ne faut pas sinon je pense que je ne les prendrai plus. Ce sont des médicaments très importants alors je préfère que le côté psychologique ne joue pas sur mon traitement. Parfois j'ai des petites palpitations, on me dit que c'est la tachycardie, c'est au niveau du cœur mais c'est bizarre, comme si ça tremblait à l'intérieur. Je vais le signaler au médecin. Au début de ma greffe, ça me l'a fait mais ils n'ont jamais fait attention à ça, je vais leur en reparler.

Vous trouvez que vous prenez trop de médicaments ?

On a toujours trop de médicaments mais si je ne les prends pas, c'est pas bon, je retourne en dialyse.

Quels autres médicaments prenez-vous à côté de ceux-ci ?

Pour la tendinite au genou je prends du Doliprane, sinon du Pantoprazole depuis 15 ans, j'avais Helicobacter donc j'ai eu droit au traitement antibiotique. Puis il m'a été enlevé mais depuis quelques temps j'avais de nouveau des douleurs au niveau de l'estomac alors on me l'a remis. Je mets ça sur le compte du stress. Quand j'arrête ce médicament, 2 jours plus tard ça me reprend donc je pense que je ne peux plus m'en passer maintenant.

Vous connaissez les procédures à suivre en cas d'oubli ?

C'est rare mais il m'arrive depuis peu, le téléphone sonne puis je fais autre chose et j'oublie de la prendre, je le prends que 20 minutes après ... Mais on a 6 heures pour oublier donc je les dépasse rarement. Au tout début, je l'avais pris à 22h au lieu de 20h, j'étais toute paniquée, je n'étais pas chez moi, c'était le 31 décembre. J'ai appelé le Chu le lendemain qui m'a rassurée.

Les traitements pour la tension ont été réévalués après la greffe ?

Oui mais je ne saurais plus vous dire exactement. Là récemment ils m'ont arrêté le Lasilix, depuis un mois, j'allais aux toilettes tous les matins et quand je sortais j'étais obligée de trouver des toilettes donc ce n'était pas très confortable. Par contre on a augmenté le Candésartan, il est passé de 4 à 8 mg le soir.

Quelles sont vos motivations à vous soigner ?

J'ai mes enfants et puis je marche le mercredi matin, jeudi c'est vélo et yoga détente et relaxation depuis 2 ans. Tout ça m'a permis de mieux connaître mon corps et ma respiration. On nous dit de faire des activités physiques quand on sort de la greffe.

Patient n°17 : (femme, 87 ans, à domicile, institutrice à la retraite)

Racontez-moi, pourquoi prenez-vous les médicaments qui figurent sur votre ordonnance ?

Il y a 7 ans, aux examens, ils ont trouvé que j'avais des coronaires rétrécies. Ils ont donc décidé de me mettre des stents à ces endroits-là. Mon cœur est un peu patraque, il n'est pas très régulier, on a essayé plusieurs fois de me le remettre d'aplomb avec une surcharge en trinitrine. J'ai eu 2 décharges électriques qui m'avaient remises d'aplomb et finalement je suis assez sensible, assez fragile donc pour peu qu'il y ait des événements autour de moi, ça me secoue et le cœur relâche. Ils ont donc décidé de me laisser qu'avec ces médicaments-là. Avant la pose de stents, j'avais de la tension, j'enfle assez facilement mais je n'ai jamais fait d'infarctus.

Pouvez-vous me dire à quoi servent vos médicaments ?

Le Xarelto c'est pour le cœur, pour fluidifier le sang. Le Kardegic c'est l'autre fluidifiant. L'Hemigoxine c'est aussi pour le cœur. La Lercanidipine pour la tension et le Furosémide je le connais très bien car je sens ses effets, c'est pour évacuer l'eau qu'on a dans les poumons. Le DiffuK permet de récupérer le potassium que je sème de partout. Le Pantoprazole pour protéger mon estomac car je prends quand même beaucoup de médicaments tous les jours.

Si je comprends bien, vous prenez donc ces médicaments depuis la pose de vos stents, est-ce qu'il y a eu des changements de traitements en 7 ans ?

Oui, évidemment, ils ont tous été changés au cours du temps car j'avais des effets indésirables, j'avais surtout des nausées, des vomissements et des vertiges toute la journée. Les médecins ont eu du mal à me trouver des médicaments qui me conviennent. Par contre, je ne me souviens plus du tout du nom des médicaments que j'ai eu dans le passé. Je sais juste qu'à la place du Xarelto, je prenais du Préviscan. C'était plus embêtant car je devais faire des prises de sang tout le temps. J'avais du mal à trouver l'équilibre Je suis contente d'avoir du Xarelto à la place du Previscan, on n'a pas besoin de faire toutes ces prises de sang et c'est un seul cachet à prendre à chaque fois, pas besoin de la couper.

Les traitements d'aujourd'hui ne vous causent aucun effet indésirable ?

Je supporte plutôt bien ces médicaments. Il y en a un qui m'ennuie un peu plus que les autres, c'est le Furosémide car il m'emmène aux toilettes. Récemment, j'ai eu des essoufflements, ils m'avaient alors augmenté les doses de tous mes médicaments mais l'augmentation du Furosémide était très difficile à supporter, heureusement que c'était que pour 4 jours. Maintenant je prends du Furosémide 40, je prends la moitié le matin et l'autre à midi, je l'ai fait de ma propre initiative, je ne sais pas si c'est bien ou pas mais c'est un peu plus confortable. Avec 40mg d'un coup, c'est horrible, on ne peut pas vivre avec ça. Mes deux fluidifiants me

font plus saigner qu'avant, maintenant quand je me coupe, je saigne plus longtemps que des personnes normales mais le sang ne coule pas à flot non plus. En tout cas, je ne saigne pas automatiquement sans raison. J'ai aussi mes jambes qui gonflent un petit peu mais ça ne doit pas venir de mes médicaments, j'ai toujours eu des problèmes veineux, je me suis d'ailleurs fait assécher une veine dernièrement.

Trouvez-vous que vous prenez trop de médicaments ?

Je trouve que je prends quand même pas mal de médicaments mais par rapport à d'autres personnes il ne faut pas se plaindre, les personnes qui ont des cancers ou qui sont comme des légumes suite à un AVC, c'est bien pire que mon cas !

Connaissez-vous le nom des médicaments que vous ne devez pas prendre avec vos médicaments quotidiens ?

Je ne sais pas quels médicaments je ne dois pas prendre avec mon traitement, on ne me l'a jamais expliqué. Je sais juste que je ne dois pas prendre d'aspirine car ça fluidifie le sang et j'en prends déjà avec mon Kardégic. On a un pharmacien très efficace ici, il ne nous laisse pas prendre n'importe quoi, il connaît nos traitements et il les suit de près. Suite à mon opération du bassin, j'ai des douleurs plus importantes qu'avant alors dès que j'ai mal, je vais à la pharmacie et le pharmacien me donne quelque chose pour me soulager avant que j'aille voir le médecin, il est toujours de bon conseil. J'ai été assez secouée cet été, je suis tombée et je me suis fait le bassin, j'ai fait de nombreux séjours à l'hôpital.

Malgré vos douleurs au niveau du bassin, vous arrivez à avoir quelques activités ?

J'arrive à marcher un petit peu mais jamais toute seule ou alors je prends deux bâtons de ski. Je marche maintenant très difficilement avec mes deux mois d'immobilisation. Ce n'est pas terrible, en plus j'ai une prothèse dans une jambe alors je ne suis plus du tout souple comme

une jeune femme de 20 ans. Je vis toute seule en plus, je ne peux plus faire mon ménage, une aide vient me voir deux fois par semaine pour entretenir la maison. Mais j'ai mes enfants et mes petits-enfants qui ne sont pas très loin et qui viennent me rendre visite au moins une fois par semaine.

Je suppose que c'est une motivation qui vous pousse à vous soigner ?

C'est évident qu'ils sont une motivation pour que je reste en forme. Mais j'ai avant tout envie d'être en forme pour moi-même. Je prends correctement mes médicaments, j'ai une mauvaise image du médicament quand il me provoque des effets secondaires mais sinon j'ai plutôt tendance à me soigner et à respecter ce que me disent de faire les médecins.

Patient 18 : (homme, 70 ans, à la pharmacie, informaticien à la retraite)

Nous allons parler de vos médicaments.

J'ai les médicaments pour la tension. Il m'a arrêté le Tareg 160 pour passer au Cotareg car ma tension était trop élevée. Souvent quand je suis chez le cardio, je prends deux points de plus par rapport à la maison. Ça a commencé il y a 30 ans, j'avais au début une tension élevée et une tension à l'effort qui explosait alors j'ai été traité. Après j'ai fait des crises de fibrillation auriculaire et jusqu'à ces derniers temps, je faisais des crises presque tous les 15 jours, ça se rapprochait. J'avais le cœur qui faisait n'importe quoi. Il y a un an j'ai eu une grosse crise avec le pouls à 150 et de la fibrillation auriculaire, il m'a placé sous Cordarone pendant 24h. J'ai eu une opération par le froid et par radiofréquence par la suite. Pour l'instant, ça va, ça fait un an que c'est fait, je n'ai plus rien.

Quels sont vos autres médicaments et leur rôle ?

J'ai un peu une maladie de Crohn, ce n'est pas vraiment diagnostiqué mais je vis avec, j'ai essayé des traitements mais ça n'allait pas ils ne fonctionnaient pas j'ai dit stop. Pour éviter

l'AVC, j'avais un Bêtabloquant et un anticoagulant mais l'anticoagulant était mal supporté du fait de la maladie de Crohn, j'avais fait des saignements digestifs. J'ai un anti-arythmique depuis 15 ans, la Flécaïne et la cordarone c'est uniquement en cas de crises, en moyenne 3 fois par mois. Par contre il y a un problème avec la Cordarone c'est la thyroïde, j'ai de l'hypothyroïdie donc on verra si on la remet ou pas.

Vous avez d'autres suivis particuliers concernant ces médicaments ? Pulmonaire par exemple ?

Non je n'ai rien d'autre que les contrôles de tension, un ECG par an et une prise de sang de temps en temps, c'est là que le médecin a vu le problème avec la thyroïde.

Quels effets indésirables avez-vous ressentis avec ces médicaments ?

J'ai eu un traitement contre le cholestérol, d'un point de vue musculaire ça me dérangeait. J'ai préféré faire un régime adapté, pas de charcuterie, pas de beurre, une alimentation saine et pas de chèvre. Mon taux de cholestérol a baissé et je ne suis donc plus sous statine. Ça m'arrange mieux, je suis mieux comme ça, si on peut supprimer les statines c'est pas mal, vu tout ce qui se dit dessus. J'ai vu un reportage sur Arte sur les statines, c'est fou on se demande pourquoi c'est encore sur le marché. J'ai de l'urticaire depuis 3 mois mais je pense que c'est dû à des piqûres d'insecte ce n'est en lien avec les médicaments. Je suis sensible aux piqûres d'insectes, une année il a eu beaucoup de piqûres de guêpes et suite à ça il a eu pas mal d'urticaire. Cet été j'avais la jambe enflée, c'était due à des petits insectes donc j'ai pris de la Cetirizine.

D'autres médicaments ?

De l'aspirine car je fais pas mal de montagne, le soir quand je fais de gros efforts j'ai un peu de mal à dormir donc je prends un aspirine 500, ça me détend les muscles et je dors bien. J'en prends en moyenne une fois par semaine.

Et votre ressenti par rapport à vos traitements ?

Ça fait 30 ans que j'en prends donc ça passe bien maintenant, c'est indispensable. Mon but est toujours de diminuer le plus possible les médicaments. Quand on lit les listes d'effets indésirables on se dit aie aie qu'est-ce qu'on avale. Après on se met dans la tête qu'on a les effets indésirables. J'étais informaticien sur Grenoble, métier avec pas mal de stress. Il y avait toujours une tension palpable. Je me suis rendu compte que quand je suis partie en retraite je n'avais plus besoin de médicaments. Je voulais tout arrêter, ça a bien marché pendant 3 ans et ensuite j'ai refait des crises de fibrillation d'arythmie donc le cardio a remis en place le traitement. Le cardio était au courant que le médecin traitant m'avait autorisé à arrêter mais il n'était pas bien content. Ma tension était bonne mais le cardio pensait qu'il fallait poursuivre la Flécaïne. A un moment donné j'ai fait des bronchites asthmatiformes et au printemps ça durait assez longtemps. J'ai été voir un pneumologue qui m'avait mis sous Ventoline et traitement de fond sous Sérétide. J'ai eu ça pendant 3 ans. Puis suite à mon opération du cœur, au point de vue voix ça me gênait donc le pneumologue m'a dit que je pouvais arrêter. Je prends donc de la Ventoline de temps en temps et surtout au printemps. Par contre si je vais en ville, je suis gêné par la pollution donc j'en prends. Il suffit de monter un peu en hauteur et ça va mieux.

Vous faites comment lorsque vous oubliez ?

Ça m'arrive de l'oublier donc je le prends le lendemain. Souvent je me suis aperçu que j'oubliais le matin et une fois je me suis dit peut-être pris deux fois donc maintenant je marque systématiquement les dates sur la boîte pour en oublier aucun. Avant les laboratoires mettaient les jours sur leur plaquette et c'était très pratique pour se retrouver, maintenant je suis obligé de le faire moi-même pour en oublier aucun. On pouvait s'apercevoir si on l'avait oublié ou non. La prise du midi c'est vraiment la moins pratique, il suffit que je mange à l'extérieur et je ne le prends pas.

Des antécédents familiaux dans la famille ?

Mon père avait de la tension et il a fait plusieurs AVC, il prenait des anticoagulants, des antihypertenseurs. Du fait des anticoagulants il a fait une hémorragie interne.

Annexe 3 – Guide thématique d’entretien

Prise de contact avec le patient	
Nom : - Sexe : - Âge : - Milieu socio-professionnel :	
Environnements physio-pathologiques	
Pathologie	Traitement
- Pathologie actuelle - Chronicité - Antécédents pathologiques & chirurgicaux - Antécédents hospitaliers	- Médicaments actuels + posologie - Antécédents médicamenteux - Automédication - Règles hygiéno-diététiques
Connaissances par le patient	
Pathologie	Traitement
- maladie - conséquences cliniques - pronostic - facteurs de risques - facteurs qui peuvent aggraver la maladie	- rôle - mode d’action - modalités de prise : posologie, heure de prise, alimentation - signes de surdosages éventuels - interactions médicamenteuses : <ul style="list-style-type: none"> ○ dans l’ordonnance ○ avec automédication - effets indésirables vécus - l’oubli et sa gestion - suivi biologique - suivi médical
Contextualisation	
- mode de vie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Environnement familial, social ou même animal ○ Loisirs, plaisirs de la vie - situation actuelle dans l’acceptation de la maladie : choc initial, révolte, marchandage, tristesse, retour du soi, acceptation - autonomie dans la gestion du traitement <ul style="list-style-type: none"> ○ aidant ○ famille ○ pilulier - motivations à se soigner - évaluation de l’observance	

SERMENT DES APOTHICAIRES

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

RESUME

Caroline THEVENET & Alexandre DIEU

QUELS LIENS ENTRE UNE TYPOLOGIE DE COMPORTEMENTS À RISQUE ET LA SURVENUE D'ÉVÉNEMENTS IATROGÈNES MÉDICAMENTEUX ? APPLICATION AU PATIENT ÂGÉ SOUS TRAITEMENT CARDIOVASCULAIRE.

L'iatrogénèse médicamenteuse est un problème de santé publique. En 2012, le LEEM évaluait à 143.915 le nombre d'hospitalisations dues aux effets secondaires connus des médicaments ou à des erreurs humaines, et cela s'accroît avec l'augmentation de l'espérance de vie, en lien avec des pathologies chroniques notamment prises en charge par des thérapeutiques médicamenteuses. Augmenter le nombre de médicaments, c'est risquer d'accroître les effets indésirables, la survenue d'interactions médicamenteuses, ainsi que certaines erreurs et l'inobservance de la part du patient, favorisant l'apparition d'événements iatrogènes médicamenteux.

L'état d'esprit du patient, ses connaissances, son comportement, son parcours de soins, son environnement, ses croyances et ses représentations, peuvent générer et moduler, via leurs influences croisées, des situations à risque d'iatrogénèse médicamenteuse, ou encore conditionner des actions qui sont elles aussi potentiellement pourvoyeuses d'événements iatrogènes médicamenteux.

Le pharmacien, grâce à son contact privilégié avec les patients et au service pharmaceutique rendu, est l'un des acteurs principaux dans l'interception de ces situations à risque.

Nous avons ainsi identifié et catégorisé des typologies de situations à risque chez le patient âgé sous traitement cardiovasculaire lors d'entretiens semi-directifs de 30 à 40 minutes.

Mots clés : iatrogénèse médicamenteuse, cardiovasculaire, patient âgé, comportement, risque

Caroline THEVENET & Alexandre DIEU

WHAT LINKS ARE THERE BETWEEN A RISK BEHAVIOR'S TYPOLOGY AND THE ONSET OF DRUG IATROGENIC EVENTS? APPLICATION TO THE ELDERLY PATIENT UNDER CARDIOVASCULAR TREATMENT.

Drug-induced iatrogenesis is a public health problem. In 2012, LEEM estimated 143,915 hospitalizations due to known adverse drugs reactions or human errors, and this is intensified with the rise in life expectancy linked with chronic pathologies including the ones cared with drug therapies. To increase the number of drugs may induce the growth of adverse effects, drug interactions as well as other errors and patient non-compliance, promoting the emergence of further drug iatrogenic events.

The patient's mind set, his knowledge, his behaviors, his care path, his environment, his beliefs and representations can generate and modulate risky situations of drug-induced iatrogenesis through cross-influences, or whether conditioning actions that are also potential providers of drug-induced iatrogenic events.

Thanks to his privileged relationship with the patients and to the pharmaceutical service rendered, the pharmacist is one of the main actors in the interception of these risky situations. So, we have identified and categorized typologies of risky situations among the elderly patient with cardiovascular treatment during semi-directive interviews lasting 30 to 40 minutes.

Keywords : drug-induced iatrogenesis, cardiovascular, elderly patients, behavior, risk