



Pourquoi et comment parler d'éducation thérapeutique chez la personne âgée : rôle du pharmacien d'officine

Elsa Diharcé

► To cite this version:

Elsa Diharcé. Pourquoi et comment parler d'éducation thérapeutique chez la personne âgée : rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02100384

HAL Id: dumas-02100384

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100384>

Submitted on 15 Apr 2019

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.

Pourquoi et comment parler d'éducation thérapeutique chez la personne âgée : rôle du pharmacien d'officine

Elsa Diharcé

► To cite this version:

Elsa Diharcé. Pourquoi et comment parler d'éducation thérapeutique chez la personne âgée : rôle du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02100384

HAL Id: dumas-02100384

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100384>

Submitted on 15 Apr 2019

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2019

Thèse n° 26

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par DIHARCE Elsa

Née le 14-03-1993 à Bayonne

Le 26 Mars 2019 à Bordeaux

**POURQUOI ET COMMENT PARLER D'EDUCATION
THERAPEUTIQUE CHEZ LA PERSONNE AGEE :**

Rôle du pharmacien d'officine

Sous la direction du Docteur Karin MARTIN-LATRY

Membres du jury

Mme Karin Martin-Latry
Mme Stéphanie Mosnier-Thoumas
Mr Labat-Labourdette Xavier

MCU-PH, Docteur en Pharmacie
Praticien hospitalier, Docteur en Pharmacie
Docteur en Pharmacie

Présidente
Juge
Juge

**POURQUOI ET COMMENT PARLER
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE CHEZ LA
PERSONNE AGEE :**

Rôle du pharmacien d'officine

REMERCIEMENTS

Mme Karin Martin-Latry,

Je vous remercie d'avoir accepté de suivre mon travail et de présider ce jury. Merci pour vos conseils et votre aide ainsi que pour votre investissement dans les études de pharmacie, vos cours sont un réel atout pour les pharmaciens d'officine.

Mme Stéphanie Mosnier-Thoumas,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour votre accueil durant mon stage de 5^{ème} année hospitalo-universitaire et pour vos cours dispensés à l'université de Bordeaux. J'en garderai un très bon souvenir. Ce stage m'a permis de confirmer mon choix pour le thème de ma thèse.

Mr Xavier Labat-Labourdette,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant ce stage de 6^{ème} année, vos conseils, votre bienveillance, votre rigueur, votre investissement dans les nouvelles missions du métier de pharmacien. Merci tout simplement pour la passion que vous avez envers le métier de pharmacien.

Merci à l'équipe de la Pharmacie des Pyrénées de Salies-de-Béarn (Mr Gaveau, Isabelle, Dominique, Sophie, Marie-Sophie, Angélique, Laura et Jennifer) pour votre aide, vos expériences et tous ces bons moments passés ensemble. J'en garderai un excellent souvenir.

Merci à l'équipe de la Pharmacie Tourné-Dulaurans d'Orthez pour cette première expérience en tant que pharmacien, votre aide fût précieuse pour mes débuts.

Mes parents,

Merci pour votre soutien durant toutes ces années, d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée dans les moments de doutes. Tout simplement merci d'être toujours là pour moi.

Mamie Renée,

Merci de m'avoir toujours motivée, de m'avoir écoutée et de me soutenir à chaque instant. Merci pour ton soutien lors de l'écriture de ma thèse et pour ton soutien précieux pour la relecture.

Mamie Suzanne,

Tu n'es plus là pour le voir, mais j'espère que de là-haut tu es fière de moi.

Ma famille en général,

Merci d'avoir tous cru en moi. Si j'en suis là aujourd'hui c'est aussi grâce à vous tous.

Maylis et Amaia,

Merci pour tous ces moments passés ensemble, ces soirées, ces fou-rires, ces moments de doutes et de stress. Merci pour votre soutien tout au long de ces années et pour la naissance de cette belle amitié sur les bancs de la fac. On aura réussi à aller au bout de ces études ensemble et je suis fière de vous compter aujourd'hui parmi mes amies. Le trio basque est de retour au pays, enfin !

Camille et Lisou,

Merci d'avoir toujours été là, pour votre soutien et votre écoute. A cette amitié qui dure depuis des années.

Ludivine,

Merci pour ces années de colocs ensemble, pour la réussite de notre première année de pharmacie, pour toutes ces péripéties techniques et culinaires et ces nombreux fou-rires ... le bon vieux temps ! Merci de m'avoir motivée à finir cette thèse.

Jennifer et Laura,

Merci pour votre soutien précieux durant mon stage de 6^{ème} année, pour ces parties de rigolade entre midi et deux, ces imitations mémorables mais aussi pour votre franchise et votre écoute. Une très belle amitié est née et ne fait je l'espère que commencer.

Marina,

Merci d'avoir été là durant mes études de pharmacie, pour ces soirées avec le comité et ces supers moments ensemble.

Les Rillettes (Chloé, Emma, Marion, Isabelle, Mallaurie, Anais et Lucie),

Merci pour ces années de fac passées ensemble, sans vous elles n'auraient pas eu la même saveur. Anaïs, on aura passé la P1 ensemble, merci pour ton soutien précieux lors de ce concours. Marion, Isabelle et Lucie, la petite team officine merci tout simplement de m'avoir aidée à réussir à vos côtés. Nos chemins se sont éloignés, néanmoins je n'oublie pas tous les bons moments.

Pour finir je tiens à remercier **l'Université de Bordeaux** et plus particulièrement **l'UFR de Pharmacie** pour la qualité de leurs professeurs et de leurs enseignements.

Sommaire

Titre	1
Remerciements.....	3
Liste des abréviations.....	9
Liste des figures	10
Introduction	11
I. PARTIE 1 : La personne âgée.....	12
A. Qu'est-ce qu'une personne âgée aujourd'hui ?.....	12
1. Point de vue général	12
2. Point de vue démographique	13
3. Point de vue physiologique	13
B. Maladies les plus fréquentes de la personne âgée	16
C. Nombre de médicaments consommés par une personne âgée	17
D. L'observance et la difficulté d'observance des personnes âgées - Pourquoi cette population est-elle plus à risque ?	18
E. Les raisons de non observance.....	20
1. Partie psychologique et pratique	20
2. Partie galénique	21
F. La pharmacodynamie et la pharmacocinétique modifiées chez la personne âgée, cause de non observance à travers la peur des patients	22

Au niveau pharmacocinétique	23
G. Réussir à mieux prescrire chez la personne âgée	25
H. Les 20 recommandations pour améliorer l'observance de leurs traitements par les personnes âgées	29
II. PARTIE 2 : Etats des lieux des programmes d'éducation thérapeutique	31
A. Le Projet PAERPA : Plan Personnalisé de Santé et Education Thérapeutique du Patient pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie	31
1. Présentation générale	31
2. Une équipe pluridisciplinaire.....	31
3. L'objectif de cette coordination clinique.....	32
B. Le programme OMAGE : Optimisation de la prescription médicamenteuse du sujet âgé ...	32
1. Présentation générale	32
2. Exemples d'outils du programme OMAGE.....	34
3. Conclusion du programme	36
C. Thématique des trente programmes d'éducation thérapeutique visant les personnes âgées en France métropolitaine	38
III. PARTIE 3 : L'apport de l'éducation thérapeutique pour la personne âgée à travers le pharmacien d'officine	39
A. Définitions multiples	39
B. Les étapes de l'éducation thérapeutique	40
C. Le rôle du pharmacien d'officine dans l'ETP	41
D. L'acceptation de la maladie	41

E. Le bilan éducatif ciblé médicament	42
1. Les représentations mentales	42
2. Perception du médicament par les patients	42
3. Rôle de la communication non verbale et verbale	43
4. L'importance de la posture éducative.....	45
5. L'écoute active	45
6. L'entretien motivationnel.....	46
F. Le pharmacien et l'éducation thérapeutique	46
G. Les bonnes pratiques de dispensation	47
H. Comment réaliser un programme d'éducation thérapeutique ?.....	48
1. Qui peut élaborer un programme d'éducation thérapeutique ?	48
2. Les compétences pour dispenser de l'éducation thérapeutique aux patients d'après l'Inpes	51
I. Création d'atelier d'éducation thérapeutique.....	54
1. L'hétérogénéité de la population âgée	54
2. Imagination d'un atelier d'éducation thérapeutique.....	55
IV. CONCLUSION	64
Bibliographie.....	65
Serment de Galien	69

LISTE DES ABREVIATIONS

½ vie : demi-vie

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens

BZD : benzodiazépine

ETP : éducation thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

Insee : institut nationale de la statistique et des études économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : établissement de soins de suite et de réadaptation

SNC : système nerveux central

UGA : Unité de gériatrie aigue

VEMS : volume expiratoire moyen par seconde

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition du Fardeau Global des Maladies chez les seniors et les personnes âgées par âge en France en 2010

Figure 2 : Consommation moyenne de la personne âgée en France

Figure 3 : Consommation moyenne de médicaments chez la personne âgée en fonction des classes thérapeutiques

Figure 4 : Démarche DICTIAS : 7 questions avant de prescrire un médicament chez une personne âgée ou pour réviser l'ordonnance d'une personne âgée

Figure 5 : Médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 75 ans et plus

Figure 6 : Listes des médicaments inadaptés chez les personnes âgées :

Figure 7 : Equipe pluridisciplinaire du projet PAERPA

Figure 8 : Etapes du programme OMAGE

Figure 9 : Etapes de l'ETP

Figure 10 : La communication non verbale

Figure 11 : L'écoute active

INTRODUCTION :

Le terme **d'éducation thérapeutique** du patient s'inscrit dans le parcours de soin du patient. L'ETP est inscrite dans le code de la santé publique au titre IV de la loi du 21 Juillet 2009.

Cette loi a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion au traitement prescrit et en améliorant sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique se définit comme un processus d'apprentissage en association avec la démarche de soin.

Centrée sur le patient, elle comprend aussi bien des activités de sensibilisation, d'information que d'apprentissage. L'OMS déclare en 1998 qu'il faut former un patient pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin de mieux gérer la maladie au quotidien, éviter les complications, mieux collaborer avec les soignants. Il faut trouver un équilibre.

Selon la **HAS**, l'ETP s'adresse à un ou plusieurs patients atteints de la même maladie. C'est comme une « stratégie de retard de complications ». L'information est centrée sur le contenu, le conseil, sur celui qui le délivre. L'éducation thérapeutique pour sa part concerne la personne elle-même. **L'ETP** permet donc aux patients atteints de maladies chroniques d'acquérir les compétences et connaissances dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie, d'être partenaires actifs, afin d'avoir moins de complications, moins d'hospitalisations, et d'améliorer leur qualité de vie.

Le sujet âgé est concerné à juste titre, du fait que la polypathologie est quasiment de règle chez lui. L'objectif de ce travail a été de comprendre les personnes âgées vis-à-vis de leurs traitements et du processus continu de vieillissement et cela à travers l'éducation thérapeutique. Dans une **première partie** nous définirons la personne âgée dans son ensemble. Dans une **deuxième partie** nous parlerons des programmes d'éducation thérapeutique actuels existants pour les personnes âgées.

Nous finirons par l'apport que le pharmacien d'officine peut avoir vis-à-vis de ces personnes âgées en tant qu'acteur de proximité mais également à travers l'imagination d'un atelier d'éducation thérapeutique en officine.

I. PARTIE 1 : La personne âgée

A. Qu'est-ce qu'une personne âgée aujourd'hui ?

1. Point de vue général :

De nos jours, les individus ont des visions différentes de la personne âgée. Pour tous une personne âgée ne rentre pas forcément dans une catégorie précise d'âge (1).

Selon l'**INSEE** (2) , sont considérées comme personnes âgées les personnes de plus de 60 ans.

Selon l'**OMS** (3) cela concerne les individus de 60 ans et plus. A partir de cette âge, les notions de troisième âge (à partir de la retraite) et quatrième âge (>75ans) apparaissent. Cette définition n'est pas fixe, nous remarquons qu'il est très difficile de définir concrètement une personne âgée. En effet une personne de 70 ans peut être « moins en forme » qu'une personne de 90 ans. La population mondiale vieillit rapidement et les variations inter individuelles sont multiples.

- *Mais alors à quoi correspond le vieillissement ?* (4) (5)

Le vieillissement est un **processus physiologique** et **psychologique** qui modifie la structure et les fonctions de l'organisme à partir d'un âge mûr. Cela conduit à des transformations entraînant la dégénérescence de certaines cellules qui provoquent alors un affaiblissement et un ralentissement des fonctions vitales et des modifications au niveau physique, physiologique et psychique.

Du point de vue biologique, le vieillissement (6) est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celui-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Mais ces changements ne sont pas linéaires, ne répondent pas à une logique claire et n'ont que peu de rapport avec l'âge de la personne en années.

La **vieillesse** se caractérise également par l'apparition de plusieurs états de santé complexes qui ne surviennent généralement que tard dans la vie et ne constituent pas des catégories de maladies distinctes. C'est ce qu'on appelle couramment les syndromes

gériatriques. Ceux-ci, parmi lesquels figurent la fragilité, l'incontinence urinaire, les chutes, les délires et les escarres, découlent souvent de plusieurs facteurs sous-jacents.

Les **syndromes gériatriques** (7) sont de meilleurs indicateurs prédictifs de la mortalité que la présence de certaines maladies ou leur nombre. Néanmoins, à l'exception des pays qui ont développé la gériatrie en tant que spécialité médicale, les services de santé traditionnels et la recherche épidémiologique les négligent bien souvent. Alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et ont besoin de beaucoup d'aide.

2. Point de vue démographique (2) (3) (8)

Selon l'**OMS**, entre 2015 et 2050, la proportion des personnes de 60 ans et plus doublera passant de 12 % à 22 %. D'ici à 2020, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et plus va dépasser celui des enfants de moins de 5 ans. Le vieillissement de la population est plus rapide que dans le passé. Les gens vivent plus longtemps, la plupart ont une espérance de vie supérieure à 60 ans. En 2015 : 125 millions de personnes sont âgées de plus de 80 ans. Au 1^{er} Janvier 2013 : 17,5 % de la population française avait plus de 65 ans dont 9 % plus de 75 ans. Ce chiffre est amené à augmenter lors des prochaines années si les tendances démographiques récentes se maintiennent, à l'horizon en 2060, un tiers de la population âgée aurait plus de 60 ans, et le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions. Cela s'explique aussi par une augmentation de l'espérance de vie à la naissance et à 60 ans.

3. Point de vue physiologique (9) (10)

Au cours du vieillissement les **variables** dites **régulées restent fixes**, seules les **variables fonctionnelles** sont atteintes. On observe une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, en effet elles ont du mal à s'adapter, notamment aux situations d'agression.

Le retour à l'homéostasie chez une personne âgée est plus **lent**. Les phénomènes d'échappements sont plus importants, l'organisme dépense alors trop d'énergie et cela n'est

pas viable à terme. Cependant on ne vieillit pas d'un seul coup. Il existe un vieillissement inter-organe, au dépend des facteurs génétiques et environnementaux. Ces vitesses varient en fonction des individus (variation interindividuelle) mais aussi en fonction de l'environnement.

Le vieillissement (11) va toucher différents organes et différentes fonctions humaines :

- **L'aspect et le poids** nous observons une réduction de la masse maigre (muscle) et augmentation de la masse grasse (viscérale). Par ailleurs il y a une diminution des fibres dites rapides tel que le biceps, le triceps... et une diminution moindre des fibres musculaires lentes comme les muscles de posture. La vieillesse apporte une véritable sarcopénie.
- **Les eaux et électrolytes** : on y note une perte d'eau majoritairement au niveau extracellulaire. On y note une réduction de la sensibilité des osmorécepteurs, une modification du métabolisme de la vasopressine (Hormone Antidiurétique ADH) avec une réduction de la sensation de soif ainsi qu'un fort risque de déshydratation.
- **Les hormones** :
 - *Chez une femme* : apparition de la ménopause avec chute d'œstrogènes, involution des organes sexuels, atrophie vulvo-vaginale, fin de la protection cardio-vasculaire.
 - *Chez un homme* : chute progressive de la testostérone et une augmentation du volume de la prostate

Par ailleurs il y a une chute de l'hormone de croissance GH (importante pour le maintien de la masse musculaire et la croissance cellulaire).

- ❖ **Le squelette** : diminution de la densité osseuse (moins de sels minéraux et de protéines) ceci engendre donc une ostéopénie.
- ❖ **Le système cardiovasculaire** : avec une fibrose de remplacement. La paroi cardiaque devient moins souple. Ceci engendrera des conséquences avec un remplissage (pré-charge) diastolique plus faible et une altération de la pré-charge.

Nous observerons un phénomène de compensation (les oreillettes se musclent et deviennent plus grosses). Nous aurons une chute de la fréquence du nœud sinusal et tout cela aura pour conséquences finales des troubles du rythme ventriculaire, une perte de la contraction et un risque d'insuffisance cardiaque.

- ❖ **Les artères** : la pression artérielle augmente avec l'âge.
- ❖ **L'endothélium vasculaire** commencera à dysfonctionner
- ❖ **Le système baro-réflexe** deviendra défectueux
- ❖ **Le système rénal** : nous aurons une chute du nombre de néphrons fonctionnels ainsi qu'une altération de la fonction tubulaire et une diminution de la clairance.
- ❖ **Le système respiratoire** : on y notera une diminution de la compliance pulmonaire et des muscles respiratoires ainsi qu'une réduction de la capacité ventilatoire. Une baisse du VEMS, une augmentation du volume résiduel, une réduction de la capacité de la diffusion de l'oxygène.
- ❖ **Le système digestif** : avec une diminution des sécrétions chlorhydro-peptiques, une augmentation du temps de vidange gastrique, un ralentissement du transit intestinal, une diminution de la masse et du débit sanguin hépatique (réduction de l'effet de premier passage hépatique) pouvant modifier le métabolisme des médicaments.
- ❖ **Le système nerveux** : avec une diminution du nombre de neurones et de la qualité de la gaine de myéline, une diminution des temps de réactions et capacités d'apprentissage, une réduction de la sensibilité des récepteurs aux catécholamines au niveau du système nerveux autonome.
- ❖ **Au niveau du toucher** : une diminution de la sensibilité proprioceptive, des yeux avec presbytie, lecture de près difficile, cataracte (opacification du cristallin), surdité, perte du goût et de l'odorat.

- ❖ **De la peau** : un épiderme atrophique, rides, des mélanocytes moins actifs, une sécheresse cutanée

B. Maladies les plus fréquentes de la personne âgée

Selon l'**OMS** (3) le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la broncho pneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. En outre, à mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé. (12)

Les **pathologies** les plus **fréquentes** sont :

- ❖ **Cardiovasculaire** : (insuffisance cardiaque, coronaropathie, HTA, troubles du rythme...)
- ❖ **Neuropsychiatrique** (malaise, vertige, perte de connaissance, Maladie d'Alzheimer)
- ❖ **Bronchopulmonaire** (broncho-pneumopathies, insuffisance respiratoire...)
- ❖ **Infectieux** (syndromes infectieux généraux, localisés, urinaires ...)
- ❖ **Dermatologique** (escarre, mycose...)
- ❖ **Ostéoarticulaires** (pathologie de la hanche, épaule, fracture...)
- ❖ **Gastro-entérologiques** (ulcères...)
- ❖ **Endocrinienne** (diabète, thyroïde...)
- ❖ **Hématologique** (anémie...)
- ❖ **Autres** (cataracte, glaucome, surdité, chute, dépendance...)

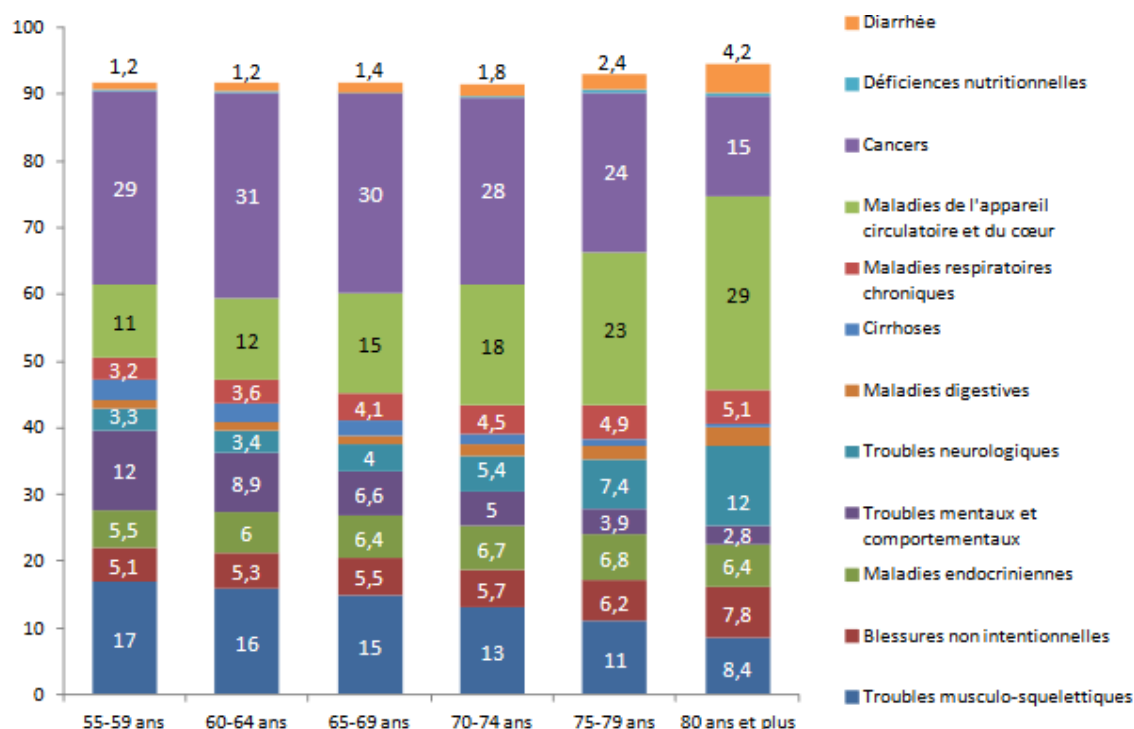


Figure 1 : Répartition du Fardeau Global des Maladies chez les seniors et les personnes âgées par âge en France en 2010

Source : ARS autonomie des personnes âgées (13)

Ces indicateurs sont issus du Global Burden of Diseases 2010 (GBD 2010) publiés par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de l'Université de Washington.

<http://www.healthdata.org/notice-tool-migration>

→ On observe ici une constante évolution des maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées

C. Nombre de médicaments consommés par une personne âgée (14) (15) (16) (17)

Les **personnes âgées** représentent non loin de **40 %** de la consommation des médicaments en ville. En moyenne la consommation journalière de médicaments pour une personne de plus de 65 ans est de 3,6 médicaments selon l'HAS. Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour pour les 65-74 ans à 4 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus. Les femmes en consomment plus que les hommes (3,8 versus 3,3). 9 % achètent un médicament sans ordonnance et 4 % des médicaments que consomment les personnes âgées sont sans ordonnance. La consommation des médicaments est **majoritairement à visée**

cardiovasculaire (51 %- IEC, Sartans, hypolipémiants, anti-athéromateux, digitaliques, anti-arythmiques-vasodilatateur nitrés), 25 % achètent au moins une boîte d'antalgique par mois (contre 12 % pour les personnes âgées de moins de 65 ans). Par la suite nous retrouvons les médicaments ciblant l'appareil digestif, l'appareil locomoteur et les psychotropes.

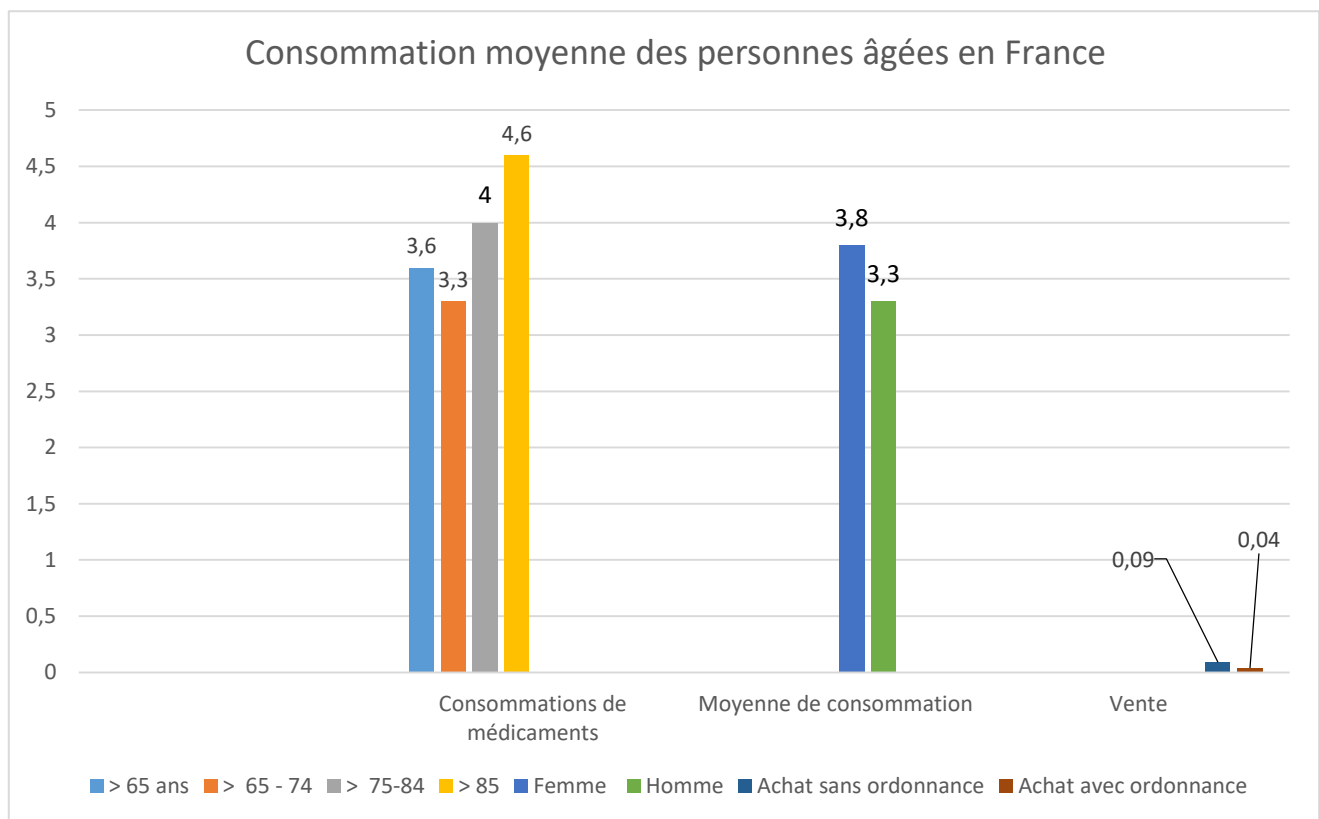


Figure 2 : Consommation moyenne de la personne âgée en France

→ Nous voyons bien ici que le nombre de médicaments augmentent progressivement en fonction de l'âge et cela se reflète plus chez les sujets féminins.

D. L'observance et la difficulté d'observance des personnes âgées - Pourquoi cette population est-elle plus à risque ? (18)

Après 65 ans, nous sommes davantage concernés par les maladies chroniques. Celles-ci touchent 57 % des personnes âgées de 65 à 74 ans et environ 70 % des 75 ans et plus de 75 ans, les personnes déclarent avoir eu 5,8 maladies différentes au cours de l'année hors troubles visuels et problèmes dentaires.

Ces maladies chroniques entraînent une poly-médication que l'on peut définir comme « L'usage concomitant de trois voire cinq molécules différentes ». Chaque mois, plus des 2/3 des personnes au-delà de 65 ans prennent des médicaments alors que ce chiffre n'est que de 1/3 pour les moins de 65 ans. **L'enquête PAQUID** menée auprès de 3 800 personnes, montre qu'à domicile les personnes âgées consomment **4,5** médicaments par jour et chacune de leurs ordonnances comprennent en moyenne **3,4** spécialités distinctes.

Une étude faite en Région Parisienne en 2012 (19) montre que les personnes âgées de plus de **75 ans** à domicile qui prennent **8,03** médicaments par jour consomment **3,74** médicaments à visée cardiovasculaire, **1,38** médicaments agissant sur le système nerveux central, **0,47** à visée endocrinienne et **0,43** à visée rhumatologique, suivis des IPP, vitamines et autres digestifs.

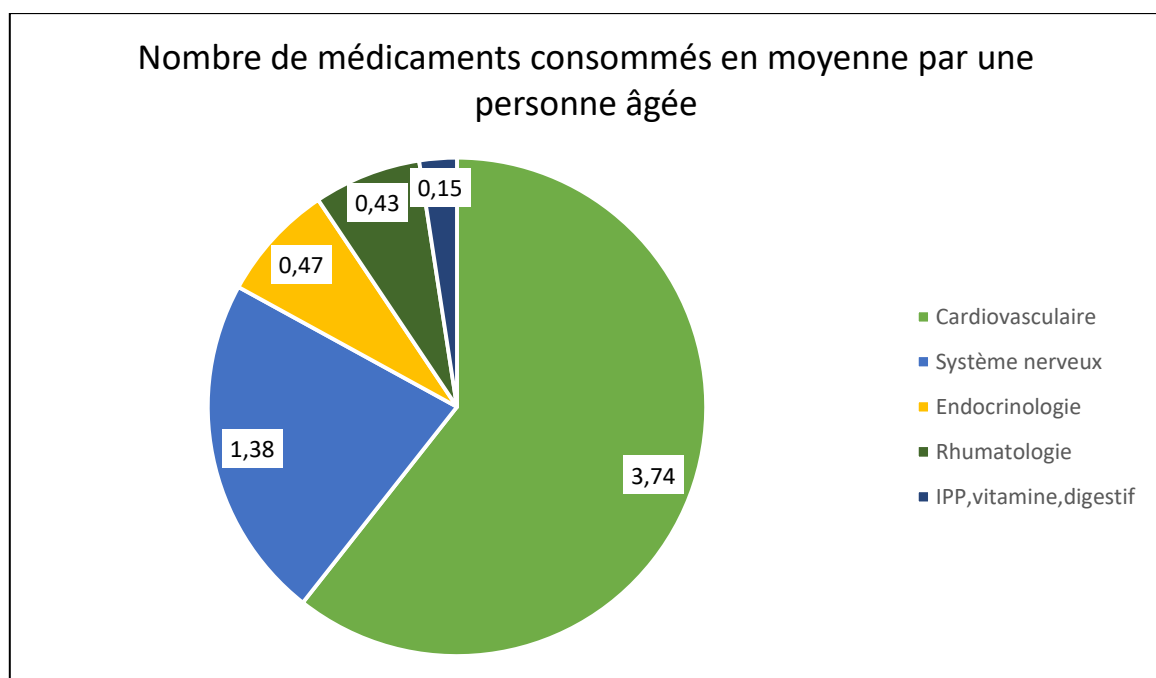


Figure 3 : *Consommation moyenne de médicaments chez la personne âgée en fonction des classes thérapeutiques (21)*

→ Les médicaments d'ordre cardiovasculaires sont majoritairement consommés chez les personnes âgées

L'analyse des recherches menées a pu montrer qu'il n'existe pratiquement aucune étude sur l'observance dans des cas de poly-médication de plus de trois traitements. Les recherches se limitent à aborder le problème sous l'angle d'une, voire deux pathologies au maximum ou d'un seul type de médicament. Or, le fait d'avoir plus de 3 traitements est un facteur aggravant reconnu du point de vue de l'inobservance.

E. Les raisons de non observance

1. Partie psychologique et pratique (20) (21) (22)

Les raisons de non observance chez la personne âgée sont multiples. En effet elles peuvent être :

- ❖ *D'ordre pharmacologique* : galénique des médicaments (traitements combinés, nombre, voie d'administration, taille, goût, techniques compliquées comme l'asthme par exemple...)
- ❖ *Conditions de vie* : rythme journalier (matin, midi, soir ?), perception des autres, accès aux soins (pharmacie éloignée ?)
- ❖ *Représentation, croyance* (maladie, traitement, médicament, ordonnance, générique, religion)
- ❖ *Relation* (patient, pharmacien, patient médecin)
- ❖ *Thérapeutique* (modalité de prescription, ordonnance longue parfois illisible, plan de posologie non optimal)
- ❖ *Traitement mal expliqué*
- ❖ *Inadaptation des formes galéniques aux handicaps du patient (moteur, troubles déglutition, comprimés trompeurs...)*

Pour **accepter** de se traiter, il faut un minimum de **cheminement**. Il faut **accepter** la maladie. Le mot accepter peut paraître anodin, mais beaucoup de personnes âgées ont du mal à comprendre ce qui leur arrive. Il faut en tant que pharmacien, essayer de comprendre car certaines personnes âgées peuvent être réticentes aux traitements.

Divers points de vue apparaissent alors au comptoir :

- ➔ Réflexion (je sais, je dois)
- ➔ Décision d'un changement (je veux, je peux)
- ➔ Action : initiation du changement (je fais)
- ➔ Maintien du changement (je poursuis)
- ➔ Intégration (je n'y pense même plus)
- ➔ Rechute (je craque, je renonce)
- ➔ Non implication (ça ne me concerne pas)

Il faut en tant que pharmacien savoir quel type de personne nous avons en face de nous. En fonction on adoptera des attitudes et des discours différents.

2. Partie galénique (23)

Une **personne âgée** aura tout naturellement une réduction des capacités physiques, des troubles de déglutition, une baisse de l'acuité visuelle ou de l'audition. On pourra avoir également des possibles troubles de la mémoire et de la compréhension.

Les formes galéniques ne sont pas toujours adaptées pour cette catégorie de population (spray aérosol pour l'asthme ou BCPO, poudre à inhaler via un système turbuhaler, préparation des aérosols, auto-administration des collyres....). Il faut donc être vigilant et à l'écoute afin de bien expliquer leurs utilisations et les conseils associés adaptés.

Concernant le broyage des médicaments, ceci n'est pas toujours possible, il peut en effet avoir des effets délétères, entraîner des modifications des propriétés galéniques, physicochimiques ou pharmacocinétiques du médicament.

Ceci pourra avoir différentes conséquences : baisse ou perte d'efficacité, toxicité par surdosage immédiat, toxicité locale directe, démasquage du goût du médicament, incompatibilité entre médicaments écrasés, interaction avec nourriture ou liquide.

❖ *Les formes orales sèches :*

Les comprimés gastro résistants sont destinés à se désagréger au niveau intestinal donc ils ne doivent pas être écrasés (sauf si administration par sonde), cela peut entraîner un risque d'inefficacité.

Les comprimés à libération prolongée sont destinés à libérer lentement le principe actif à différents étages du tractus digestif. Ils ne doivent pas être écrasés sauf mention explicite. Il y

a un risque de surdosage dans un premier temps et une absence de couverture thérapeutique ensuite.

Les gélules à libération prolongée : elles peuvent être ouvertes mais ne doivent pas être écrasées ni mâchées.

Les comprimés multicouches sont destinés à obtenir une forme à libération différente d'une couche à l'autre. Ils ne doivent pas être écrasés.

Les comprimés ou gélules cytostatiques ou à toxicité locale sont composés d'un principe actif cytostatique ou à toxicité locale. Ils ne doivent pas être ouverts ni écrasés.

Il faut avoir en tête **PRINCIPE ACTIF** et **MEDICAMENTS** et savoir se poser les bonnes questions : le médicament en lui-même, le bénéfice thérapeutique, la posologie, la présentation, les risques d'apparition d'effets indésirables.

F. La pharmacodynamie et la pharmacocinétique modifiées chez la personne âgée, cause de non observance à travers la peur des patients (9) (24) (25)

Concernant la **pharmacodynamie** de la personne âgée elle est mal connue. On a une augmentation de la sensibilité des récepteurs à de nombreux médicaments (notamment au niveau du SNC). Par ailleurs l'altération organique entraîne une augmentation des effets iatrogènes.

Les pathologies iatrogéniques sont fréquentes et graves (polypathologie, polymédication, modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées à l'âge).

Nous observons une nécessité d'adaptation du traitement :

- au poids
- à la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft)
- à l'albuminémie
- aux fonctions cognitives
- aux capacités physiques et sensorielles
- aux autres traitements : vérification de l'absence d'interaction médicamenteuse

Il faut faire une réévaluation et une réadaptation régulière de la thérapeutique.

Au niveau **pharmacocinétique** (26) :

Chez **la personne âgée** on observe d'importants changements physiopathologiques dans l'organisme qui sont une source potentielle de modification de l'absorption, de la distribution, du métabolisme et de l'excrétion du médicament.

Les facteurs intervenants dans le processus de diffusion sont modifiés par l'âge du fait que ce processus touche la vidange gastrique (**diminuée** -> ce ralentissement peut améliorer la résorption des médicaments peu solubles par un contact prolongé avec les muqueuses), l'acidité gastrique (**diminuée** -> la résorption de certains médicaments dits « base faible » est alors améliorée ou diminuée pour les « acides faibles »), la motilité intestinale (**diminuée** donc meilleure résorption pour certains médicaments), le flux sanguin splanchnique (**diminué** ce qui entraîne une réduction quantitative de la résorption) et la surface active du tube digestif (**diminuée** entraînant une résorption plus lente et parfois moins complète du fait de la diminution des cellules actives absorbantes).

L'absorption va toucher aussi bien la quantité résorbée et la vitesse de pénétration dans l'organisme. Par ailleurs l'effet de premier passage peut être **réduit** par l'âge augmentant ainsi la quantité de médicament intact qui arrive dans la circulation générale.

La distribution est liée :

- ❖ aux propriétés physicochimiques du médicament
- ❖ à l'altération de la constitution de l'organisme
- ❖ aux taux de protéines plasmatiques
- ❖ au volume de distribution
- ❖ aux différents débits

L'eau totale corporelle étant **diminuée**, les concentrations plasmatiques sont donc plus **élevées**.

Le taux de masse grasse étant **augmenté**, on observe une accumulation des médicaments dans le tissu adipeux et donc une action prolongée des médicaments liposolubles.

La masse maigre et la masse cellulaire sont **diminuées**, les taux sanguins sont donc plus élevés surtout si la posologie est basée sur le poids corporel.

On observe également chez le sujet âgé une diminution des liaisons protéiques donc ceci peut entraîner une perturbation du métabolisme et de l'activité pharmacologique des médicaments fortement liés, les effets secondaires sont donc plus importants dans cette catégorie de population. Ceci découle également sur une modification du volume de distribution.

Concernant **le métabolisme** : l'activité enzymatique est **réduite** (diminution du CYP450) ce qui engendre une demi-vie plasmatique plus longue. Le flux sanguin hépatique est **réduit** ce qui engendre une diminution de la clairance hépatique pour les médicaments fortement extraits et métabolisés au niveau du foie. La masse du foie est **réduite** ce qui impacte sur la clairance hépatique qui est diminuée.

Concernant **l'excrétion**, on a une **diminution** avec l'âge de trois processus fondamentaux : la filtration glomérulaire (excrétion rénale **ralentie** avec temps de demi-vie **allongée**), la sécrétion tubulaire (élimination plus **lente**, risque d'accumulation et de toxicité, **diminution** du pouvoir sécrétoire des cellules tubulaires avec l'âge) et la clairance de la créatinine (élimination **ralentie** -> dépend de deux paramètres le volume de distribution et la vitesse d'élimination). La réabsorption tubulaire, elle, peut-être **augmentée** ou **diminuée** ceci est variable en fonction des caractéristiques physiologiques du médicament et du pH urinaire. Le débit sanguin rénal est diminué ce qui entraîne une élimination ralentie.

G. Réussir à mieux prescrire chez la personne âgée (28)

Le risque de iatrogénie est de **18,3%** chez les 70-74 ans et de **25,4%** chez les plus de 85 ans.

La **iatrogénie** correspond aux effets indésirables et/ou interaction médicamenteuse ayant potentiellement des conséquences sur la santé d'un individu, imputable au médicament lui-même, mais également à tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmières..) et au patient (observance, automédication...). Cette peur de iatrogénie peut avoir un impact sur l'observance des traitements médicamenteux.

L'automédication est très fréquente et correspond à **10 %** de cette population mais cela peut être contrôlée (c'est-à-dire lors de la délivrance par le pharmacien) ou improvisée (à l'aveugle, pharmacie familiale, recommandations de l'entourage..). Elle concerne majoritairement l'aspirine, les AINS, paracétamol et laxatifs. Il est indispensable d'informer le patient des risques encourus d'où l'importance de l'éducation thérapeutique....

Dans un premier temps il faut savoir repérer les patients à risques et être attentif aux patients en sortie d'hospitalisation. Il faut prendre l'habitude de consulter systématiquement son historique médicamenteux y compris ses médicaments conseils.

Savoir analyser les traitements :

- ❖ Rechercher les contre-indications (*ex : anticholinergique et risque de glaucome par fermeture de l'angle ou encore AINS et insuffisance cardiaque*)
- ❖ Se poser la question de la pertinence des traitements, sont-ils appropriés chez la personne âgée ? (*certes ils peuvent ne pas être contre-indiqués mais seulement inappropriés en gériatrie*).
- ❖ Contrôler les posologies : adaptées à la fonction rénale ... ?
- ❖ Rechercher des interactions médicamenteuses et alerter le patient sur les interactions avec certains aliments.

Il existe une démarche dite **DICTIAS** afin de répondre aux bénéfices attendus par rapport au risque :

D	Diagnostic correct ?	Diagnostic documenté
I	Indication correcte ?	Validée par recommandations
C	Contre-indications ?	Cf. Vidal
T	Tolérance ?	Liste inappropriées (BEERS...)
I	Interactions ?	Cf. Vidal
A	Ajustement de la posologie ?	Poids, clairance créatinine
S	Sécurité - Suivi	Etat cognitif, autonomie, aidants

Figure 4 : Démarche DICTIAS : 7 questions avant de prescrire un médicament chez une personne âgée ou pour réviser l'ordonnance d'une personne âgée

Afin il faut savoir que différents documents permettent de mieux prescrire chez la personne âgée. En effet des listes existent afin de repérer les médicaments appropriés et d'améliorer l'observance.

- Médicaments **inappropriés** ou « *misuse* » (profil de tolérance défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques). Ces médicaments sont à éviter d'une manière générale et dans la mesure du possible chez la personne âgée (*Liste de BEERS, liste de LAROCHE*)

Liste de Laroche (extraits)			
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable Médicaments avec propriétés anticholinergiques			
critères	spécialités	raisons	alternatives
Hypnotiques anticholinergiques	<i>Donormyl, noctran, théralène</i>	Effets anticholinergiques et négatifs sur la cognition	Hypnotiques BZD 1/2vie courte ou intermédiaire 1/2dose / 5 jeune
Anti-H1	<i>Phenergan, primolan, atarax</i>	Effets anticholinergiques, somnolence, vertige	Zyrtec, aërius, clarityne
Antispasmodiques avec propriétés anticholinergique	<i>Ditropan, driptane, détusidol, vésicare</i>	Effets anticholinergiques	céris
Neuroleptiques phénothiazines	<i>Largactil, moditen Nozinan, tercian..</i>	Effets anticholinergiques	NLP atypique Risperdal, zyprexa
Antidépresseurs imipraminiques	<i>Anafranil, tofranil, laroxyl,, surmontil</i>	Effets anticholinergiques et cardiaques 2 ^e intention	IRS IRSN

Figure 5 : Médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 75 ans et plus

- Médicaments **sous-utilisés** « *underuse* » (pas de traitement en cas d'indication et en l'absence de contre-indication)
- Médicaments **non indiqués** « *overuse* » (en l'absence d'indication ou d'efficacité démontrée)

Médicaments	Risque	Alternative
Antiagrégants		
Dipyridamole	HTO	Autre antiagrégant
Ticlopidine	Atteinte hépatique + hématotoxique	Autre antiagrégant
Antiarythmiques/cardiotoniques		
Digoxine > 0,125 mg/j	Augmentation sensibilité de l'effet de la digoxine	Diminuer dose
Disopyramide	IC + effet anticholinergique	Autre antiarythmique
Anticholinergique		
AD imipraminiques	Effet anticholinergique négatif et effet cardiaque sévère	➔ IRS ou IRSNA
Neuroleptiques phénothiaziniques		Non phénothiazinique
Antihistaminique H1		Hypnotique : BZD a ½ vie courte, si allergie -> cétirizine, desloratadine, loratadine, si rhume lavage nez
Antiémétique		Nausée : homéopathique ou dompéridone (si aucun facteurs torsadogènes
Antispasmodiques de l'incontinence urinaire		Tropium ou flavoxate
Antihypertenseurs		
Action centrale	Augmentation de l'hypotension	Changer de classe d'antihypertenseur
Alphabloquants cardiologiques	Hypotension + incontinence urinaire	
Anti-sécrétoires gastriques		
cimétidine	Confusion, désorientation, IM par inhibition enzymatique	IPP ou autre antihistaminique H2
Anxiolytiques, hypnotiques		
BZD à demi-vie longue	Augmentation somnolence et chute	BZD a ½ vie courte
Hypoglycémiants		
Glipizide LP	Hypoglycémie prolongée	Autre sulfamide hypoglycémiant à durée d'action courte ou intermédiaire
Laxatifs		
Stimulants (bourdaine, cascara...)	Irritation du colon	Laxatif osmotique (macrogol, lactulose..)

Figure 6 : Listes des médicaments inadaptés chez les personnes âgées : (27)

H. Les 20 recommandations pour améliorer l'observance de leurs traitements par les personnes âgées (28)

Il existe une liste établie par le laboratoire **TEVA** lors de son programme « **MARGUERITE** », ce programme ayant pour objectif de comprendre les facteurs et les comportements de non observance afin d'élaborer des recommandations concrètes pour faciliter le respect des traitements et de réduire la iatrogénie médicamenteuse. Nous y retrouvons ces recommandations :

- ❖ Structurer l'ordonnance pour une meilleure observance : afin d'assurer la continuité avec la pharmacie. Elle représente la référence essentielle lorsque le patient se retrouve seul face à ses boîtes de médicaments.
- ❖ Encourager l'utilisation d'un plan de prise de médicaments et réconcilier les ordonnances en officine.
- ❖ Délivrer les traitements de maladie chronique pour 2 à 3 mois en cas de vacances.
- ❖ Harmoniser le nombre de comprimés par boîtes de médicaments à 28 ou 30.
- ❖ Adapter les boîtes de médicaments aux besoins des personnes âgées afin de les rendre plus lisibles plus simples à utiliser et plus identifiables pour le patient.
- ❖ Diffuser un guide patient pour préparer la consultation chez le médecin généraliste : les documents à emporter, les questions à poser au médecin.
- ❖ Créer le « passeport observance » pour le patient : afin de diffuser pour le patient l'ensemble des recommandations et des bonnes pratiques d'observance (pour centraliser les informations personnelles sur les prochaines consultations, vaccins et examens à venir).
- ❖ Diffuser les « reflexes patient pour une bonne observance » : diffuser une liste de reflexes essentiels auprès des patients, soignants, aidants pour gérer au quotidien leur traitement et éviter les principaux risques dus à l'inobservance.
- ❖ Organiser des groupes de partage d'expériences sur l'observance entre patients.

- ❖ Encourager médecin et pharmacien à communiquer avec le patient selon le « calendrier de l'observance » afin d'adapter un message adapté.
 - ❖ Sensibiliser le médecin sur les risques d'inobservance, leur proposer des arguments afin de faire comprendre au patient la nécessité de bien suivre son traitement.
 - ❖ Encourager le médecin à établir un bilan d'observance : observation des ordonnances passées, questionnaires...
 - ❖ Renforcer l'accompagnement en officine lors de l'introduction de nouveaux traitements en validant la compréhension de la posologie par le patient, en expliquant les éventuels effets secondaires, en rappelant au patient que le bénéfice du traitement repose sur le respect de la posologie et de sa durée, en explorant les usages éventuels de médicaments non prescrits.
 - ❖ Développer des formations conjointes médecins/pharmaciens sur l'observance à l'université et en formation continue.
 - ❖ Lancer la journée nationale de l'observance thérapeutique avec des mobilisations générales autour de l'observance relayée par les pharmacies, cabinets médicaux et médecin.
 - ❖ Mettre en place un entretien observance en officine ou au domicile.
 - ❖ Constituer un classeur de liaison entre les patients et les professionnels de santé.
 - ❖ Généraliser les entretiens de conciliation à la sortie de l'hôpital.
 - ❖ Consolider les indices de l'inobservance en officine pour générer une « alerte observance ».
 - ❖ Développer les rencontres annuelles médecins, pharmaciens et infirmières de ville autour de l'observance.
- ***Conclusion partie 1 : les personnes âgées, de par leurs modifications physiologiques en tout point sont une catégorie de population où le pharmacien d'officine a un rôle à jouer.***

II. PARTIE 2 : Etats des lieux des programmes d'éducation thérapeutique

A. Le Projet PAERPA : Plan Personnalisé de Santé et Education Thérapeutique du Patient pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie (29) (30) (31) (32)

1. Présentation générale

Le projet **PAERPA** s'intéresse aux personnes âgées en risque de perte d'autonomie. En effet il cible les personnes de 75 ans et plus, encore autonomes, mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical ou social. Ce projet va cibler quatre thèmes : la **polymédication**, la **dénutrition**, la **dépression** et les **chutes**. Il met en avant l'ETP tout d'abord sous forme de séance individuelle sur le lien de soins primaires ou au domicile du patient sans pour autant exclure les séances collectives.

2. Une équipe pluridisciplinaire

Ce projet résulte également d'un travail d'équipe, en effet une équipe se compose d'au moins **3 professionnels de santé** dont un médecin généraliste. Un membre de l'équipe doit être formé à l'ETP et à sa coordination, cette personne étant garante de la qualité de la démarche de l'éducation thérapeutique. L'ETP délivrée dans le cadre de ce projet porte sur les thèmes retenus et s'appuie sur le cadre référentiel publié par la HAS. Les méthodes sont adaptées en fonction de la situation et des capacités des personnes âgées. Un rapport annuel synthétique est envoyé à l'ARS. Il faut savoir que ce projet fait suite à une évaluation, en effet il faut dans un premier temps clarifier les diagnostics et les traitements par le médecin traitant ainsi qu'une exploration des différentes dimensions où des problèmes peuvent exister, et une évaluation de la situation sociale. (33)

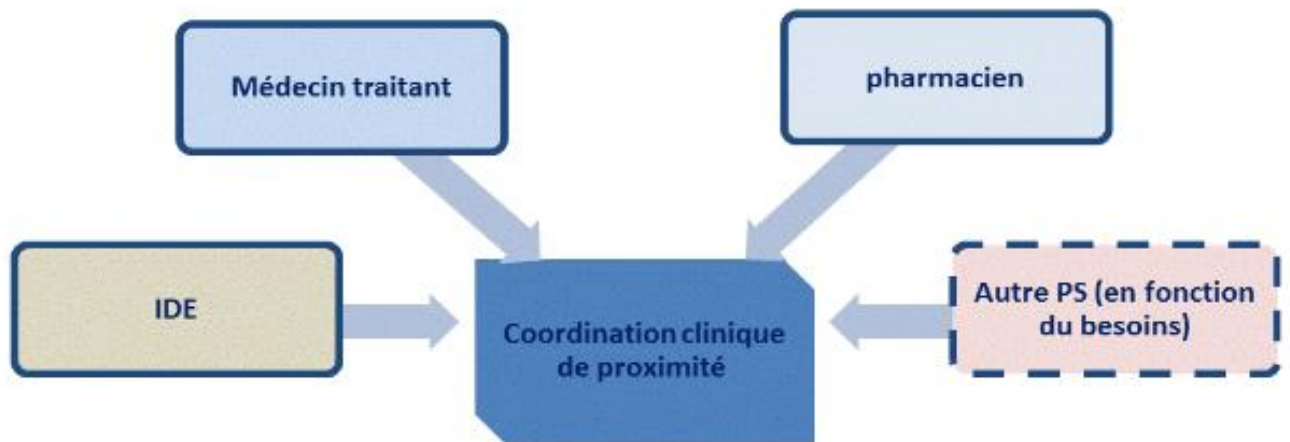


Figure 7 : Equipe pluridisciplinaire du projet PAERPA

3. L'objectif de cette coordination clinique

Elle a pour but de soutenir autant que possible la personne âgée à son domicile et donc de limiter son recours inapproprié à l'hôpital en ciblant les 4 facteurs de risques d'hospitalisation des personnes âgées (problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression, chutes).

B. Le programme OMAGE : Optimisation de la prescription médicamenteuse du sujet âgé. (34)

1. Présentation générale

Sylvie LEGRAIN, gériatre sur Paris, à présent retraitée a travaillé sur ce programme. Il a pour but de diminuer les ré-hospitalisations des personnes âgées de 70 ans et plus, admises aux urgences en optimisant le diagnostic, le traitement et le suivi de leurs maladies chroniques. Ce programme cible trois facteurs de risques d'hospitalisations évitables : la **dépression**, la **dénutrition** et les **problèmes liés aux médicaments**. Elle a mis en avant le rôle de l'éducation thérapeutique en réalisant des entretiens avec ces patients avec différents points évoqués :

- ❖ Les représentations de la santé actuelle ainsi que de la santé dans les semaines ou mois précédant l'admission.
- ❖ Les connaissances des maladies et des traitements, et l'éventuel besoin de connaître plus.
- ❖ Le rapport au médecin généraliste.
- ❖ Les projections dans l'avenir.

Les objectifs de ce programme sont clairs :

- ➔ **Objectif 1** : Evaluer ce que le patient a compris de ses problèmes de santé
- ➔ **Objectif 2** : S'accorder avec le patient sur ce qu'il doit surveiller, ce qui doit l'inquiéter et comment il peut réagir

Trois outils sont utilisés ici, un jeu de cartes (pour aider à la compréhension et à l'explication des liens symptômes/maladie, maladies entre elles et maladies-symptômes-traitements), des planches illustrées et un remis co-construit avec le patient (résumant ses problèmes de santé, traitements ...).

2. Exemples d'outils du programme OMAGE

Jeux de cartes





Epoux/épouse



Famille



Amis/voisins/
gardien(ne)



Médecin traitant/
Spécialiste



Auxiliaire de vie/
aide-ménagère



Urgences/hôpital



Enfants



IDE et autre professionne
paramédical



Modification de mes
médicament(s)



Modification de mon
suivi médical



Nouvelle
maladie



Infection/fièvre/
coup de chaleur



Manque d'appétit/
troubles digestifs



Problème person



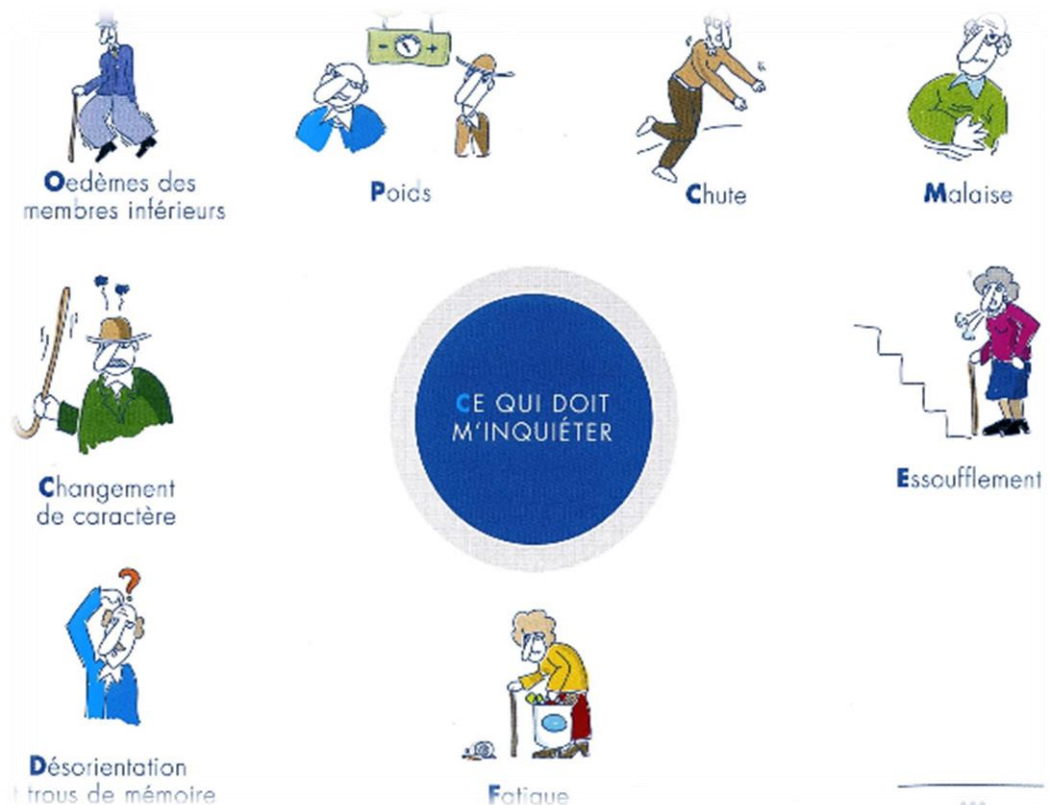
Fêtes/les vacances



Changement de mon entourage



Baisse de moral



3. Conclusion du programme

Ceci a permis de déceler **trois finalités** : ils ont pu évaluer dans un premier temps ce qui a été retenu et validé par le patient. Ensemble, une co-construction d'un outil de synthèse a été possible. Ceci a au final créé un support pour la mise en œuvre du suivi éducatif post-hospitalisation par l'infirmier et le médecin traitant.

Cette conception met en évidence une simplicité qui permet de délivrer et de retenir les messages essentiels et peut néanmoins être associée à d'autres documents de suivi.

La population cible de ce programme concerne les sujets octogénaires en UGA ou SSR avec au moins trois maladies chroniques et/ou diurétiques à l'admission ou à la sortie et/ou avec désir d'implication dans les décisions médicales.

Séquence	Objectif patient	Objectif éducateur	Outil	Durée théorique
N°1	*Me poser des questions sur ma santé	*Se faire une idée des représentations du patient sur sa santé	Entretien semi-structuré	30 min
N°2	*Savoir lister et m'approprier tous mes éléments de santé *Savoir faire les liens entre eux	*Se mettre d'accord avec le patient sur le(s) problème(s) de santé qui le concernent et l'aider à faire les liens entre eux *Repérer les manques de connaissance sur les maladies pouvant influencer la prise des traitements pour introduire une séquence spécifique	Jeu de cartes	45 min
N°3	*Savoir identifier les signes d'alerte et les situations qui risquent de déstabiliser ma santé *Savoir mettre en œuvre la conduite à tenir appropriée face à ces signes et situations pour éviter une hospitalisation en urgence	* Se mettre d'accord avec le patient sur les situations à risque et les signes d'alerte *Formuler avec lui la conduite à tenir en cas d'apparition de ceux-ci et en particulier légitimer le recours précoce et adapté à un tiers opérationnel	Chevalet	45 min
N°4	* Gérer mon traitement *Connaître les critères de surveillance de mes maladies et de mes traitements.	*Elaborer avec le patient un document de suivi personnalisé précisant les maladies, les traitements, les éléments de surveillance, les signes d'alerte et situations à risque avec la personne ressource à contacter .	Remis patient co-construit avec l'éducateur.	45 min
N° 5	Facultative, en fonction des besoins spécifiques du patient et/ou de son aidant ex : séquence spécifique sur un traitement à haut risque iatrogénique (AVK) ou une maladie spécifique (myasthénie) ou motivationnel (lors de la nécessité d'un départ en maison de retraite)			

Figure 8 : Etapes du programme OMAGE (35)

Ce programme a montré que les sujets ne savent pas grand-chose de leurs maladies et de leurs traitements mais sont néanmoins **demandeurs**.

L'hospitalisation en urgence est une cassure mais la santé s'est souvent dégradée avant. Les patients font confiance à leur médecin, mais n'osent pas toujours le déranger. Les sujets présentent souvent un sentiment d'inutilité.

Les patients ont besoin d'être impliqués comme partenaires actifs et ont donc besoin de valorisation et de connaissance de leurs maladies. On y note un besoin de renforcer le sentiment d'auto-efficacité.

C. Thématique des trente programmes d'éducation thérapeutique visant les personnes âgées en France métropolitaine ⁽³⁶⁾

Thématiques des programmes	Régions concernées
Alzheimer/Aidants	Aquitaine (1), Champagne (1), Ile-de-France (9), PACA (1)
Chutes	Aquitaine (1), Pays de Loire (1), Rhône-Alpes (2)
Médicaments	Ile-de-France (3)
Polypathologie	Aquitaine (1), Bourgogne (1), Midi-Pyrénées (1)
Dénutrition	Lorraine (1), Midi-Pyrénées (1)
Insuffisance cardiaque	Ile-de-France (1), Centre (1)
Fibrillation atriale	Ile-de-France (1)
Perte d'autonomie	Pays de Loire (1)
Diabète de plus de 60 ans	Bourgogne (1)
Prévention/Sommeil	Rhône-Alpes (1)

- *Conclusion de la partie 2 : l'existence de ces programmes d'éducation thérapeutique ciblant les personnes âgées démontre réellement l'utilité de ceux-ci. Ces programmes sont un véritable atout pour eux et ne peuvent cesser d'améliorer la qualité de vie et de surcroît leurs existences.*

III. PARTIE 3 : L'apport de l'éducation thérapeutique pour la personne âgée à travers le pharmacien d'officine

A. Définitions multiples (37) (38)

L'ETP pourrait se définir en cinq mots simples : aider, accompagner, enseigner, écouter et être disponible. Elle a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur maladie chronique. Elle fait partie intégrante et cela de façon permanente dans l'aide de la prise en charge du patient. Elle va toucher aussi bien le patient lui-même que la famille qui l'entoure avec comme objectif de collaborer ensemble, d'assumer leurs responsabilités dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

C'est en juillet 2009 que l'ETP s'inscrit dans le parcours de soin du patient. L'union européenne définit l'ETP comme un processus d'apprentissage intégré à la démarche de soin. Centrée sur le patient elle se compose d'activités de sensibilisation, d'informations, d'apprentissages ou encore d'une aide psychologique ou sociale.

L'OMS déclare en 1998 (39) que l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Tout cela dans le but que celui-ci trouve un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de ses facteurs de risques.

Selon la HAS (40) , l'ETP s'adresse à un ou plusieurs patients atteints de la même maladie, c'est une stratégie de retardement des complications. L'information est centrée sur le contenu (ex : *Novorapid* c'est un stylo injectable) le conseil (l'injection se fait 3 fois par jour avant les principaux repas) est centré sur celui qui le délivre, et l'éducation en elle-même est centrée sur la personne (prenez-vous 3 repas par jour ?).

B. Les étapes de l'éducation thérapeutique (20) (21) (41)

Nous y retrouvons **quatre étapes distinctes** : (42)

- **Etape 1 :**

- Connaître le patient, savoir identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité

Il faut réussir à appréhender les différents aspects de la vie, et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet. Appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles, sociales ou encore environnementales. Cette étape regroupe ce que l'on nomme diagnostic éducatif ou encore bilan éducatif partagé.

⇒ *Connaître le patient : connaître ses savoir-faire, ses savoir-être...connait-t-il son traitement ? Les indications de ses médicaments ?*

- **Etape 2 :** Définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage avec le patient.

- **Etape 3 :** Mettre tout cela en œuvre

- **Etape 4 :** Evaluer les compétences acquises

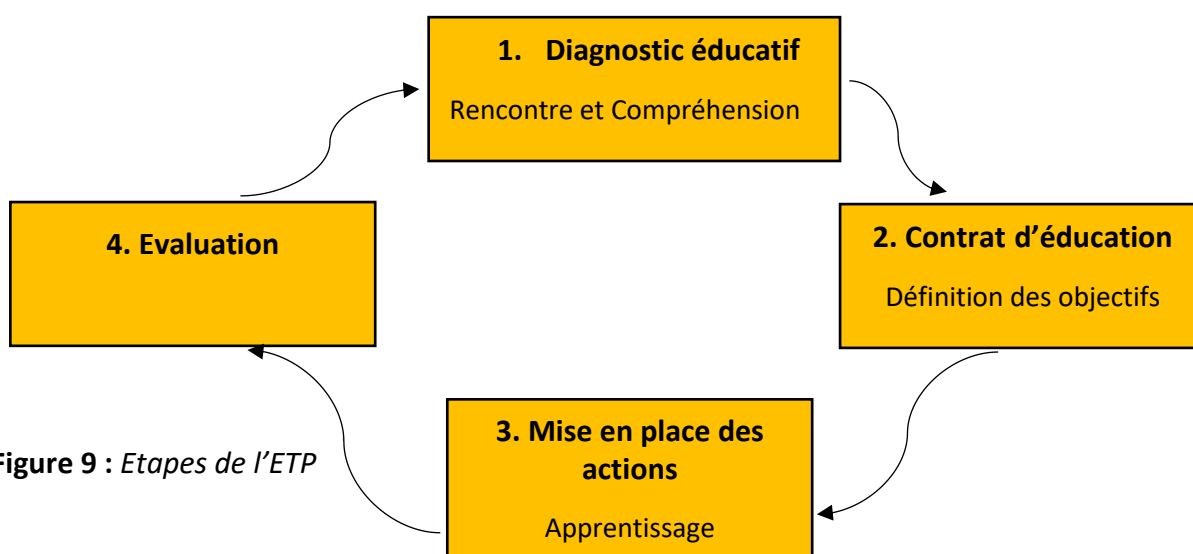


Figure 9 : Etapes de l'ETP

C. Le rôle du pharmacien d'officine dans l'ETP (43) (44)

Il va être un **acteur majeur** dans ce processus de par sa proximité.

C'est un renforçateur thérapeutique qui va à la fois sensibiliser (via des campagnes d'informations), informer, conseiller, dépister ou encore agir sur la prévention.

Il est au centre de la chaîne de soin via les généralistes, les infirmières, les masseurs kinésithérapeutes, l'hôpital, les spécialistes.

Il va aider le patient, le motiver dans la prise de son traitement. Il va être là dans la première étape de compréhension de sa maladie, de son acceptation, de la mise en place du traitement, de l'auto surveillance...

L'empathie est primordiale dans ce métier. Il faut savoir reformuler et écouter sans juger. Il faut savoir faire exprimer les avantages et les inconvénients des médicaments dans le contexte de la maladie, réussir à faire exprimer au patient comment il voit les choses. Faire acquérir des connaissances de base sur les particularités pharmacologiques et thérapeutiques de ces médicaments.

D. L'acceptation de la maladie

C'est une étape incontournable dans un processus d'éducation thérapeutique. Le patient doit accepter sa maladie afin de l'appréhender au mieux.

L'acceptation se définit comme une attitude vis-à-vis d'une situation que l'on décide d'assumer.

Le patient passera par différentes émotions : le choc, déni, révolte/colère, marchandage/stratégie, tristesse et enfin acceptation.

- **Le choc** : la personne va devoir verbaliser ce qu'il lui arrive
- **Le déni** : période plus ou moins intense où les émotions semblent éteintes. La personne va rester indifférente à tout ce qu'on lui dit. La personne sera complètement détachée. Il faut instaurer un climat de confiance afin d'arriver à lui faire comprendre qu'il y aura des modifications dans sa vie.

- **La révolte/la colère** : on observe une confrontation à la réalité. Il faut avoir alors une écoute empathique, reformuler et essayer de canaliser sa colère.
- **Le marchandage/stratégie** : phase de négociation envers sa maladie, ses traitements, établissement de fausses comparaisons. La personne doit se rendre compte elle-même de la nécessité de son traitement.
- **La tristesse** : durée variable en fonction des personnes. Nous avons conscience à ce moment-là que le retour à la vie d'avant est impossible. Toujours avoir une attitude d'écoute en valorisant les points positifs
- **L'acceptation** : processus de reconstruction, la personne commence à aller mieux, accepte les changements dans sa vie et l'entrée de traitements médicamenteux

E. Le bilan éducatif ciblé médicament

1. Les représentations mentales

Les représentations mentales correspondent à l'image qu'un individu se fait d'une situation. Elles varient en fonction de notre mémoire, l'éducation, l'expérience...

La représentation de la maladie désigne la connaissance antérieure ou l'idée que se fait un individu de tel ou tel point concernant sa santé ou son traitement. Il a pu le vivre antérieurement ou l'avoir vu vivre dans sa famille, à la télé, dans les journaux. De là le patient a tiré une représentation fixe de la maladie. Les gens se font alors une opinion sur la maladie et les médicaments alors que ce ne sont pas des professionnels de santé.

2. Perception du médicament par les patients

Souvent au comptoir différentes phrases vont revenir : « c'est cher, je ne veux pas de générique, ça marche pas, ce ne sont pas des vrais médicaments, pourquoi vous ne me donnez pas celui qui est noté sur l'ordonnance ». L'importance est alors là de creuser pour chercher plus loin, pourquoi raisonnent-ils comme cela ? Certains vont nous dire que les génériques ne fonctionnent pas comme les « autres médicaments », qu'ils sont toxiques... Certains patients vont dire qu'un médicament est efficace parce qu'ils se sentent mieux, d'autres parce qu'ils ressentent l'effet, parce qu'ils le voient ou encore car leur médecin leur

dit que c'est efficace. Certains sont curieux et vont lire la notice pour savoir exactement ce qu'ils prennent ? Mais n'y a-t-il pas plus anxiogène qu'une notice de médicament ? Notre rôle de pharmacien est là de savoir les rassurer tout en leur disant la vérité sur certains effets indésirables de médicaments.

3. Rôle de la communication non verbale et verbale

➤ La communication non-verbale :

Celle-ci consiste à faire passer des messages sans passer par l'acte de parole. Cela se reflète aussi bien via les expressions émotionnelles du visage (peur, joie, tristesse...), la voix, les mimiques, le style vestimentaire, coiffure, maquillage....

Savoir appréhender la gestuelle du patient ainsi que son comportement est important afin de faire passer des idées et messages.

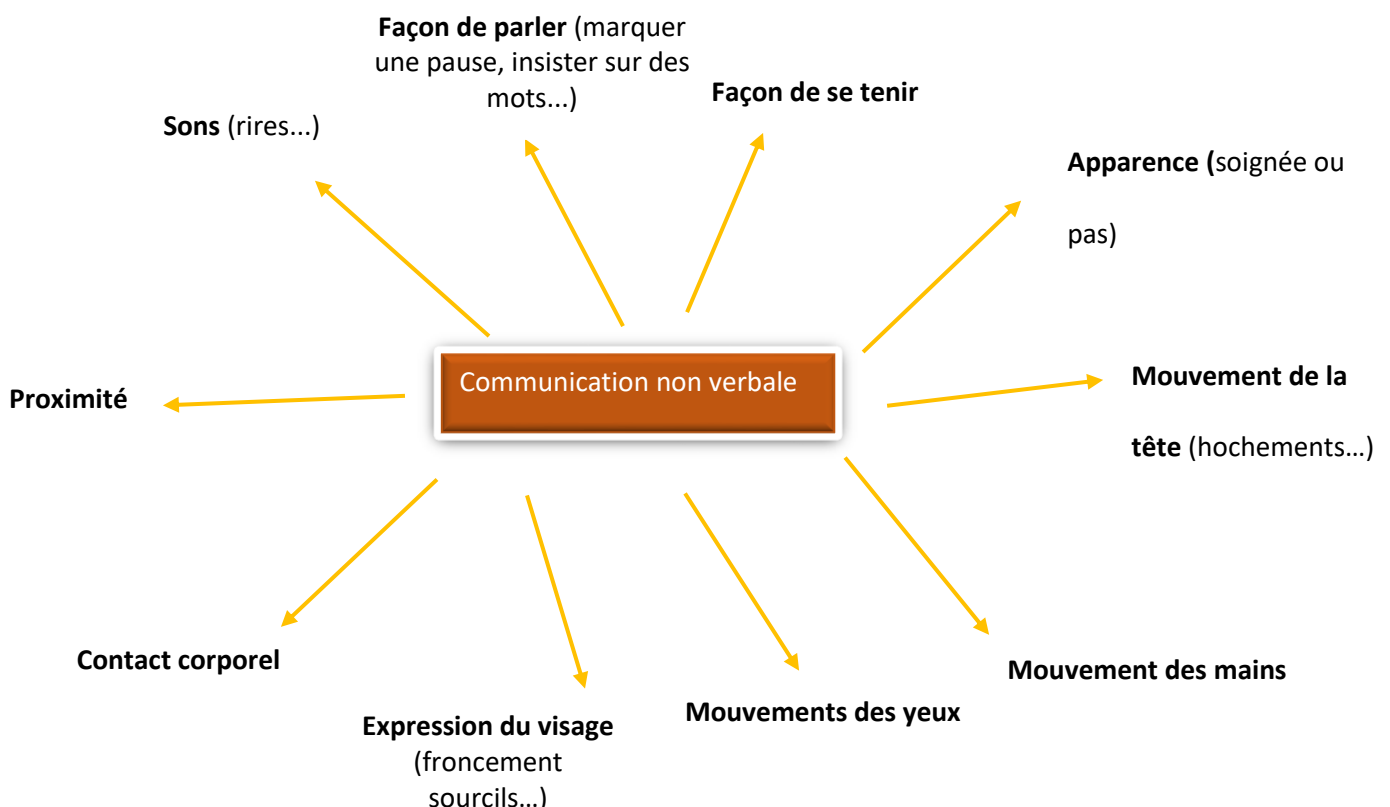


Figure 10 :
La communication non verbale

➤ **La communication verbale :**

On y retrouve le langage familier, courant ou soutenu. L'adaptation face au patient est primordiale afin que celui-ci emmagasine les informations sur ses médicaments et sa santé.



➤ **Huit éléments** sont essentiels pour une bonne communication :

Le contact visuel (doux et empathique++)

L'expression faciale ouverte et amicale

Le ton de la voix (chaleureux++)

Les expressions des mains et des gestes du corps (pour l'ouverture et l'accueil)

La disposition

Le débit de parole (lent et adapté au patient)

La brièveté et la concision du message

Les mots

Il faut donc réussir à bien comprendre l'autre, l'écouter et savoir maîtriser sa gestuelle et son espace.

4. L'importance de la posture éducative (45)

Elle reflète une posture d'écoute, d'empathie et d'accompagnement. Cela consiste tout simplement à endosser une identité professionnelle correctement élaborée et intégrée et de mettre de côté son identité personnelle.

5. L'écoute active (46)

Elle permet simplement une écoute sans jugement et repose sur 4 axes :

- Une attitude empathique afin de comprendre le point de vue du patient cela permet de créer un climat de confiance, de faciliter l'expression du patient, d'offrir une bonne écoute, de se projeter dans la réalité du patient.
- Les questions ouvertes : afin d'encourager le patient à s'exprimer et contribuer à un climat de confiance et d'acceptation.
- La reformulation : pour voir si nous avons bien compris ce que le patient exprime et également le confronter à ce qu'il vient de dire. Cela permet d'aller plus loin et de véritablement nous centrer sur la personne.
- Le renforcement positif : il faut lui donner confiance, l'encourager...

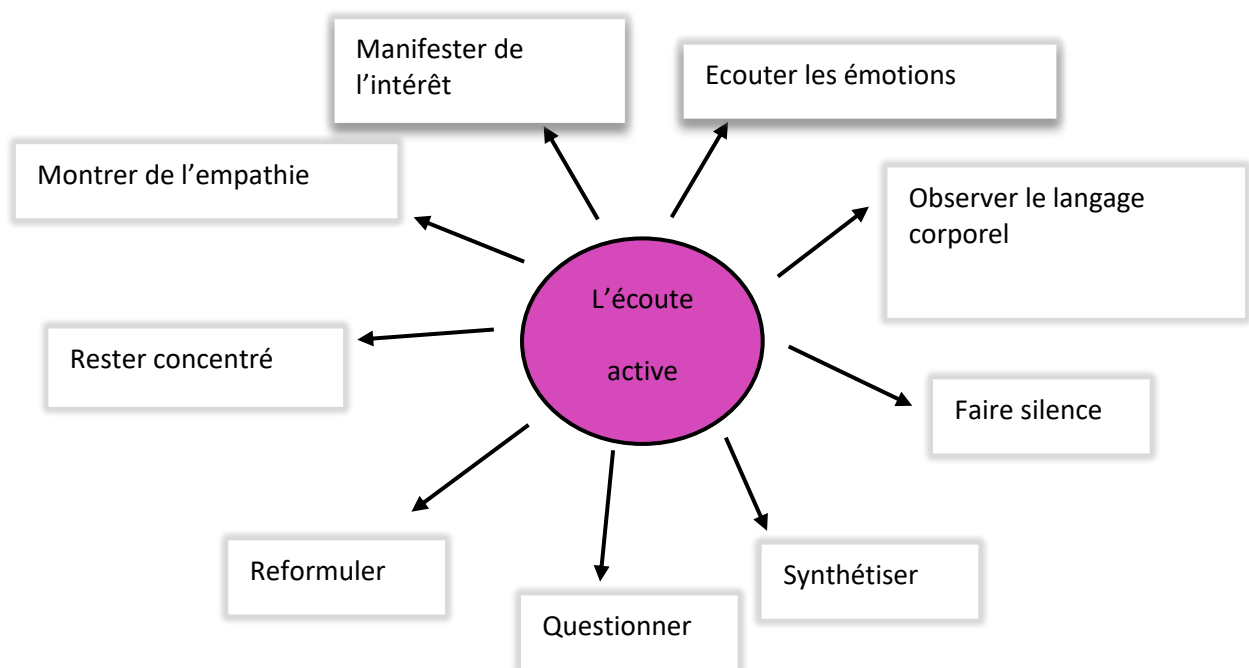


Figure 11 : *L'écoute active*

6. L'entretien motivationnel

Avant tout pour l'observance il faut savoir si le patient est prêt à changer, il faut savoir déceler à travers le discours certains mots :

- *Le désir* : « j'aimerais... »
- *La capacité* : « je sens que je vais y arriver »
- *Les raisons* : « fumer aggrave mon état par exemple »
- *Le besoin* : « il faut que j'arrête... »
- *L'engagement* : « je veux arrêter »
- *Les premiers pas*

Après tout cela le changement peut opérer, ce changement passera par différentes étapes : pré-réflexion, réflexion, préparation, action, suivi/maintien, rechute ou encore réussite

F. Le pharmacien et l'éducation thérapeutique ⁽⁴⁷⁾

➔ *Savoir quelles situations de non –adhésion va-t-on considérer ?*

➔ *A partir de quel écart observé va-t-on parler de non adhésion ou d'inobservance ?*

Le pharmacien sera là pour aider à l'apprentissage technique (gestes) aussi bien pour des pathologies comme l'asthme (via les dispositifs)

Nous devons lui montrer et le patient refait le geste car ce n'est pas parce que je vois faire que je sais faire. Le diabète également, les AVK (via la nourriture par exemple) sont des pathologies sur lesquelles nous avons un rôle à jouer.

Il faut savoir être là pour présenter quelques outils : piluliers (journaliers, hebdomadaires, électroniques en fonction du patient que l'on a en face et de son traitement), des accessoires (coupe-comprimés, dispositifs pour les collyres, dispositifs de transports pour les injectables, application smartphones, application pilules....)

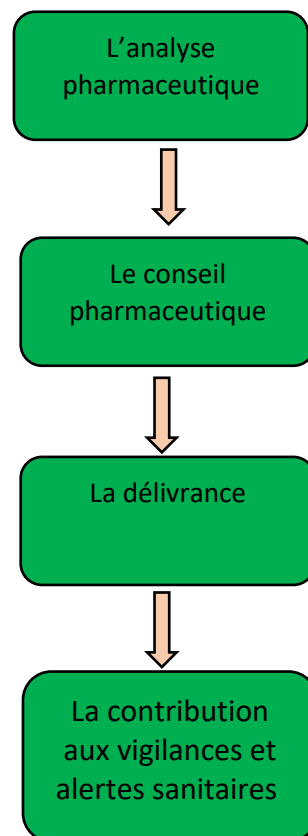
Si le patient arrive et nous dit : « je n'arrive pas à avaler un médicament » il faut voir si il existe sous une autre forme, le broyage est-il possible, avaler avec du jus d'orange, yaourt, liquide chaud....

Il faut savoir à chaque instant proposer un plan de prise, des brochures, les orienter vers des programmes d'ETP hôpital ou ville, des associations de patients.

L'agencement de l'officine est également important avec une pièce à part, confidentialité, relations patients/médecins/pharmaciens...

G. Les bonnes pratiques de dispensation (48)

Une bonne dispensation se pratique en **quatre étapes**.



- 1) ***L'analyse pharmaceutique*** : le pharmacien vérifie l'identification des contre-indications et des interactions médicamenteuses y compris pour une demande de médicament à prescription facultative. (utilisation du DP, questionnaire patient...)

- 2) **Le conseil pharmaceutique** : conseil renforcé pour les médicaments non soumis à prescription facultative. Le pharmacien doit intégrer le bon usage des médicaments et l'information sur les effets indésirables possibles, sans oublier une action d'éducation à la santé. C'est intéressant de proposer un plan de posologie.
- 3) **La délivrance** : il est intéressant de tracer la délivrance des médicaments à prescriptions facultatives dans l'historique du logiciel de dispensation.
- 4) **La contribution aux vigilances et alertes sanitaires** : cela permet de contribuer au dispositif de pharmacovigilance. Une procédure de traitements de retraits/rappels de lots des médicaments doit être disponible à l'officine.

H. Comment réaliser un programme d'éducation thérapeutique ?

1. Qui peut élaborer un programme d'éducation thérapeutique ? (49)

Les **sociétés savantes** et **organisations professionnelles médicales et paramédicales**, des groupes de professionnels de santé, les **associations de patients** ont le droit de prendre cette initiative.

Les conditions d'élaboration :

- Ce programme doit être rédigé par un groupe multidisciplinaire comprenant des usagers
- Etre réalisé selon une méthode explicite et transparente
- Etre scientifiquement fondé à partir des données disponibles
- Etre enrichi par les retours d'expériences des patients et de leurs proches
- Faire appel à différentes disciplines pour déterminer les finalités, les méthodes et l'évaluation de l'ETP
- Respecter les critères de qualité d'une ETP structurée

Comment définir un programme d'ETP ?

- les buts
- la population concernée : stade de la maladie, âge, existence de polypathologie
- compétences d'auto soins
- les contenus des séances d'ETP
- les adaptations du format selon les besoins de la population
- les professionnels de santé
- les modalités de coordination de tous les professionnels de santé
- la planification et l'organisation des offres d'ETP et des séances d'ETP
- les modalités d'évaluation individuelle des acquisitions et des changements

Au préalable il est nécessaire de se poser différentes questions afin d'élaborer un programme structuré d'ETP :

- De quelle maladie chronique s'agit-il ?
- Le public cible ? critères d'inclusions ?
- Description de cette population ?
- Lieu ?
- Par qui est constitué l'équipe de l'éducation thérapeutique ?
- Quel est le format proposé ?
- Le matériel nécessaire ?

Mais alors à quoi correspond concrètement une éducation thérapeutique de qualité ?

Celle-ci est **centrée** sur le patient, elle doit être scientifiquement fondée, faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge, concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux, être réalisée par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques

pédagogiques. Les professionnels de santé sont engagés dans un travail en équipe avec une coordination des actions. Elle doit se construire avec le patient et impliquer au mieux son entourage, respecter ses préférences et son style d'apprentissage. Etre définie en terme d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs : utilisation de techniques centrées sur le patient, séances collectives ou individuelles ou en alternance, fondée sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte. Il faut également inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

2. Les compétences pour dispenser de l'éducation thérapeutique aux patients d'après l'Inpes (50)

LES COMPÉTENCES TECHNIQUES	LES COMPÉTENCES RELATIONNELLES ET PEDAGOGIQUES	LES COMPÉTENCES ORGANISATIONNELLES
A1 – compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales Orienter les patients vers des sources fiables d'information - Évaluer le niveau de connaissance de la pathologie des patients et des proches. - Hiérarchiser les informations clés à transmettre au patient Tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux de la maladie et du traitement - Expliquer les risques d'incident et d'erreur dans le traitement à partir des représentations et connaissances du patient (<i>partir de ce que croit l'autre</i>) Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités - Identifier les caractéristiques socioculturelles qui ont des incidences sur le traitement d'un patient - Identifier la gamme des comportements de soins possibles et leurs conséquences probables	B1 – compétences liées à l'écoute et la compréhension Pratiquer l'écoute active et bienveillante - Écouter et reformuler les demandes des interlocuteurs pour s'assurer que l'on a bien compris - Ecouter et apprécier les difficultés vécues par des patients dans le cadre de l'ETP Pratiquer l'empathie - Reconnaître et accepter l'expression d'émotions et de ressentiments - Se mettre à la place du patient pour adapter ses compétences pédagogiques - Détecter les signes qui indiquent une évolution des attitudes et des représentations des patients - Adapter l'attitude et la posture au groupe d'expression ou de parole Comprendre les ressorts psychologiques des personnes - Aider les patients à prendre conscience de leurs représentations de la maladie et des traitements	C1 – compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation Se questionner et délimiter son rôle - Délimiter sa zone de compétence pour répondre ou orienter une demande vers d'autres interlocuteurs - Délimiter sa zone de compétence pour traiter ou orienter vers les personnes ressources - Discerner les situations particulières qui exigent de rechercher des moyens spécifiques de communication (interprète) - Repérer les moments opportuns dans l'évolution de la maladie pour relancer un patient (<i>par exemple éviter les moments de rechute ou de poussée</i>) Apprécier pour ajuster - Apprécier avec un patient l'opportunité d'ajuster la démarche en prenant en compte toutes les solutions, y compris d'interrompre la démarche ETP.

A2 – compétences liées aux techniques de gestion et d'information. Renseigner les outils de suivi et d'organisation • Identifier les informations clés à renseigner dans les dossiers des patients et les modalités de formulation • Utiliser un tableau de bord de suivi des activités d'une démarche ETP (programme, action, projet) • Rédiger les comptes rendus de manière claire, concise, précise • Retranscrire dans des notes écrites les éléments clés d'un entretien ou d'une réunion concernant un patient	B2 – compétences liées à l'échange et l'argumentation Echanger et informer • Expliquer les objectifs, bénéfices et modalités d'une démarche d'ETP • Expliquer les raisons des recommandations thérapeutiques. S'accorder et convenir de l'action à mener • Choisir avec le patient les objectifs d'une démarche ETP • Négocier des conditions de mise en œuvre ou d'ajustement d'une démarche d'ETP avec un patient • Conforter sa pratique de l'ETP avec celle d'autres professionnels • Restituer auprès de l'équipe les données principales d'un entretien avec un patient	C2 – compétences liées à l'organisation et la coordination Planifier les actions liées à l'ETP • Programmer avec le patient les séquences d'éducation thérapeutique dans l'emploi du temps Coordonner les acteurs • Analyser les temps et rythme de travail des professionnels concernés pour optimiser le planning Conduire un projet • Anticiper les risques de dérive d'un planning et prévoir des alternatives
A3 – Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils) Utiliser des techniques et des outils pédagogiques • Utiliser des "scènes" de la vie quotidienne comme opportunités d'apprentissage <i>(On part de ce qu'ils sont pour construire la manière la plus opportune pour eux de gérer)</i> Choisir et adapter les méthodes aux différents publics • Imaginer des situations pédagogiques ou des méthodes ludiques ou actives pour améliorer les acquisitions	B3 – Compétences liées à l'accompagnement Construire une relation de confiance • Montrer de la compréhension vis-à-vis des personnes • Organiser un cadre bienveillant qui facilite l'expression des personnes (et de leur entourage) • Encourager un patient à verbaliser des situations difficiles ou douloureuses • Entraîner les patients à renseigner et interpréter les données qui les concernent • Reconnaître, valoriser et renforcer les réussites et les progrès du patient Co-construire un projet • Conduire un questionnement qui	C3 – compétences liées au pilotage Évaluer / prioriser Évaluer des charges de travail et les ressources en fonction des actions prévues

	amène le patient à s'autoévaluer à développer sa connaissance de lui-même, de son rapport à la maladie, aux traitements, à certains comportements de santé... • Encourager un patient à reconnaître ses progrès. Construire une alliance thérapeutique • Identifier des modalités originales qui permettent l'expression des émotions • Mobiliser des ressources inhabituelles, originales ou atypiques pour aménager le plan d'action	
A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement Mesurer des enjeux • Analyser les facteurs de désocialisation de certains patients • Situer les rôles et les fonctions des différents acteurs du social Situer l'environnement lié à l'ETP • Identifier tous les acteurs et experts à mobiliser par rapport aux patients et leur situation • Donner les informations sur l'équipe ETP • Donner les informations sur les réseaux travaillant dans le cadre de la démarche ETP • Caractériser l'environnement familial et social du patient Réaliser une veille liée à l'ETP • Apprécier les apports et la valeur ajoutée d'une activité en fonction de la ou des pathologies	B4- Compétences liées à l'animation et la régulation • Amener le patient à construire un plan d'action pour concrétiser ses demandes Construire une alliance thérapeutique • Amener le patient à choisir des modalités d'intervention, en expérimentant des solutions adaptées à sa situation Favoriser l'interactivité • Formuler des consignes claires et explicites de fonctionnement en groupe Favoriser les apprentissages mutuels • Favoriser l'expression des expériences de chacun, des compétences développées, des astuces trouvées Optimiser la production au sein d'un groupe • Recadrer des dérives et réguler des discours qui véhiculent des messages contradictoires	

I. Création d'atelier d'éducation thérapeutique

(49) (51)

1. L'hétérogénéité de la population âgée

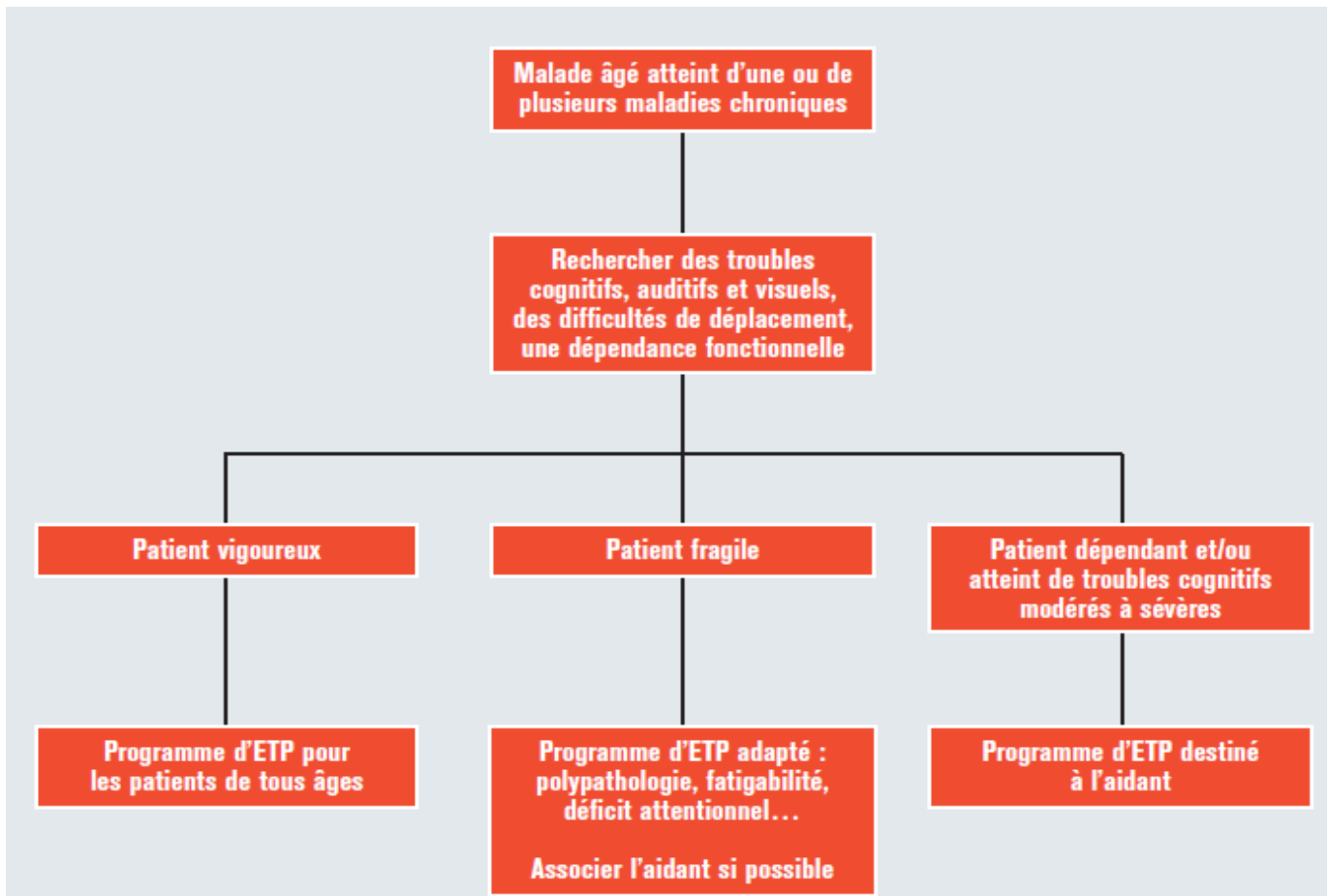


Figure 12 : Adapter le programme d'éducation thérapeutique à l'état de santé du patient

(51)

De nombreuses études montrent que la population âgée est caractérisée par une grande hétérogénéité.

On y trouve schématiquement trois groupes d'individus distincts : **les vigoureux**, **les fragiles** et **les dépendants**.

Les fragiles se caractérisent par une perte de réserves adaptatives, ils sont souvent incapables de s'adapter et ceux même à un stress minime. Il faut nécessairement adapter une démarche et savoir l'individualiser.

Contrairement **aux sujets âgés vigoureux** qui pourront se voir proposer la même approche éducative qu'un adulte jeune et la participation à des groupes adultes de tous âges. Pour les personnes fragiles, l'aidant principal devra obligatoirement être là, les petits groupes seront donc à privilégier et une démarche « pas à pas » devra être effectuée.

La maladie chronique est associée à un risque accru de décompensations, de complications, d'hospitalisation et de décès. Il faut savoir adapter les approches éducatives aux spécificités du malade âgé : troubles cognitifs, difficultés de mobilité, troubles neurosensoriels, polyopathie....

2. Imagination d'un atelier d'éducation thérapeutique

- **Les objectifs :**

Gérer la personne âgée dans son ensemble. Améliorer la relation traitements-personne âgée, gestion des effets indésirables. Cet atelier d'ETP doit prendre en compte leurs priorités du moment et leurs finalités (qualité de vie). Il faut bien avoir conscience que chaque patient a sa propre particularité.

- **Population concernée :**

Personne âgée > 65 ans, indépendante vis-à-vis de son traitement.

- **Contenu :**

Dans un premier temps : discussion générale

Puis utilisation de jeux de cartes et création de plans de posologie

Echange globale

- **Lieu : pièce confidentielle**

Une pièce que l'on peut fermer, une table, des chaises, des fiches conseils, des feuilles blanches, stylos, feutres, règles.

- **Format proposé :**

Entretien collectif ciblant une pathologie particulière d'une heure trente environ avec une pause de 15 minutes.

a) Présentation de cet atelier

Cet atelier, se limiterait à 6 personnes et regrouperait des patients ayant une pathologie commune. Il serait sur inscription et ciblerait différents critères.

- La pathologie : diabète, hypertension, Insuffisance cardiaque, asthme, BPCO ...
- Les patients : > 65 ans, conscients de la prise de traitements et de leurs maladies

b) Comment cibler les bons patients ?

Au préalable je définirai différents critères de patients. Au vu de ces critères l'équipe officinale en serait informée et lors de la délivrance des traitements proposerait aux patients cet atelier.

- **Le diabète** : Patient traité pour un diabète de type 2, avec une trithérapie et des insulines, tranche d'âge 65 – 75 ans, qui ne renouvellent pas souvent leurs lancettes et bandelettes ...
- **L'insuffisance cardiaque** : patient qui ne renouvelle qu'un mois sur deux leurs anticoagulants ...
- **L'Asthme et la BPCO** : au moins 3 dispositifs différents ...

Bien sûr il serait intéressant d'inclure des **patients « experts »** de leurs traitements et qui acceptent leurs maladie. Cela constituera une ressource intéressante pour ces ateliers.

Le **DP** (52) (dossier pharmaceutique) serait ici un dispositif important afin d'avoir l'historique médicamenteux des quatre derniers mois du patient.

c) Travail du pharmacien

Une fois que la date de l'atelier est actée et les inscriptions terminées, j'imprimerai les différents traitements de chaque patient et je les étudierai. J'analyserai les principaux effets indésirables ainsi que les possibles interactions médicamenteuses. Les ordonnances seraient en face de moi durant l'atelier.

d) Préface commune aux ateliers

Je commencerai ces ateliers en disant tout simplement : « avez-vous des questions ?
Souhaitez-vous que l'on aborde un point en particulier ? »

Cet atelier se découpera ensuite en **4 points** :

➤ **La maladie en général** : Savez-vous comment fonctionne cette maladie ?

Comment définirez-vous les particularités de la maladie (la chronicité, les poussées, symptomatologie particulière, vécu social difficile, ressenti personnel, régulation difficile de celle-ci...)

Savez-vous à quoi servent concrètement vos médicaments ?

De là nous pourrions commencer à aborder l'intérêt d'être observant et de les prendre de manière régulière.

Comment prenez-vous vos traitements ?

Différents points ressortiront de cette discussion. Cela permettra de repérer les difficultés ou erreurs de prises. La discussion serait alors orientée en fonction des réponses des patients.

➤ **Traitement et observance**

Lors de la prise des inscriptions, je demanderai au patient de remplir le **questionnaire de Gired**. Je les étudierai au préalable et je ferai un bilan lors de l'atelier.

▪ **Questionnaire de Girerd** (labellisé par l'assurance maladie) (53)

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?
- 2) Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ?
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous joue des tours ?
- 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
☐ Oui ☐ Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
☐ Oui ☐ Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
☐ Oui ☐ Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
☐ Oui ☐ Non
5. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
☐ Oui ☐ Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
☐ Oui ☐ Non

Figure 13 : Questionnaire de Girerd

→ **Résultats :**

Réponse : non à tout = très observant Oui à 1 ou 2 questions = non observant mineur Oui à 3 et plus = non observant majeur
--

De là se définira différents profils patients (54):

- **Le docile** : suit scrupuleusement son traitement
- **Le démissionnaire précoce** : arrête prématurément le traitement parce qu'il :
 - Se sent moins bien
 - Se sent mieux
 - Ne pense pas que c'est utile
- **L'intérimaire** :
 - Prend ses médicaments moins fréquemment que prescrits
 - Oublie son médicament
 - Sauter une prise parce que celle-ci ne l'arrange pas ou parce qu'il n'a plus de médicaments
- **L'intermittent** : consomme les médicaments de manière irrégulière, sans doute en lien avec la récurrence des symptômes. Le patient ignore les indications et les instructions de prises
- **Le joueur** : conscient du bénéfice du traitement mais tente quand même sa chance en arrêtant le médicament
- **Le distrait** : il a d'autres préoccupations et oublie les conseils de prises
- **Le rebelle** : il s'oppose à tout ce qui lui est proposé

➤ **Le ressenti des patients** vis-à-vis de leurs traitements ? Savez-vous pourquoi vous prenez ce médicament à ce moment-là précis ? Que faites-vous lors de l'oubli de votre traitement ? Nous aborderons également ici les raisons de l'oubli

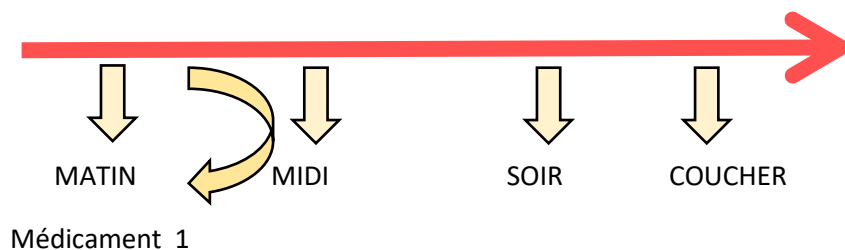
En effet les oublis peuvent être de différents styles :

- *Cognitif* → proposer alors une aide, pilulier, alarme...
- *Trop compliqué*
- *Il y en a beaucoup trop*

- *Crainte des effets indésirables* → attention aux notices qui sont anxiogènes
- *Génériques/princeps* → ce n'est pas le même médicament
- *Incompréhension de la maladie* → association de patient, entretiens pharmaceutiques, plaquette de la HAS, OMEDIT...
- *Education du pharmacien* avec sa posture verbale (mots, intonation...) et non verbale (débits, posture, gestes...)

- **Les réponses aux différentes interrogations** des patients : création d'un plan de posologie.

*Création d'un plan de posologie personnalisé avec le patient – Adaptation des horaires de prises en fonction de la pharmacocinétique et pharmacodynamie des médicaments ?
Pouvez-vous passer le médicament du midi au matin ou au soir ?*



Le patient inscrirai ses propres horaires de lever, coucher, sieste et viendrai à ce moment-là inclure ses médicaments.

Dans cette dernière partie nous parlerions aussi des **règles hygiéno-diététiques**, je les orienterai si nécessaire vers des cabinets de nutritionnistes, d'infirmières etc... Je préparerai au préalable une liste avec toutes les coordonnées de ces professionnels de santé et j'évoquerai également l'existence d'associations de malades.

- Lors de la fin de cet atelier, si des patients se manifestent avec des questions individuelles, je proposerai alors **un entretien personnalisé et individuel**.

e) Cas du diabète

Qu'est-ce que le diabète de type 2 ? Une insulino-résistance, taux de sucre dans le sang trop élevé.

Sur cette pathologie et le fait que les personnes soient âgées, quels sont les problèmes que les patients vont rencontrer ?

Concrètement au comptoir, les patients ne comprennent pas forcément l'intérêt de changer de lancettes ou de bandelettes à chaque mesure, de changer de zones d'injections de l'insuline. Certains patients vont également diminuer leurs prises de metformine par exemple à 1 par jour ou ne vont pas manger en prenant un sulfamide hypoglycémiant.. -> C'est ici que nous devons intervenir, certes à notre échelle, avec des paroles rassurantes.

Les médicaments principaux :

- Metformine : biguanide, effets indésirables -> acidose lactique, troubles digestifs
- Daonil (Glibenclamide), Diamicron (Gliclazide), Amarel (Glimepiride), Ozidia (Glipizide) : effets indésirables -> hypoglycémie
- Repaglinide (Novonorm..) : effets indésirables : hypoglycémie, prise de poids
- Sitagliptine (Januvia), Vildagliptine (Galvus), Saxagliptine (Onglyza) : effets indésirables : hypoglycémie
- Liraglutide (Victoza), Dulaglutide (Trulicity) : effets indésirables : nausées, vomissements, poids diminué

Je leur demanderai d'apporter avec eux leurs appareils de glycémie et de me faire une démonstration lorsqu'ils se piquent. Bien souvent, au comptoir les patients diabétiques ne renouvellent pas leurs bandelettes et lancettes ce qui montrent une mauvaise compréhension, et implication des patients dans le suivi de leurs traitements.

Remontrer concrètement l'utilisation d'un appareil à glycémie, avec les bandelettes, les lancettes, le stylo auto-piqueur, le lecteur et la DASRI serait très important. Leur rappeler qu'un appareil glycémique peut être changé tous les 4 ans également.

Le but de ces ateliers serait concrètement là, pour accompagner les patients dans leurs démarches thérapeutiques, les rassurer et améliorer l'observance des traitements. Ces ateliers collectifs permettraient un échange qui je le pense serait très instructif envers les patients, surtout vis-à-vis de leurs vécus et de la place qu'à la maladie dans leur vie quotidienne.

f) Suivi du patient

Cela se ferait directement au niveau du comptoir en lui délivrant ses médicaments. On pourrait imaginer une fiche de suivi à faire remplir aux patients à J+6 mois par exemple. Cette fiche de suivi pourrait se présenter comme un petit questionnaire oui/non :

- Comprenez-vous mieux votre pathologie ?
- Etes-vous plus observant ?
- Avez-vous ressenti des effets indésirables ? si oui, lesquels ?
- Sur une échelle de 1 à 10 vous arrive-t-il d'oublier encore vos traitements ?
- Sur une échelle de 1 à 10 diriez-vous que cet atelier vous a été bénéfique ?
- Autres remarques ?
- Quels seraient vos points d'amélioration sur cet atelier ?

g) Pistes pour améliorer la relation personne âgée et traitements

L'éducation thérapeutique que nous délivrons à l'officine serait d'après moi améliorée avec :

- Une structuration de l'ordonnance (médicament pour le système cardio-vasculaire, pour le système digestif....)
- Utilisation d'un plan de prise

- En délivrant les traitements de maladie chronique pour 2 à 3 mois (notamment en cas de départ à l'étranger...)
- En ayant le même nombre de comprimés dans les boîtes 28 ou 30
- En adaptant les boîtes de médicaments, faciliter les ouvertures
- En délivrant systématiquement le même laboratoire pour le médicament générique
- En augmentant le nombre de conditionnement pour 3 mois pour certaines pathologies

Mais également en sensibilisant les différents acteurs :

- Organiser des groupes de partages d'expérience
- Encourager médecins et pharmaciens à communiquer
- Réaliser un « bilan d'observance »
- Accompagner le patient lors de l'introduction de nouveaux traitements
- Réaliser des formations médecins et pharmaciens afin d'observer les différents points de vue et réfléchir à des solutions ensemble.

Tenir les différents professionnels de santé au courant est pour moi primordial. L'idéal serait que l'on se réunisse ou que l'on échange à propos des patients que l'on rencontre lors de cet atelier d'éducation thérapeutique. (Compte-rendu par messagerie sécurisée, téléphone ...)

En effet l'éducation thérapeutique assurée par les pharmaciens est selon différentes recherches l'une des opportunités d'améliorer le niveau d'observance sous réserve qu'elle soit pratiquée en collaboration avec les autres professionnels de santé.

Par ailleurs la venue prochaine du DMP (dossier médical partagé en officine) est très intéressante. En effet étant donné que tous les professionnels de santé pourront y ajouter des fichiers, résultats biologiques, comptes-rendus de consultations, nous allons pouvoir mieux cibler les questions et être sûr des réponses du patient quand celui-ci prendra des médicaments sans ordonnance.

➤ ***Conclusion partie 3 : Acteur de proximité, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer. Par l'imagination de cet atelier je garde réellement espoir de pouvoir à mon niveau réussir durant ma carrière professionnelle à aider les personnes âgées et à améliorer leur quotidien***

IV. CONCLUSION

A travers cette thèse nous avons pu voir **l'impact** que l'éducation thérapeutique peut avoir chez la personne âgée, mais aussi le **rôle indispensable** que nous avons à jouer dans la mise en place de ce processus.

Les personnes âgées font partie intégrante de notre métier de pharmacien d'officine. La plupart du temps polymédiqués, ce sont des patients sur lesquels nos compétences pharmacologiques, médicales et humaines doivent agir. Cette population est l'avenir de notre profession, cela peut paraître paradoxal en vue de leurs âges avancés. Leur faire comprendre leurs traitements, leur faire accepter leurs maladies est valorisant d'un point de vue professionnel et personnel.

La relation interdisciplinaire entre pharmaciens, médecins, kinésithérapeutes, infirmières est intéressante afin de suivre et de contenter le patient. Un patient âgé doit se sentir épaulé et surtout écouté. En tant que pharmacien d'officine nous sommes en contact direct avec lui lorsqu'il vient récupérer ses médicaments. Savoir reconnaître les mots sur lesquels nous devons insister, montrent souvent derrière un problème d'observance et cela est très intéressant. Un mot, une parole, un geste, une interrogation peut nous faire comprendre qu'un souci existe vis-à-vis de la compréhension et de la bonne prise du traitement médicamenteux. C'est là que nous devons agir par le biais de l'éducation thérapeutique.

C'est en travaillant main dans la main, en coopération étroite avec les autres professionnels de santé que nous allons pouvoir avancer et être encore plus fier de notre métier. Certes cela ne va pas du tout être évident à mettre en place, mais je garde espoir car pour toutes ces professions (médecins, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes...) le patient est au centre du parcours de soin. L'éducation thérapeutique est un réel atout et nous avons la chance de commencer à l'apprivoiser durant nos études de pharmacie.

Il serait intéressant dans l'avenir de notre profession, d'inclure ces ateliers d'éducation thérapeutique, cela permettrait d'augmenter la confiance des patients, d'améliorer leur relation avec la maladie et ne ferait que renforcer notre rôle d'acteur de proximité.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Cours d'infirmières [En ligne] Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/TFE-infirmier-pauline-penon.pdf> (page consultée le 20/08/18).
- (2) Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [en ligne] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/accueil> (page consultée le 01/09/18)
- (3) OMS [en ligne] Disponible sur : <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr> (page consultée le 15/08/18)
- (4) Bien vieillir [en ligne] Disponible sur <http://www.prioritesantemutualiste.fr/psm/bien-vieillir/55718/qu-est-ce-qu-une-personne-agee>
- (5) Le vieillissement normal aspect biologique, fonctionnel et relationnel [en ligne] Disponible sur : http://www.medecine.upstlse.fr/dcem3/module05/54_poly_vieillissement_1.pdf (page consultée le 26/06/2018)
- (6) Le vieillissement physiologique - Anne Sophie Rigaud, Hôpital Broca [en ligne] Disponible sur : <http://gerontoprevention.free.fr/articles/cours2.pdf> (page consultée le 26/06/2018)
- (7) OMS [en ligne] Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (page consultée le 26/06/2018)
- (8) INSEE [en ligne] Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743> (page consultée le 03/07/2018)
- (9) Cours de Physiologie du Professeur Quignard. (cours consultée le 23/08/2018)
- (10) Le vieillissement physiologique [en ligne] Disponible sur : <http://papidoc.chiccm.fr/580vieilliphysio.html> (page consultée le 23/08/2018)
- (11) Le vieillissement cellulaire, le vieillissement des organes et fonctions Philippe Caillet [en ligne] Disponible sur : https://www.infirmiers.com/pdf/cours-en-vrac/vieillissement_cellulaire_des_organes_fonctions.pdf (page consultée le 23/08/2018)
- (12) La santé des séniors [en ligne] Disponible sur : <http://www.maisons-de-retraite.fr/La-sante-des-seniors> (page consultée le 4/07/2018)
- (13) ARS [en ligne] Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/SRP_annexe_autonomiePA_PRS_poitou_charentes.pdf (page consultée le 15/10/2018)

- (14) HAS - Consommation des médicaments chez la personne âgée [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf (page consultée le 15/10/2018)
- (15) Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées Gériatrie et société [en ligne] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-geriatrie-et-societe1-2002-4-page-13.htm> (page consultée le 15/10/2018)
- (16) Laurence Auvrey et Catherine Sermet [en ligne] Disponible sur : <http://surmedicalisation.fr/blog/WordPress3/wp-content/uploads/2014/06/CONSOMMATIONS-ET-PRESCRIPTIONS-PHARMACEUTIQUES-CHEZ-LES-PERSONNES-AGEES.pdf> (page consultée le 16/10/2018)
- (17) Les personnes âgées en France et la consommation de médicaments [en ligne] Disponible sur : https://www.leem.org/sites/default/files/import/presse/dossiers/49_55.pdf (page consultée le 16/10/2018)
- (18) TEVA-Enquête PAQUID [en ligne] Disponible sur : <https://www.teva-sante.fr/teva/observance-iatrogenie/>. (page consultée le 16/10/2018)
- (19) Etats des connaissances sur les personnes âgées [en ligne] Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/2335357/état-des-connaissances-sur-l> (page consultée le 15/10/2018).
- (20) Docteur Karin Martin-Latry. Cours Education thérapeutique 4^{ème} année. (cours consultés le 3/09/2018)
- (21) Cours Education thérapeutique 5^{ème} année du Docteur Karin Martin-Latry (cours consultés le 03/09/2018)
- (22) Les 10 raisons principales pour lesquelles les aînés ne prennent pas leurs médicaments [en ligne] Disponible sur : <https://medipense.com/fr/les-10-raisons-principales-pour-lesquelles-les-aines-ne-prennent-pas-leurs-medicaments/> (page consultée le 04/09/2018)
- (23) HAS Administration en gériatrie [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/guide/SITE/documents/Guide/METTRE_EN_OEUVRE_FICHE3.pdf. (page consultée le 04/09/2018)
- (24) Chapitre 13 - médicaments personne âgée [en ligne] Disponible sur : http://udsmed.u-strasbg.fr/pharmaco/pdf/DCEM1_Pharmacologie_chapitre_13_Medicaments_chez_la_personne_agee_septembre_2005.pdf (page consultée le 10/08/2018)
- (25) Elsevier Masson- Pharmacocinétique chez la personne âgée. <https://www.em-consulte.com/rmr/article/144657> (page consultée le 05/09/2018)
- (26) Docteur Stéphanie Mosnier-Thoumas. Cours sur la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée - 4^{ème} année Pharmacie. (cours consultés le 15/09/2018)
- (27) M-L Laroche et al. La revue de médecine interne n°30 2009. (document consulté le 04/09/2018)

- (28) TEVA. Recommandations pour améliorer l'observance chez les personnes âgées. (document consulté le 15/10/2018)
- (29) PAERPA, Sécurité sociale Projet [en ligne] Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf (page consultée le 20/09/2018).
- (30) HAS [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_chutes.pdf (page consultée le 15/10/2018)
- (31) PAERPA [en ligne] Disponible sur : <http://www.anap.fr/les-projets/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-sur-les-territoires/detail/actualites/personnes-agees-en-risque-de-perte-dautonomie-paerpa/> (page consultée le 16/10/2018)
- (32) Ministère des solidarités et de la santé [en ligne] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa> (page consultée le 16/10/2018)
- (33) 2013 HAS Juillet. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf (page consultée le 16/10/2018)
- (34) Sylvie Legrain Programme OMAGE [en ligne] Disponible sur : <https://sfgg.org/media/2009/11/diaporama-sylvie-legrain.pdf> (page consultée le 31/08/2018)
- (35) S.Legrain, D.Bonnet-Zampon, P.Saint-Gaudens. Education thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche - Sante éducation - Juillet-Août 2014. (document consulté le 04/09/2018)
- (36) Rennes, Pr Dominique Somme - CHU. Education thérapeutique Patient âgée. (document consulté le 3/10/2018)
- (37) Un défi à relever [en ligne] Disponible sur : <http://www.soc-nephrologie.org/PDF/epart/industries/gambro/2010/06-bonnet.pdf>. (page consultée le 15/10/2018)
- (38) L'éducation thérapeutique c'est quoi ? [en ligne] Disponible sur : <https://www.actions-traitements.org/accompagnement/etp-actions-traitements/> (page consultée le 16/10/2018)
- (39) OMS [en ligne] Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf (page consultée le 15/10/2018)
- (40) HAS [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_definition_finalites_recommandations_juin_2007.pdf (page consultée le 15/10/2018)
- (41) Les étapes de l'éducation thérapeutique [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd.pdf (page consultée le 15/10/2018)

- (42) Blog sur l'éducation thérapeutique [en ligne] Disponible sur : <http://education-therapeutique.over-blog.net/article-les-4-etapes-de-l-education-therapeutique-62105256.html>. (page consultée le 20/10/2018)
- (43) Le rôle du Pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient - Part of the pharmacist in Therapeutic Education of Patient - Vanida Brunie Julie Rouprêt-Serzec, André Rieutord [en ligne] Disponible sur : <http://ipcem.org/img/articles/10-JPC-Le-roA-EC-le-du-pharmacien-dans-l-ETP.pdf> (page consultée le 25/10/2018)
- (44) Education thérapeutique du patient - rôle du pharmacien - Cespharm Fabienne Blanchet [en ligne] Disponible sur : www.cespharm.fr/fr/.../education-therapeutique-du-patient-role-du-pharmacien.pdf (page consultée le 25/10/2018)
- (45) Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? [en ligne] Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1151.pdf> (page consultée le 26/10/2018)
- (46) Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi (page consultée le 26/10/2018)
- (47) L'éducation thérapeutique [en ligne] Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/L-education-therapeutique> (page consultée le 25/10/2018)
- (48) Giropharm. Bonne pratique de dispensation - Decembre 2016. (page consultée le 25/10/2018)
- (49) HAS [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf. (page consultée le 04/10/2018)
- (50) INPES [en ligne] Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf> (page consultée le 15/10/2018)
- (51) 2018, La revue du praticien -Juin. Education thérapeutique du sujet âgé (document consultée le 10/10/2018)
- (52) Le Dossier Pharmaceutique [en ligne] Disponible sur : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP> (page consultée le 12/11/18) 52)
- (53) Girerd- Questionnaire de l'évaluation de l'observance [en ligne] Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5396/document/questionnaire-evaluation-observance_assurance-maladie.pdf (page consultée le 03/01/19)
- (54) Jacques Buxeraud – Formation OCP De l'adhésion du patient à l'observance effective

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 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, de respecter le secret professionnel.

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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

Titre : Pourquoi et comment parler d'éducation thérapeutique chez la personne âgée : rôle du pharmacien d'officine

Résumé : Les personnes âgées, le plus souvent polymédiquées avec une maladie chronique sont des patients sur lesquels nous avons un rôle à jouer, afin d'améliorer la relation qu'ils entretiennent avec leurs traitements médicamenteux. Le métier de pharmacien d'officine est un métier polyvalent avec ses nouvelles missions, ce qui permet une évolution constante et bénéfique de la profession. L'éducation thérapeutique en fait partie. Mais à quoi correspond-t-elle concrètement ? Accepter sa maladie et réussir à vivre avec, sont deux points que l'éducation thérapeutique peut aider à améliorer. Comment réagir au comptoir aux possibles difficultés que les personnes âgées peuvent ressentir vis-à-vis de la maladie, mais aussi lors de la prise de leurs traitements ? Par quels biais pouvons-nous, à notre échelle, améliorer l'observance médicamenteuse ? Des programmes spécifiques, qui ont faits leurs preuves existent et démontrent l'impact que l'éducation thérapeutique dans notre société peut avoir, mais aussi l'importance des relations pluridisciplinaires (pharmaciens, médecins, infirmier(e)s...). Le fait que l'on soit considéré comme acteur de proximité est un avantage. J'ai donc réfléchi à la mise en place d'un atelier d'éducation thérapeutique, ciblant des pathologies précises. Effectivement, au préalable une formation solide serait indispensable pour le pharmacien d'officine. Ce travail a pour but de démontrer l'impact que les nouvelles missions peuvent avoir sur les personnes âgées.

Mots clés : Education thérapeutique, personne âgée, pharmacien, proximité, atelier, mission, traitement, patient

Title: Why and how talk about therapeutic education in the elderly person : role of the pharmacist

Abstract: We have a role to play towards the elderly people, quite often taking several medicines for a chronic disease, in order to improve their relation with drug treatments. The function of a dispensing chemist is multi-purpose with new missions, which permit a constant and beneficial evolution of the profession. Therapeutic education is part of it. But what does that mean concretely ? To accept one's disease and live with it are two points that therapeutic education can help improve. How to react, from behind the desk, at the possible difficulties the elderly people can feel towards their disease, and also at the taking of their treatment ? How can we, at our level, improve the regular observance of the treatment? Specific programs, which have demonstrated their efficiency, exist and show the impact that therapeutic education can have in our society, and also the importance of multidisciplinary relations (chemists, practitioners, nurses...). The fact that we are considered as actors of proximity is an advantage. I considered, therefore, the setting up of a workshop on therapeutic education, targeting precise pathologies. However, as a preliminary, a thorough formation would be essential for the dispensing chemist. The purpose of this work is to assess the impact which the new missions can have on the elderly people.

Keywords : Therapeutic education, elderly people, pharmacist, proximity, workshop, mission, treatment, patient

Discipline : Sciences pharmaceutiques

UFR des Sciences Pharmaceutiques

Collège Sciences de la santé

146, rue Léo Saignat

33076 Bordeaux Cedex