



HAL
open science

Le patient âgé et ses médicaments au domicile : état des lieux de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux

Célia Liquet-Weiland

► To cite this version:

Célia Liquet-Weiland. Le patient âgé et ses médicaments au domicile : état des lieux de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02894059

HAL Id: dumas-02894059

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894059v1>

Submitted on 8 Jul 2020

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.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020

Thèse n°46

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par LIQUET-WEILAND, Célia

Née le 22 mars 1994 à Bruges (33)

Le 7 avril 2020

Le patient âgé et ses médicaments au domicile : état des lieux de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique par l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité de Bordeaux

Sous la direction de : Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS

Membres du jury :

AULOIS-GRIOT Marine

Président

MOSNIER-THOUMAS Stéphanie

Directeur

VIDEAU Marie-Neige

Juge

COUTAUCHAUD Marina

Juge

Titre : Le patient âgé et ses médicaments au domicile: évaluation de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique par l'équipe mobile de gériatrie

Résumé :

Avec la croissance démographique attendue, l'amélioration de la prise en charge de nos aînés est une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Des dispositifs sont mis en place par les autorités sanitaires tel que le projet national *Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie* qui vise à préserver l'autonomie des séniors. Dans ce contexte, l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de Bordeaux se rend au domicile des aînés, à la demande des généralistes, afin de réaliser une évaluation gériatrique standardisée des patients présentant des problèmes gériatriques et/ou sociaux. Les objectifs sont de développer un travail pluridisciplinaire, améliorer le parcours de soins des personnes âgées et lutter contre la iatrogénie. Les objectifs de notre étude était, dans un premier temps de réaliser un état des lieux, à domicile, de la connaissance du traitement par les patients et de leur adhésion thérapeutique et, dans un deuxième temps d'évaluer l'impact de certains facteurs sur ces deux données. Notre étude a été réalisée en 2018 sur tous les patients pris en charge par l'EMG, à l'aide d'un questionnaire. Parmi les 167 patients, nous avons estimé qu'1/3 d'entre eux connaît son traitement de manière satisfaisante. L'utilisation d'un pilulier, l'intervention d'un IDE au domicile et le nombre élevé de médicaments influent négativement sur les connaissances des patients tandis qu'elles se révèlent améliorées par l'absence de troubles cognitifs ou la préservation de leur autonomie sur la gestion de leurs médicaments. Concernant l'évaluation de l'adhésion thérapeutique, seulement 37% semblent bien adhérer à leur prise en charge. L'autonomie des patients sur la gestion de leurs médicaments ainsi que l'absence de trouble cognitif améliorent l'adhésion tandis que le fait d'être une femme et d'avoir une polymédication importante altèrent ce paramètre. Enfin, selon notre étude, une bonne connaissance des traitements n'est pas corrélée à une bonne adhésion thérapeutique.

Mots clés : Adhésion thérapeutique, connaissance, séniors, iatrogénie

Title: The old patient and home drug-taking: assessment of knowledge and therapeutic adherence by the mobile geriatric team

Abstract

With the expected population growth, improving the care of our seniors is a major public concern. Devices are set up by the health authorities, such as the national project *Elderly People at risk for loss of autonomy*, which aims to preserve the autonomy of people over 75. In this perspective, the multi-professional geriatric assessment unit in Bordeaux, established in 2015, visits seniors at home, at the request of general practitioners, in order to perform standardised geriatric assessment on patients with geriatric and/or social problems. The goals are to develop a multidisciplinary work, to facilitate ageing at home, to avoid emergency hospital admissions, to improve the elders' care, and to fight against iatrogeny. The aim of our study is firstly to make a thorough report about the patients' drug knowledge and therapeutic adherence while visiting them at home and secondly, to assess the impact of definite factors on these two data. Our study was conducted over the year 2018 on all the patients treated by the EMG, using a questionnaire. Among the 167 patients assessed, we have estimated that one third of them know their treatment satisfactorily. The use of a pill organizer, the intervention of a nurse at home, and the high number of drugs have a negative influence on the patients' drug knowledge, whereas it is improved by the lack of cognitive deficits or the preservation of independence for the supply and preparation of their drugs. As for the assessment of therapeutic adherence, only 37% seem to adhere well to their drug medication. The patients' autonomy for the supply and the preparation of their drugs along with the lack of cognitive deficits improve drug adherence, whereas being a woman and polydrug use alter this parameter. Finally, according to our study, a good knowledge of the treatment is not correlated to a good therapeutic adherence.

Keywords : Adherence, knowledge, elderly people, iatrogeny

Remerciements

Aux membres du jury

A Madame le Professeur Marine AULOIS-GRIOT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez dispensé tout au long de ma scolarité ainsi que votre disponibilité et votre écoute lors de mes choix professionnels. Veuillez trouver toute ma reconnaissance et mon plus grand respect.

Au Docteur Marina COUTAUCHAUD,

Vous avez accepté de juger mon travail avec votre regard de gériatre. Soyez assurée de mon profond respect.

Au Docteur Marie-Neige VIDEAU,

Vous m'avez suivie tout au long de mon stage, je vous remercie d'avoir pris le temps de me transmettre votre savoir et de m'avoir permis de vous accompagner sur le terrain. Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assurée de mon plus grand respect et de ma reconnaissance.

Au Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter d'être ma directrice de thèse, et je t'en suis très reconnaissante. Merci de m'avoir encadrée tout le long de mon stage hospitalier, merci pour tous tes conseils précieux, ta gentillesse, ta disponibilité et ta rigueur, et tout cela accompagné d'une bonne humeur légendaire. Sois assurée de ma profonde admiration.

A mon équipe officinale,

Au Docteur Pierre Darrieussecq,

Je vous remercie de m'avoir permis de rejoindre votre équipe, ainsi que d'écrire ma thèse, tout en travaillant à vos côtés. Merci pour votre gentillesse, votre patience face à toutes mes péripéties d'écriture et votre disponibilité. C'est un plaisir d'exercer l'art de la pharmacie avec vous.

A ma préparatrice préférée Émeline DARMENDRAIL DA SILVA

Je te remercie pour ta bonne humeur et ton énergie débordante quotidienne. Merci pour ton soutien tout le long de l'écriture de cette thèse, ainsi que tes nombreux conseils lors de mon arrivée. Tu es le petit rayon de soleil de la pharmacie, ne change rien surtout.

A ma famille,

A mes parents,

Je vous remercie pour tout l'amour que vous me portez au quotidien, ainsi que votre soutien sans relâche tout au long de mes études. Cela n'a pas toujours été un long fleuve tranquille, mais vous m'avez écoutée et soutenue dans toutes les décisions que j'ai prises afin que je puisse m'épanouir. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, donc un grand merci!

A ma maman, merci pour ta tendresse, tes capacités d'écoute, et la transmission de ta rigueur.

A mon papa, merci de m'avoir transmis ce goût d'aimer la vie simplement, et ton talent oratoire.

A mes frères et sœurs,

A Olivia, merci de m'avoir chouchoutée pendant toutes ces années, pour ton amour inconditionnel et pour m'avoir toujours soutenue dans tous mes choix.

A Marina, merci d'avoir suivi les hauts et les bas de ces années d'étude, de m'avoir gâtée de tes fabuleux cupcakes quand le moral n'était pas au rendez-vous.

A Ben, un merci tout particulier à toi, pour m'avoir grandement aidée dans les statistiques de ma thèse, merci pour toutes ces soirées « bières-toast » où tu as pris le temps de m'expliquer tout ton art, tu as encore suscité ma plus grande admiration... Et également merci de m'avoir amenée partout, même au bout du monde, depuis mon plus jeune âge.

Je vous en suis tous très reconnaissante, et si fière de vous avoir pour fratrie.

A mes tantes, et oncles,

Merci à Parrain, et à Tatie Annie, pour m'avoir tant gâtée, et pour avoir pris soin de moi comme une princesse lors du passage de mes concours.

Merci à Tatie Maïté pour ta bienveillance, ta douceur et ton écoute toujours très active. Et un merci particulier également pour m'avoir gentiment prêtée ta Wifi pendant l'écriture de ma thèse, lorsque la mienne faisait des siennes.

A mes cousins, cousines

A Laurence, à Philippe & Isa, à Kinou, à Clairon, à Maiana et à Mathou, merci pour votre soutien et votre bonne humeur communicative.

A mes ami(e)s,

A ma coloc,

A ma Faf, ma plus vieille amie, merci pour ces années extraordinaires de colocation et ces 15 ans d'amitié, merci d'avoir toujours été là à n'importe quel moment, merci toutes pour ces rigolades et toutes ces confidences. Tu as rendu ces années à Bordeaux inoubliables et je suis si fière aujourd'hui de pouvoir te compter dans mes plus fidèles amies.

A mes Zezettes d'amour (Blankette, Borat, Gorky, Lili, Mathou, Pops)

Merci mille fois d'être à mes côtés au quotidien, la vie avec vous est vraiment bien plus chouette. Merci de m'avoir soutenue dans mes moments de doute, et ainsi que dans ceux de grand bonheur. Merci à toutes vos petites maladies qui m'ont permis d'améliorer de jour en jour mes conseils pharmaceutiques aha. Merci pour tous ces voyages, ces week-ends, ces soirées, ces journées de chill intense, vous avez été mon bol d'air frais durant toutes ces années, et je vous en serai éternellement reconnaissante. Merci pour votre amour sans limite, je ne vous échangerai pour rien au monde. Que cela dure encore et toujours.

A mes Nañeuses,

A ma Clemy, le petit grain de folie de ma vie. Merci pour tout l'amour que tu m'apportes depuis des années. Merci pour toutes ces sorties sportives ou ces balades au bord de mer, merci pour toutes ces journées passées à rire à se faire pipi à la culotte (comme tu dirais si bien), merci pour ton sourire constant, et tout simplement merci d'avoir été là hier, d'être là aujourd'hui et demain. Ma reus pour toujours.

A mon petit Ximinoa, merci d'avoir été la meilleure voisine possible durant mes deux premières années, merci pour nos petits repas, nos séances bonbons/rendez-vous en terres inconnues, et tous ces fous rires ; tu as été l'arc en ciel de cette période un peu sombre. Merci pour ta bonne humeur contagieuse, ta folie, et ton amour discret mais si protecteur. Je t'attends toujours comme binôme pour Pékin Express.

A mes copains de toujours (Baratch, François, Lélé, Paulo, Tuteur)

Merci de m'avoir changée les idées un grand nombre de fois, de m'avoir fait tant rire, de m'avoir embarquée dans vos embuscades diaboliques et surtout merci d'avoir toujours été là quand j'avais besoin de vous.

A mon petit crew de Pharma (Emma, Jacques, Lutxo, Pierrut)

Merci pour ces journées BU improvisées, pour ces raclettes endiablées, ces petits week-ends ski, et ces nombreuses sorties dans les rues de Bordeaux, vous avez rendu ces années d'études bien plus fun, et jamais je n'aurais rêvé une meilleure équipe.

A mes Zouz (Camille, Charlotte, Claire, Coralia, Jade, Jeanne, Julie, Louise, Margot, Mathilde B, Mathilde P, Nora)

Merci pour ces supers souvenirs que vous m'avez laissés, merci pour ces petits voyages, ces apéros cours Alsace Lorraine, ces TP parfois un peu catastrophiques, ces journées de boulot revisités, ces grandes journées canapés. Ces années d'étude n'auraient pas été les mêmes sans vous et je suis vraiment contente de pouvoir vous compter dans ma vie désormais.

A Marin, Pierre N, Adrien Jean

Merci d'avoir toujours su nous distraire après les cours, vous êtes les meilleurs taverniers de l'Université.

A Ana, et Suku

Merci pour vos fidèles amitiés qui traversent les années, sans aucune faille. Votre gentillesse et votre humanité me sont si chères. C'est un plaisir de pouvoir s'épanouir à vos côtés.

A Viki,

Merci pour ces longues années d'amitié et de rigolade, et merci pour ta bonne humeur et ta joie de vivre perpétuelle.

A Maureen, a Joana

Merci d'être toujours là depuis le lycée, pour votre soutien et vos amitiés sincères.

A Mymy

Merci pour ta bonne humeur et tes grains de folie.

A Cochette,

Merci pour ta gentillesse, ton humour, et merci pour tous les voyages et les surfs réalisés en ta compagnie, merci tout simplement d'être mon deuxième frère.

A toute la troupe des médecins fous (Dalla, Diego, Imanol, Pitou, la Pedr, la Puch, Vivo, Xabi)

Merci de m'avoir trainée partout dans vos soirées les plus folles, et de m'avoir fait tant rire.

A mes copains de Garazi (Dudu, Pablo, Lolo, Petxe, Pixta)

Merci pour votre éternelle bonne humeur, et votre humour inégalable.

A la triloc de choc (Floflo, Lolo, Théo)

Merci de m'avoir accueillie dans votre antre pour que je puisse travailler au calme, de me nourrir telle une princesse, et de me divertir tous les week-ends.

Sommaire

Liste des Abréviations	8
Index des Figures	9
Index des Tableaux	11
Index des Annexes	11
Résumé	12
Abstract	14
INTRODUCTION	16
I. Généralités	16
II. Contexte et intérêt de notre étude	17
III. La connaissance	18
IV. Adhésion thérapeutique ou observance	20
V. Objectifs de l'étude	26
MATERIEL & METHODES	27
I. Type d'étude	27
II. Population de l'étude	27
III. Questionnaire et analyse des données	27
IV. Analyse statistique	28
RESULTATS	29
I. Données sociodémographiques des patients	29
II. Données sur la gestion du traitement	32
III. Données sur la connaissance	33
IV. Données sur l'adhésion thérapeutique	48
V. Relation entre connaissance /autonomie dans la gestion/adhésion thérapeutique	54
DISCUSSION	57
I. Forces de notre étude	57
II. Limites de notre étude	58
III. Comparaisons avec la littérature	60
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
SERMENT DE GALIEN	84

Liste des Abréviations

ADL : Activities of Daily Living : activités de la vie quotidienne
AM : Assurance Maladie
AOD : Anticoagulants Oraux Directs
ARS : Agence Régional de la Santé
AVK : Anticoagulants Anti Vitamine K
BPM : Bilan de Médication Partagé
DRESS : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée
EMG : Équipe mobile de Gériatrie
EP : Entretien Pharmaceutiques
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hyper Tension Artérielle
IADL : Instrumental Activities of Daily Living: activités instrumentales de la vie quotidienne
IDE : Infirmier Diplômé d'État
INR : International Normalized Ratio
INSEE : Institut National des Études Économiques
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de Santé
MMSE : Mini Mental State Evaluation
OBS: Observance
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la Communication
PDA : Préparation des Doses à Administrer
PAERPA : La Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie
RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
UNCAM : L'Union nationale des caisses d'assurance maladie

Index des Figures

Figure 1 : Répartition des Sexes

Figure 2 : Répartition des patients selon leur mode de vie

Figure 3 : Présence d'IDE dans notre échantillon

Figure 4 : Score ADL dans l'échantillon

Figure 5 : Score IADL dans notre échantillon

Figure 6 : Répartition des patients en fonction de leur automédication

Figure 7 : Présence ou non d'un pilulier pour la gestion des médicaments

Figure 8 : Lien entre la présence du pilulier et la connaissance du nom des médicaments

Figure 9 : Lien entre la présence du pilulier et la connaissance de l'indication des médicaments

Figure 10 : Lien entre la présence du pilulier et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Figure 11 : Lien entre le sexe et la connaissance du nom des médicaments

Figure 12 : Lien entre le sexe et la connaissance de l'indication des médicaments

Figure 13 : Lien entre le sexe et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Figure 14 : Lien entre l'accompagnement et la connaissance du nom des médicaments

Figure 15 : Lien entre l'accompagnement et la connaissance de l'indication des médicaments

Figure 16 : Lien entre l'accompagnement et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Figure 17 : Lien entre la présence d'une IDE et la connaissance du nom des médicaments

Figure 18 : Lien entre la présence d'une IDE et la connaissance de l'indication des médicaments

Figure 19 : Lien entre la présence d'une IDE et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Figure 20 : Lien entre l'approvisionnement à la pharmacie et la connaissance du nom des médicaments.

Figure 21 : Lien entre l'approvisionnement à la pharmacie et la connaissance de l'indication des médicaments.

Figure 22 : Lien entre l'approvisionnement à la pharmacie et la connaissance des modalités de prise des médicaments.

Figure 23 : Lien entre la préparation des médicaments et la connaissance des noms des médicaments

Figure 24 : Lien entre la préparation des médicaments et la connaissance de l'indication des médicaments

Figure 25 : Lien entre la préparation des médicaments et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Figure 26 : Lien entre le MMS et la connaissance du nom des médicaments

Figure 27 : Lien entre le MMS et la connaissance de l'indication des médicaments.

Figure 28 : Lien entre le MMS et la connaissance des modalités de prises des médicaments.

Figure 29 : Lien entre le nombre de médicaments et la connaissance du nom des médicaments.

Figure 30 : Lien entre le nombre de médicaments et la connaissance de l'indication des médicaments.

Figure 31 : Lien entre le nombre de médicaments et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Figure 32 : Répartition des patients en fonction de leur adhésion thérapeutique

Figure 33 : Lien entre le fait d'avoir un pilulier et l'adhésion thérapeutique

Figure 34 : Lien entre sexe des patients et l'adhésion thérapeutique

Figure 35 : Lien entre l'accompagnement des patients et l'adhésion thérapeutique

Figure 36 : Lien entre la présence d'une IDE et l'adhésion thérapeutique

Figure 37 : Lien entre l'approvisionnement à la pharmacie et l'adhésion thérapeutique

Figure 38 : Lien entre la préparation des médicaments et l'adhésion thérapeutique

Figure 39 : Lien entre le MMS et l'adhésion thérapeutique

Figure 40 : Lien entre le nombre de médicaments et l'adhésion thérapeutique

Figure 41 : Lien entre la connaissance du nom des médicaments et l'adhésion thérapeutique estimée.

Figure 42 : Lien entre la connaissance de l'indication des médicaments et l'adhésion thérapeutique estimée.

Figure 43 : Lien entre la connaissance des modalités de prise des médicaments et l'observance estimée.

Index des Tableaux

Tableau 1 : Nombre de médicaments par patient par catégorie

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de leur choix d'approvisionnement et de gestion des médicaments.

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur le nom de leur médicament

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur l'indication de leur médicament

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur les modalités de prise de leur médicament

Index des Annexes

Annexe 1 : Questionnaire distribué aux patients

Annexe 2 : Questionnaire Girerd

Résumé

Avec la croissance démographique attendue, l'amélioration de la prise en charge de nos aînés est une préoccupation majeure des pouvoirs publics. Des dispositifs sont mis en place par les autorités sanitaires tel que le projet national *Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)* qui vise à préserver l'autonomie des personnes âgées de plus de 75 ans. Dans ce contexte, l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle de Bordeaux, créée en 2015, se rend au domicile des séniors, à la demande des médecins généralistes, afin de réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) des patients présentant des problèmes gériatriques (chutes, dénutrition, dépression, polymédication), des troubles cognitifs, troubles du comportement et/ou des problèmes sociaux. Les objectifs sont de développer un travail pluridisciplinaire, faciliter le maintien au domicile, éviter les passages aux urgences, améliorer le parcours de soins des personnes âgées et lutter contre la iatrogénie.

Les objectifs de notre étude ont été, dans un premier temps de réaliser un état des lieux, lors des visites à domicile, de la connaissance du traitement par les patients et de leur adhésion thérapeutique et, dans un deuxième temps, d'évaluer l'impact de certains facteurs sur ces deux données.

Notre étude descriptive et prospective a été réalisée au cours de l'année 2018 sur tous les patients pris en charge par l'équipe mobile gériatrique. Les données ont été recueillies au domicile des patients à l'aide d'un questionnaire. Les variables qualitatives ont été codées en terme quantitatif. L'analyse statistique s'est faite à l'aide du logiciel de traitement de données R.

Parmi les 167 patients, nous avons estimé qu'un quart d'entre eux connaît son traitement de manière satisfaisante (nom, indication, modalités de prise). L'utilisation d'un pilulier, l'intervention d'un infirmier au domicile et le nombre élevé de médicaments influent négativement sur les connaissances des patients tandis qu'elles se révèlent améliorées par l'absence de troubles cognitifs (MMS élevé) ou la préservation de leur autonomie sur l'approvisionnement et la préparation de leurs médicaments .

Concernant l'évaluation de l'adhésion thérapeutique, seulement 37% semblent bien adhérer à leur prise en charge médicamenteuse. L'autonomie des patients sur l'approvisionnement et la préparation de leurs médicaments ainsi que l'absence de trouble cognitif (MMS élevé) améliorent l'adhésion tandis que le fait d'être une femme et d'avoir une polymédication importante altère ce paramètre. Enfin, selon notre étude, une bonne connaissance des traitements n'est pas corrélée à une bonne adhésion thérapeutique.

Pour lutter contre la iatrogénie et améliorer la prise en charge des séniors, il semble essentiel de s'intéresser de près à la prise effective des médicaments et aux nombreuses barrières potentielles de non adhésion. Savoir écouter nos patients pour mieux les comprendre et identifier leurs difficultés, prendre le temps de les éduquer sur le plan thérapeutique, partager collectivement nos savoirs avec les différents professionnels de santé pour une meilleure coordination pourraient permettre de préserver l'autonomie de nos aînés et les rendre acteurs essentiels de leur prise en charge le plus longtemps possible.

Abstract

With the expected population growth, improving the care of our seniors is a major public concern. Devices are set up by the health authorities, such as the national project *Elderly People at risk for loss of autonomy*, which aims to preserve the autonomy of people over 75. In this perspective, the multi-professional geriatric assessment unit in Bordeaux, established in 2015, visits seniors at home, at the request of general practitioners, in order to perform standardised geriatric assessment on patients with geriatric problems (fall, undernutrition, depression, polymedication), with cognitive disorders, behavioural disorders or social problems. The goals are to develop a multidisciplinary work, to facilitate ageing at home, to avoid emergency hospital admissions, to improve the elders' care, and to fight against iatrogeny.

The aim of our study is firstly, to make a thorough report about the patients' drug knowledge and therapeutic adherence while visiting them at home, and secondly, to assess the impact of definite factors on these two data.

Our descriptive and prospective study was conducted over the year 2018 on all the patients treated by the geriatric mobile team. Data were collected at patients' homes using a questionnaire. The qualitative variables were encoded in quantitative term. The statistical analysis was done with the data processing software R.

Among the 167 patients assessed, we have estimated that one quarter of them, know their treatment satisfactorily (drug name, therapeutic indications, appropriate medication timing). The use of a pill organizer, the intervention of a nurse at home, and the high number of drugs have a negative influence on the patients' drug knowledge, whereas it is improved by the lack of cognitive deficits or the preservation of independence for the supply and preparation of their drugs.

As for the assessment of therapeutic adherence, only 37% seem to adhere well to their drug medication. The patients' autonomy for the supply and the preparation of their drugs along with the lack of cognitive deficits improve drug adherence, whereas being a woman and polydrug use alter this parameter. Finally, according to our study, a good knowledge of the treatment is not correlated to a good therapeutic adherence.

To fight against iatrogeny and to improve the care of the elderly, it seems to be essential to pay close attention to effective drug use, and the many potential barriers to non-adherence. Our capacity to listen to our patients to understand them better and identify their difficulties, to take time to educate them, to share our knowledge collectively with different health

professionals encouraging further coordination could help to preserve our seniors' autonomy and make them key actors in their ability for self-care as long as possible.

INTRODUCTION

I. Généralités

D'après les chiffres de l'Institut National de la statistique et des études économiques, nous constatons un vieillissement de la population. En effet, en janvier 2019, 20.1% de la population serait âgé de plus de 65 ans et 9,1% de plus de 75 ans, contre 16% et 7,2% il y a 20 ans. (1). Cela ne va faire qu'augmenter car on estime qu'en 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. (2) La part des jeunes actifs diminue, tandis que celle des retraités augmente. Cela est dû à une amélioration globale de la qualité de vie, des mesures socio-économiques mises en place et une amélioration de la santé des individus. (3) En outre, cet accroissement massif de population résulte de l'arrivée à l'âge mûr des générations issues du baby boom.

Face à cette population vieillissante, une attention particulière doit être portée à la prise en charge de nos aînés. La personne âgée est un être complexe car il faut prendre en compte la diminution de ses capacités physiques et mentales due à une dégradation physiologique moléculaire et cellulaire ainsi qu'aux changements sociaux qu'elle rencontre (départ à la retraite, décès de proches, isolement)(4). Par ailleurs, plus on avance en âge, plus le nombre de maladies chroniques augmente. Les personnes âgées polypathologiques sont, de fait, polymédiquées et à risque majeur de iatrogénie (5)(6)(7)(8).

La iatrogénie correspond à « tout effet indésirable ou interaction médicamenteuse qui a potentiellement des conséquences sur la santé de l'individu imputable au médicament lui-même mais également aux professionnels de santé et/ou au patient dans le cas de non observance ou d'automédication » (9). Elle concerne 20 % des 70-74 ans et 25% des 85 ans. Un quart des patients de plus de 80 ans arrivent à l'hôpital à cause d'un problème de iatrogénie médicamenteuse. (10)(11)(12) La lutte contre la iatrogénie est devenue un objectif de santé publique majeur (loi 2004) avec de nombreuses recommandations publiées.

Les nombreux facteurs de risque de iatrogénie sont liés : (13)

- au vieillissement physiopathologique avec modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (12) (14)(15)
- à l'environnement et au statut social (isolement social, dépendance, modification du mode de vie)
- aux médicaments eux-mêmes par manque d'évaluation dans cette population (16)

- à la mauvaise utilisation des médicaments :
 - Par le patient avec une mauvaise adhésion thérapeutique (que nous détaillerons ultérieurement) ou une automédication (10)
 - Par les prescripteurs avec le cas de prescriptions inappropriées (misuse), de sous prescription (underuse) ou de surprescription (overuse) (17)(18)

II. Contexte et intérêt de notre étude

Sur la ville de Bordeaux, un des dispositifs créés dans le dispositif PAERPA (Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie) est l'unité d'évaluation gériatrique pluriprofessionnelle dans la cité. (19)(20) Il s'agit d'une équipe mobile de gériatrie (EMG) composée d'un gériatre, d'une infirmière, d'une assistante sociale, d'un pharmacien, d'un psychiatre, d'un ergothérapeute et d'une secrétaire. Elle intervient, à la demande du médecin traitant ou de la plateforme autonomie seniors, au domicile des personnes âgées de plus de 75 ans, résidant à Bordeaux pour réaliser une évaluation médicosychosociale. Elle s'adresse à des patients présentant des problèmes gériatriques (chutes, dénutrition, dépression, polymédication), des troubles cognitifs, des troubles du comportement et/ou des problèmes sociaux. Ses objectifs sont de développer un travail en pluridisciplinarité, faciliter le maintien au domicile, éviter les passages aux urgences, améliorer le parcours de soins des personnes âgées et lutter contre la iatrogénie.

L'évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) est la principale modalité d'intervention de l'EMG. (21) Elle est définie comme « une approche multidimensionnelle et interdisciplinaire visant à dresser un bilan des modifications médicales et psychosociales des personnes âgées, ainsi que de leurs incapacités fonctionnelles ». Elle est réalisée par l'unité, à la demande des médecins généralistes, et menée dans le cadre de vie habituel de la personne âgée. Elle permet une photographie multidimensionnelle de la situation à domicile avec une évaluation, entre autres, de l'autonomie du patient (score ADL « Activities of Daily Living » / IADL « Instrumental Activities of Daily Living »), de ses ressources, de son statut cognitif (Mini Mental State MMS), de son statut nutritionnel (Indice de Masse Corporel, Mini Nutritional Assessment MNA)... (22) Elle permet d'envisager des alternatives à l'hospitalisation en évitant notamment le passage aux urgences, d'aider à anticiper les situations de crise, de proposer des solutions d'adaptation de l'environnement et d'évaluer la pertinence des prescriptions en termes

de rapport bénéfice- risque pour le patient.

Pour ce dernier point, en amont de l'optimisation thérapeutique, il est indispensable de réaliser une conciliation médicamenteuse des traitements, reconstitution de l'histoire des traitements médicamenteux, contingente à celle des antécédents médicaux. Le Collège de la HAS a défini en 2015 la conciliation des traitements médicamenteux comme un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. (23)(24) Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé. Elle contribue à la continuité des traitements médicamenteux du patient ambulatoire, résident et hospitalisé. Elle constitue une étape essentielle du parcours de soins médicamenteux, intégrée au continuum des activités de pharmacie clinique. Elle doit être assurée aux points de transition (admission ou sortie d'hospitalisation, transfert entre services de soins ou établissements de santé) et lors d'interventions de multiples prescripteurs en ambulatoire. En pratique, pour chaque demande d'EGS par l'unité, le pharmacien et gériatre recherchent activement des informations sur les médicaments du patient. Plusieurs sources sont consultées : entretien téléphonique avec le pharmacien d'officine, entretien téléphonique avec le médecin généraliste, entretien téléphonique avec l'infirmière à domicile, médicaments et ordonnances recensés lors de la visite à domicile et enfin un entretien avec le patient et/ou aidant. Ce dernier, réalisé dans le milieu de vie, permet d'évaluer plusieurs dimensions telles que l'autonomie du patient dans la gestion de ses médicaments, ses connaissances sur son traitement ainsi que son adhésion thérapeutique. Une synthèse de l'ensemble des données permet d'établir le bilan médicamenteux, c'est-à-dire, la liste juste et exhaustive des médicaments que prend le patient.

III. La connaissance

Il n'y a pas vraiment de modèle parfait pour mesurer la connaissance dans la littérature mais cette dernière peut être évaluée par différents critères : connaissance du nom, de l'indication du médicament, du dosage ou des modalités de prise. C'est ce que nous avons choisi d'étudier dans notre cohorte afin de pouvoir avoir une idée sur le savoir des seniors.

L'une des bases de l'éducation thérapeutique est la connaissance du traitement. Il faut prendre le temps d'expliquer au patient son traitement, car un patient qui a compris, est un patient qui prendra mieux son traitement ; cela passe par la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise.

Mais la connaissance peut être influencée par différents facteurs. Tout d'abord, l'âge rentre en compte. D'après la littérature, plus on avance en âge, moins on connaît ses médicaments. (25)(26) Le sexe peut aussi avoir son importance. (27) De plus, il y a aussi le statut social et le niveau d'instruction qui rentrent en ligne de compte dans la connaissance. Nous nous sommes aperçus que les personnes avec un niveau d'étude supérieur et un niveau social aisé avaient une meilleure connaissance de leur traitement. Le savoir est ensuite amélioré par la conservation de l'autonomie des patients. (25)(27)(28) En effet, les sujets qui sont accompagnés par une infirmière, perdent leur autonomie et souvent ne connaissent pas ou très peu leur traitement. (28) Enfin, les troubles cognitifs sont bien évidemment un frein dans la connaissance des médicaments, ce qui arrive fréquemment dans notre population cible. (29)

Par ailleurs, le sujet âgé est souvent polymédiqué. Cette multiplicité de traitements entraîne une diminution de la connaissance. Plus les patients ont de médicaments, moins bien ils les connaissent. (28)(30)(31) L'introduction de nouveau traitement est souvent mal venu pour la connaissance de la prise en charge. Le fait d'avoir un traitement depuis de nombreuses années améliorerait le savoir. (27)(29) De plus, les patients ont l'habitude de hiérarchiser leur traitement par importance d'actions. Ils connaîtraient mieux les traitements qu'ils jugent ,eux, plus importants que les autres. Par exemple, ils connaissent bien leur traitement cardiaque mais sont incapables de citer leur traitement ophtalmique et l'indication de ce dernier. (32)

Enfin, comme nous l'avons dit précédemment, les patients qui ont compris leur traitement, le connaissent mieux que les autres. (28)(30)(31) Et cela passe par une bonne communication entre le corps soignant et le patient. Lorsque les patients ont une bonne relation de confiance avec leur médecin, leur pharmacien, ils sont plus à même de poser des questions et sont alors plus pro actifs dans leur prise en charge permettant une meilleure connaissance de leur médicament. (31)(33)

IV. Adhésion thérapeutique ou observance

D'après le dictionnaire Larousse, l'observance est définie comme une « action de pratiquer fidèlement une règle en matière de religion : observance des préceptes du Coran » et de manière littéraire : « action d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, une coutume : la règle de conduite elle-même, convention : l'observance des règles de la versification ». (34)

Selon l'OMS, l'observance correspond au « degré de concordance entre le comportement de la personne malade et les recommandations de son thérapeute ». L'observance thérapeutique se définirait donc comme l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations du professionnel de santé. (35)

L'observance n'est pas un problème actuel, il a débuté en même temps que l'homme a commencé à pratiquer la médecine, comme le disait Hippocrate « Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments ». De nos jours, d'après des études menées par l'OMS, une personne sur deux dans le monde entier ne prendrait pas son traitement correctement. (35) Les autorités de santé se sont donc mises d'accord pour dire qu'une meilleure adhérence au traitement, réduirait grandement les dépenses de santé, c'est pourquoi l'observance est devenue un enjeu majeur en terme de santé publique.

Chez nos confrères les anglophones, nous pouvons retrouver deux termes qui seraient équivalents à l'observance : « l'adhésion » chez les anglo-saxons, et la « compliance » chez les américains. (36)

L'adhésion est définie comme le degré par lequel le comportement du patient est en adéquation avec les recommandations du médecin. Il s'agit d'un processus actif, où le patient est maître de sa santé ; il est volontaire et il montre sa volonté d'être impliqué dans sa prise en charge.

La compliance correspond à la rigueur avec laquelle le patient se soumet aux instructions du médecin. (37) Dans cette expression, il y a plus une dimension de contraintes, et le patient peut être plus réticent à la prise en charge, car il peut se sentir moins pro-actif dans le suivi de son traitement.

De nos jours, le terme d'adhésion thérapeutique est préféré à celui d'observance car il correspond vraiment à la façon dont le patient prend ou non son traitement et à sa coopération. (36) Nous utiliserons donc ce terme par la suite. Le patient doit avoir une participation active dans sa prise en charge tout en suivant les directives thérapeutiques du personnel soignant. La bonne adhésion au traitement contribue à un meilleur pronostic sur le long terme. Si le patient adhère bien à son traitement dans un premier temps, mais que cela ne s'inscrit pas dans la durée, il peut y avoir une aggravation de la maladie chronique.

L'adhésion thérapeutique passe par le respect des règles hygiéno-diététiques (cholestérols dans les maladies cardiaques, sucre dans le diabète), du suivi médical (le fait de se rendre régulièrement chez le médecin et les spécialistes pour un suivi, et de faire les examens escomptés) et la prise en charge médicamenteuse (respect des doses, des modalités de prise, du renouvellement des ordonnances...). (38)

Mesure de l'adhésion thérapeutique

Dans la littérature, nous retrouvons plusieurs manières d'évaluer l'adhésion thérapeutique. (36)(38)(39)(40)(41) Tout d'abord, il y a le simple interrogatoire où le personnel soignant fait un bilan des modalités de prise et de la gestion du traitement par le patient. Mais ce dernier doit être fait de manière subtile, sans un discours inquisiteur qui fausserait les réponses du patient. Le patient doit avoir confiance en son interlocuteur pour tirer un bilan positif de son suivi de traitement. Il est pour la plupart du temps fait selon le questionnaire Girerd (Annexe 2), qui est un consensus de questions auxquelles nous pouvons attribuer un score qui définit le niveau d'adhésion des patients.

Par ailleurs, l'adhésion thérapeutique peut être estimée par le renouvellement d'ordonnance à la pharmacie. Si le patient vient trop tôt ou trop tard chercher ses ordonnances, nous pouvons supposer qu'il n'est pas observant dans sa thérapeutique. Cela nécessite une coopération entre le médecin et le pharmacien.

De plus, l'adhésion thérapeutique peut être mesurée par des méthodes plus invasives que sont le dosage des marqueurs plasmatiques. Ceci est plus coûteux mais est une preuve infaillible sur la prise ou non du médicament. Il est utilisé pour des traitements qui ont des marges thérapeutiques étroites comme les anticoagulants avec la surveillance de l'INR ou les

antidiabétiques avec la surveillance de l'hémoglobine glyquée. C'est une bonne méthode mais qui n'est pas applicable à tous les médicaments ni à tous les patients car le suivi des prises de sang passe aussi par une bonne observance du suivi médical, les patients négligents étant alors perdus de vue.

L'adhésion à un traitement peut aussi être calculée par le dosage plasmatique du médicament ou d'un métabolite dans le sang ou dans les urines mais cette technique est onéreuse et ne reflète que le dosage à un moment donné du médicament donc nous n'avons pas de recul sur le mois. D'autre part, il y a des variations inter et intra individuelles donc le dosage peut varier en fonction du sexe, de l'âge, du profil médical de chaque patient. D'un point de vue économique, nous ne pouvons pas mesurer le dosage de chaque médicament chez tous les patients chroniques car cela reviendrait beaucoup trop cher en terme de dépenses de santé, surtout quand nous voyons que les ordonnances de traitements chroniques peuvent aller jusqu'à vingt spécialités différentes.

L'adhésion thérapeutique peut être analysée par la visualisation du nombre de boîtes dans la pharmacie à domicile, par le décompte du nombre de médicaments restants à la fin du mois et par l'utilisation d'un pilulier électronique. Ce sont des bons indicateurs mais il y a toujours des limites. Le fait que les comprimés ne soient plus présents dans le pilulier ou dans l'armoire à pharmacie ne veut pas dire que le patient a respecté les modalités de prise.

Ainsi, le problème majeur de l'adhésion thérapeutique est son évaluation ; il n'y a pas de modèle parfait qui permet de définir le niveau d'observance car chaque technique a ses points positifs et ses limites. Nous ne pouvons avoir que des approximations du comportement des patients vis à vis de leur traitement. Dans notre étude, nous avons décidé de poser des questions plus libres sur les oublis, sur la volonté ou l'incapacité à prendre certains traitements, pour ne pas se restreindre aux réponses fermées du questionnaire Girerd (Annexe 2), afin de repérer plus facilement des défauts d'observance. Par ailleurs, nous questionnons les patients dans leur milieu de vie ce qui permet également de constater leur stockage de médicaments, leur armoire à pharmacie et leur pilulier etc... Nous nous sommes ainsi appuyés sur plusieurs indicateurs pour définir l'adhésion thérapeutique ou non de nos patients (0= pas d'adhésion au traitement, 1= adhésion au traitement).

Facteurs influençant l'adhésion thérapeutique

L'OMS ainsi que d'autres études sont d'accord pour dire qu'il y a de nombreux facteurs influençant l'adhésion à un traitement chez le patient, et qu'il faut agir sur ces derniers pour avoir une meilleure adhésion thérapeutique.

Facteurs liés au patient et à son entourage

Les âges extrêmes sont à prendre en considération dans l'évaluation de l'adhésion thérapeutique. En effet, dans la prise en charge des traitements chroniques pédiatriques, l'enfant ou l'adolescent est dépendant de ses parents, et n'est donc pas du tout acteur de sa santé, et par suite beaucoup moins adhérent à la prise en charge médicamenteuse. Par ailleurs, il est difficile d'expliquer à un enfant l'utilité et le bénéfice d'un médicament pour sa santé, donc ils sont plus souvent réticents à la prise du traitement. (42) La personne âgée, quant à elle, du fait de ses modifications liées au grand âge (troubles cognitifs, problème de déglutition, perte musculaire, modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques...) présente de nombreuses barrières à une bonne adhésion thérapeutique.

Le sexe influe aussi sur la prise médicamenteuse. (2) Les études prouvent que les femmes sont plus souvent polymédiquées et s'automédiquent plus que les hommes, ce qui a une conséquence néfaste sur leur adhésion thérapeutique.

Le statut socio-professionnel a également une importance. En effet, une personne ayant des horaires de travail sortant du commun (travail de nuit, garde, restauration) aura plus de mal à suivre les schémas de prise qu'une personne faisant des horaires de bureau. (38) Le coût financier des médicaments aura aussi une incidence car pour pouvoir se soigner, il faut adhérer à des mutuelles et en fonction de son statut social, tout le monde n'a pas le même accès à la santé, donc c'est à prendre en considération dans l'adhésion thérapeutique.

Les croyances sur la maladie, une mauvaise estime de soi, un isolement social, une dépression, l'anxiété, une perte d'autonomie auront un impact négatif sur l'observance. En effet, plusieurs études prouvent qu'une personne entourée (famille, aide ménagère, infirmier) sera plus compliante qu'une personne isolée. Le soutien moral est un facteur positif à l'observance. (38)(43)(44)(45)

Facteurs liés à la maladie

Pour qu'un patient soit adhérent, il faut qu'il accepte d'être malade. Cette phase d'acceptation est primordiale pour permettre de prendre son traitement correctement. Une fois la maladie acceptée, il faut que le sujet voie le bénéfice de prendre un médicament. En effet, les maladies silencieuses sont bien plus difficiles à prendre en charge que les autres, car les patients ne voient pas l'utilité de prendre un traitement alors qu'ils ne ressentent aucun symptôme. (46) C'est le cas typique de l'hypertension. A l'inverse, dans les pathologies où le patient voit un véritable bénéfice à prendre son médicament, il sera plus adhérent. (38)

Par ailleurs, les traitements qui engendrent de nombreux effets indésirables ont un impact négatif sur l'adhésion thérapeutique. Le patient ne voit aucun bénéfice à prendre son médicament et de ce fait, l'arrête.

Le type de la maladie et la gravité ont aussi leur importance dans la prise en charge. Dans le cas des maladies psychiatriques (dépressions, addictions...), des maladies qui nécessitent un traitement préventif (épilepsie) ou des maladies réfractaires (sclérose en plaque..), il est décrit une plus mauvaise adhésion thérapeutique. (40) Et par ailleurs, les patients sont plus adhérents pour une maladie cardiaque que pour un ulcère persistant car ils ont tendance à hiérarchiser l'importance des traitements.

La durée du traitement chronique a une influence négative sur l'adhésion thérapeutique pour deux raisons : une prise sur le long terme d'un médicament entraîne une lassitude chez le sujet chronique et l'effet bénéfique de prendre un traitement n'arrive parfois qu'avec du retard alors que les contraintes sont souvent instantanées. (38)

Facteurs liés au traitement

Un traitement efficace et bien toléré a plus de chance d'être pris. (38) A l'inverse, un traitement qui entraîne de nombreux effets indésirables et montre un manque d'efficacité entraîne une adhésion thérapeutique moindre.

La galénique du traitement peut avoir une incidence, en particulier chez le sujet âgé. En effet, un médicament au goût désagréable ou trop gros sera moins bien pris que celui qui aura un goût acceptable et une taille moindre. Il faut prendre en considération également le

conditionnement des médicaments car à partir d'un certain âge, une perte de la sensibilité des doigts et l'apparition de rhumatismes peuvent empêcher d'ouvrir correctement les blisters ou d'utiliser certains collyres engendrant une prise aléatoire des médicaments.

Le nombre important de médicaments a un impact négatif sur l'adhésion thérapeutique car les personnes se retrouvent perdus au milieu de cette multitude de principes actifs, donc oublient d'en prendre certains.

La multiplicité des prises journalières favorise une moins bonne adhésion thérapeutique. Il serait plus évident pour les patients d'avoir plus de médicaments à libération prolongée, ce qui allègerait les schémas de prises et l'organisation de la gestion de la prise médicamenteuse. (46)(47)

Facteurs liés au médecin

Le fait d'avoir une multiplicité de prescripteurs entraîne un défaut d'observance. En effet, les sujets se retrouvent perdus au milieu de leurs multiples ordonnances, leurs multiples médicaments et ne savent plus qu'est ce qu'ils doivent prendre ou non. Le médecin traitant doit rester l'élément coordonnateur central de la prise en charge. (38) C'est à lui de faire le lien entre les différents prescripteurs afin que le patient puisse avoir la meilleure adhésion possible. Par ailleurs, il doit y avoir une vraie relation de confiance entre le médecin et le malade, car cela a un vrai impact positif sur son adhésion thérapeutique. Le patient doit pouvoir s'exprimer auprès de son médecin sans complexe, pour décrire ses difficultés à prendre son traitement afin que celui-ci l'oriente, le rassure et lui permette de prendre son traitement correctement. (38)(48)

Facteurs liés au système de soins

Le manque de coordination entre les personnels soignants a un impact néfaste sur l'adhésion du patient à son traitement. Il faut que les soignants s'accordent pour avoir une continuité dans la prise en charge et une cohérence pour renforcer l'observance du patient. (44)(46)(47) Cela passe par un dialogue entre le médecin et le pharmacien, le médecin et l'infirmier, le pharmacien et l'infirmier, que tout le monde travaille main dans la main dans l'intérêt du patient. Cela passe par le développement du lien ville/hôpital, mais aussi par plus

de disponibilité des soignants (facilitation de prendre des rendez-vous médicaux, augmentation de la fréquence et de la durée des consultations).

L'impact de la non-adhésion

La non-adhésion peut être très préjudiciable car elle est à l'origine de la iatrogénie médicamenteuse avec des hospitalisations à répétition et une mise en péril du pronostic vital des patients. Elle est responsable d'une augmentation considérable de la morbidité et de la mortalité. (38)

Des études ont prouvé que si les patients avaient une bonne adhésion thérapeutique, nous pourrions réduire la mortalité de moitié. (49)

Ce fléau a bien évidemment un impact sociétal important avec un retentissement économique considérable : tous les médicaments non pris sont jetés. De plus, les patients qui n'ont pas correctement pris leur traitement font face à des effets indésirables graves, ce qui entraîne des hospitalisations, et donc une augmentation des dépenses de santé, qui pourraient être évitée si on éduquait correctement les patients. En Amérique, une étude a montré qu'un patient sur dix est hospitalisé pour non observance du traitement prescrit. C'est un constat alarmant, sur lequel il faut agir pour réduire le coût des soins et faire des économies sur les dépenses de santé. (50)

V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer le niveau de connaissance et d'adhésion thérapeutique des patients évalués par l'EMG.

Nos objectifs secondaires sont de décrire la gestion des médicaments à domicile (approvisionnement, préparation, utilisation d'un pilulier) et d'analyser les différents facteurs pouvant influencer le niveau de connaissance et d'adhésion thérapeutique.

MATERIEL & METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et prospective réalisée sur l'année 2018.

II. Population de l'étude

Critères d'inclusion

Tous les patients pris en charge par l'équipe mobile de gériatrie pour une évaluation gérontologique standardisée pendant la durée de l'étude sont inclus.

Critères d'exclusion

Les patients n'étant pas en capacité ou refusant de répondre aux questions (démence sévère, patients épuisés...) sont exclus de l'analyse.

III. Questionnaire et analyse des données

Les données obtenues par l'EGS sont tracées dans un tableau Excel (Sexe, âge, conditions de vie, MMS, ADL, IADL, présence IDE, nombre de médicaments...)

Un questionnaire (Annexe 1) construit spécifiquement pour notre étude est associé à l'EGS pendant la durée de l'étude. Il comprend plusieurs parties pour répondre aux objectifs de notre travail :

- Contexte : pour savoir à qui on soumet le questionnaire (patient, aidant ou non réalisable)
- Modalités d'approvisionnement, de préparation et d'administration des traitements : cela permet de cibler qui se rend à la pharmacie, qui prépare les médicaments et si le patient a un pilulier ou non, +/- automédication

- Connaissance des traitements : à travers trois questions, on évalue la connaissance du nom des médicaments, de l'indication, et des modalités de prises des traitements par le patient.
- Adhésion thérapeutique : trois questions explorent le degré d'adhésion du patient en fonction de ses réponses et cette évaluation est ajustée par l'observation de l'EMG au domicile (surstockage de médicaments, troubles cognitifs...)

L'ensemble des données nous permet de classer le patient en adhérent (score =1) ou non adhérent (score=0)

Les données du questionnaire sont également tracées dans le tableau Excel.

IV. Analyse statistique

Le recueil des données s'est effectué sur le logiciel Excel. Les variables qualitatives ont été codées en terme quantitatif. L'analyse statistique s'est faite à l'aide du logiciel de traitement de données R. (51) Pour l'étude des variables qualitatives, nous avons utilisé le tests du Chi2 et de Fisher quand les effectifs étaient inférieurs à 5. Pour l'étude des variables quantitatives, nous avons utilisé le Test de Student (comparaison de deux moyennes) et pour l'analyse du lien entre une variable qualitative et une variable quantitative, nous avons employé le test Anova. Le seuil de significativité de chacun des tests est de $p < 0,05$.

RESULTATS

Les résultats présentés sont consécutifs à l'analyse de 167 questionnaires (157 répondus par le patient lui-même et 10 par un aidant présent au domicile lors de l'EGS.)

I. Données sociodémographiques des patients

Parmi les 167 patients, il y a une majorité de femmes (Figure 1).

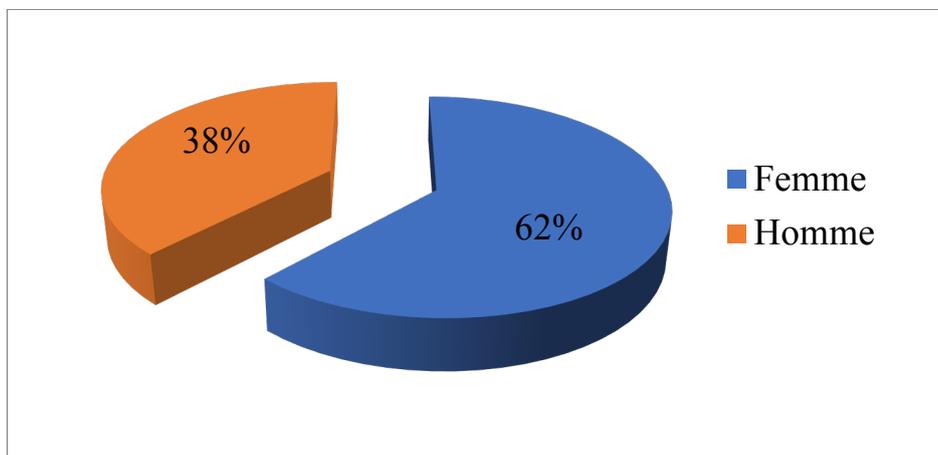


Figure 1 : Répartition des Sexes

L'âge moyen de notre échantillon est de 83,75 ans, avec une médiane de 84 ans. Le patient le plus jeune a 69 ans et le plus vieux, 97 ans.

La proportion de sujets isolés est plus importante, que celle de personnes accompagnées (57 % contre 43%). (Figure 2)

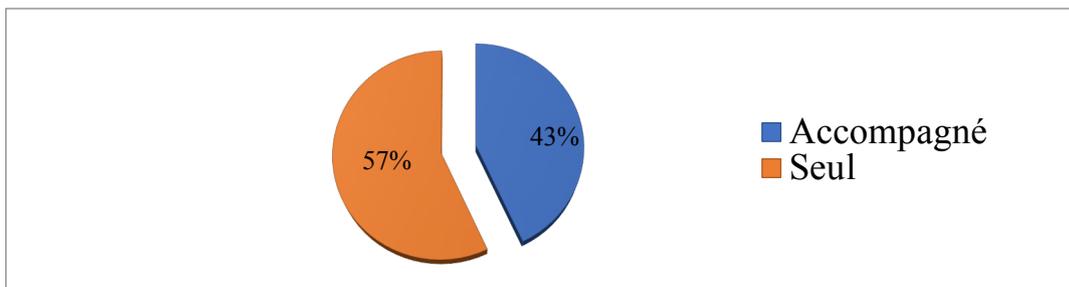


Figure 2 : Répartition des patients selon leur mode de vie

Le MMS moyen de notre cohorte est de 21 (écart type : 5,33). Le MMS médian [min ; max] est calculé à 22 [5 ; 29], avec un MMS max de 29, et MMS min de 5.

Dans notre échantillon, 43% des patients bénéficient de la présence d'une IDE pour les soins de nursing et la gestion de leur traitement. (Figure 3)

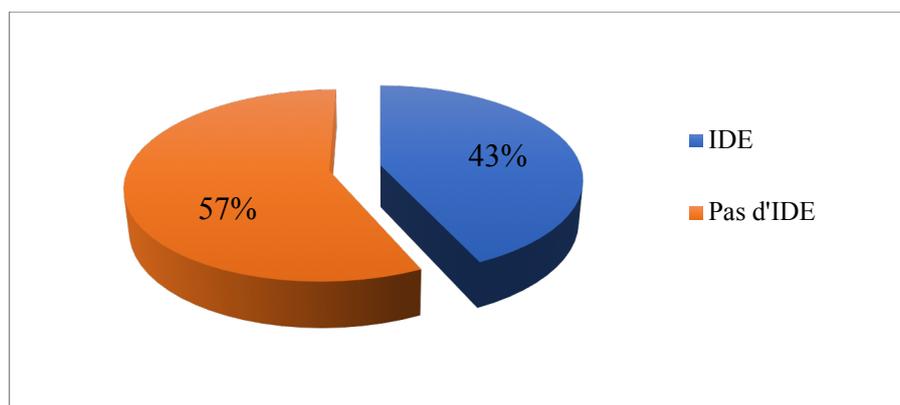


Figure 3 : Présence d'IDE

Les résultats de l'évaluation de l'autonomie par deux échelles ADL (*Activities of Daily Living*) et IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) sont présentés dans les figures 4 et 5.

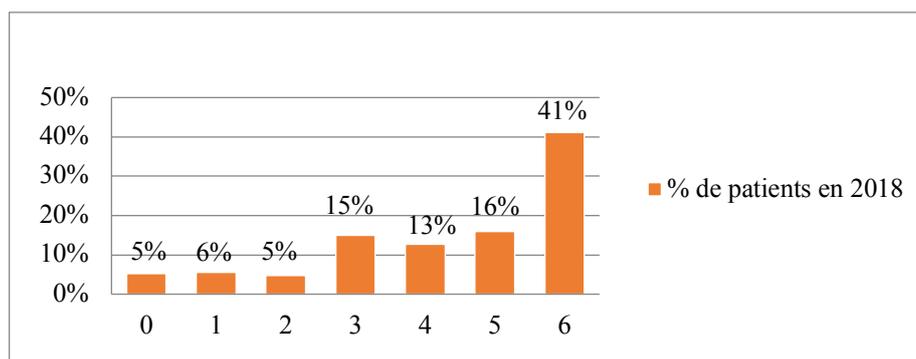


Figure 4 : Score ADL dans l'échantillon

Dans notre population, 5% des patients sont totalement dépendants, environ 26% ont une dépendance majeure, et 41% sont totalement indépendants.

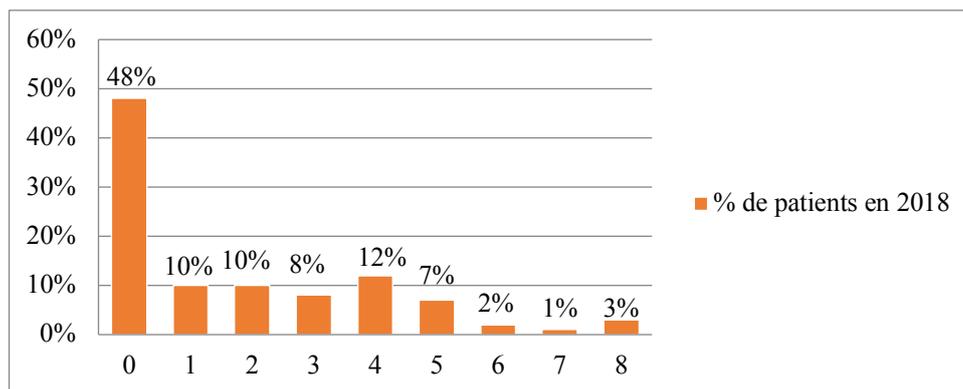


Figure 5 : Score IADL dans notre échantillon

Dans notre population, 48 % ont un IADL égal à 0, ce qui indique une totale dépendance dans les activités de la vie courante. Environ 30% des patients ont un score IADL compris entre 1 et 4, qui dénote une dépendance partielle. Seulement 13% sont plus autonomes dans leurs activités de la vie quotidienne.

Le nombre moyen de médicaments par patient est de 6,96 avec une médiane [min ; max] de 7 [0 ; 20] médicaments par personne. Le tableau 1 indique la répartition des patients selon leur nombre de médicaments.

Tableau 1 : Répartition des patients selon leur nombre de médicaments

Nombre de médicaments	Pourcentage de patients
[0 ; 5]	37%
]5 ; 10]	45%
> 10	18%

A la question de l'automédication, 11% de nos patients ont déclaré s'automédiquer. (Figure 6)

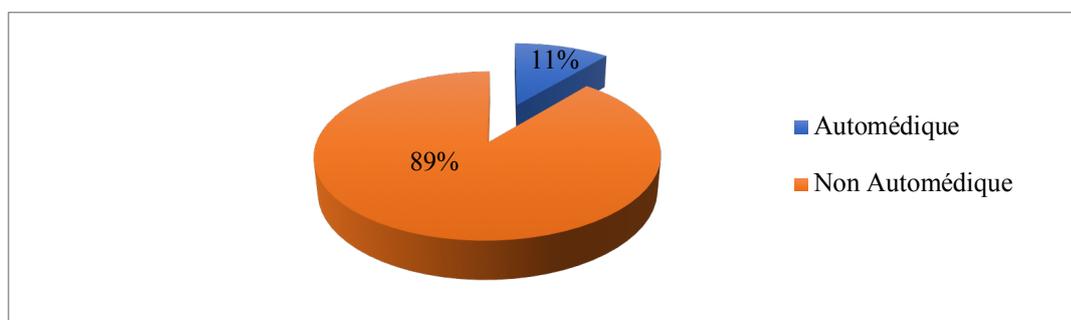


Figure 6 : Répartition des patients en fonction de leur automédication

II. Données sur la gestion du traitement

Le tableau 2 présente la répartition des patients selon leurs modalités d'approvisionnement et de préparation de leurs médicaments.

Tableau 2 : Répartition des patients en fonction de leur modalités d'approvisionnement et de préparation des médicaments.

	Qui se rend à la pharmacie ?	Qui prépare les médicaments ?
Patient	41 %	48 %
Entourage	45 %	13 %
IDE	5 %	38 %
Autre *	9%	1%

*Autre : soit ce sont les auxiliaires de vie, ou les aides ménagères qui vont à la pharmacie et préparent les médicaments, soit c'est la pharmacie qui livre ou prépare les médicaments.

Nous constatons que majoritairement ,l'entourage des patients se rend à la pharmacie pour renouveler le traitement chronique (45%) mais il y a encore 41% des sujets âgés qui se rendent eux-mêmes à la pharmacie. Par ailleurs, 48% des séniors préparent seuls leurs traitements et pour 41%, d'entre eux, un infirmier s'en charge.

Seulement 17% des patients interrogés utilisent un pilulier pour faciliter la gestion de leur traitement. (Figure 7)

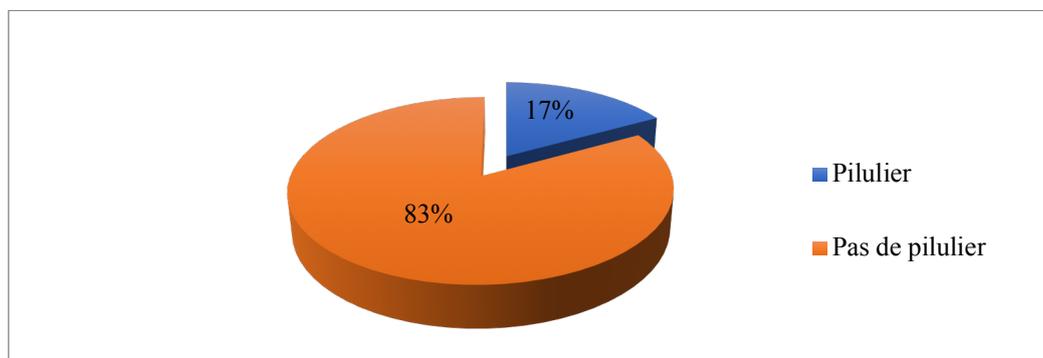


Figure 7 : Présence ou non d'un pilulier pour la gestion des médicaments

III. Données sur la connaissance

1. Connaissances des patients sur le nom, les indications, les modalités de prise

Majoritairement (54%) les séniors ne connaissent pas le nom de leurs médicaments. Seuls 16% le connaissent parfaitement. (Tableau 3)

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur le nom de leur médicament

Connaissance du nom des médicaments	% de patients
Oui totalement	16 %
Oui en partie	31%
Non	54%

Le constat sur la connaissance de l'indication est approximativement le même avec une majorité de patients qui ne la connaissent pas du tout (44%) et un quart des sujets interrogés connaissent au moins l'indication d'un de leurs médicaments. (Tableau 4)

Tableau 4 : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur l'indication de leur médicament

Connaissance de l'indication des médicaments	% de patients
Oui totalement	17 %
Au moins 1 mdt	26%
> 2 mdt	13 %
Non pas du tout	44%

Les modalités de prise des médicaments sont méconnues pour 44% des patients interrogés. Elles sont totalement connues dans 31% des cas. 1% de patients déclare modifier les formes galéniques. (Tableau 5)

Tableau 5 : Répartition des patients en fonction de leur connaissance sur des modalités de prise de leur médicament

Connaissance des modalités de prise des médicaments	% de patients
Oui totalement	31%
Oui en partie	25%
Non	44 %
Comprimés écrasés, gélules ouvertes ?	1%

2. Analyse de la connaissance en fonction des facteurs associés

Dans cette partie de l'analyse, nous voulons voir si certains facteurs ont une incidence sur la connaissance des médicaments chez les personnes âgées. Dans cet objectif, nous réalisons une série de tests de corrélation avec différents facteurs qui sont les suivants : le fait d'avoir un pilulier ou non, le sexe, le fait d'être seul ou non, le fait d'avoir une IDE, le fait de se rendre à la pharmacie ou non, le fait de préparer ou non ses médicaments, le MMS et enfin le nombre de médicaments pris par les patients.

Pour tous les tests qui vont suivre, nous prenons pour hypothèse H_0 : Il n'y a pas de lien entre les deux variables (connaissance et les différents facteurs).

- Pilulier

Nous réalisons un test de Chi2 pour effectuer la corrélation entre le fait d'avoir un pilulier ou non et la connaissance du nom du médicament. Nous pouvons conclure que le fait **d'avoir un pilulier influence négativement la connaissance du nom des médicaments** (Chi2= 7,4097, df= 2, et p= 0,0246) car notre p valeur est inférieur à 0,05. En effet, nous retrouvons que les sujets connaissent moins bien le nom de leurs médicaments quand ils n'ont pas de pilulier. (Figure8)

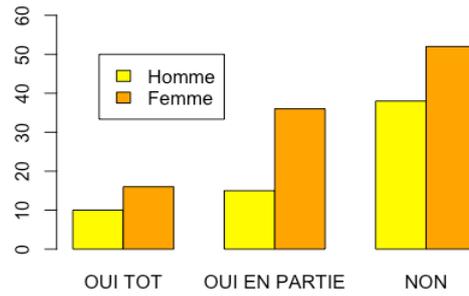


Figure 8 : Lien entre la présence du pilulier et la connaissance du nom des médicaments

D’après un test de Chi2, nous pouvons en déduire que le fait d’avoir un **pilulier a une influence négativement la connaissance de l’indication des médicaments** (Chi2=7,6338, df= 3, p= 0,05422). (Figure9)

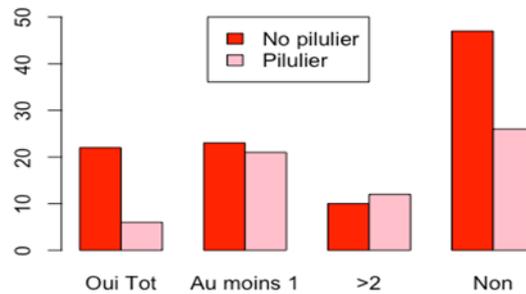


Figure 9 : Lien entre la présence du pilulier et la connaissance de l’indication des médicaments

D’après un autre test de Chi2, nous pouvons dire par contre ,que le fait d’avoir un **pilulier n’a pas de lien avec la connaissance des modalités de prise des médicaments.** (Chi2=2,6228, df= 3, p= 0,2694. (Figure 10)

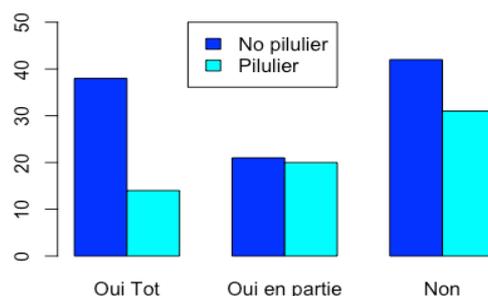


Figure 10 : Lien entre la présence du pilulier et la connaissance des modalités de prise des médicaments

- Sexe

Le test du Chi2 nous permet de conclure qu'il n'y a **pas de lien entre la connaissance du nom des médicaments et le sexe des individus** (Chi2 : 2,2811, df=2, p= 0,3196). (Figure 11)

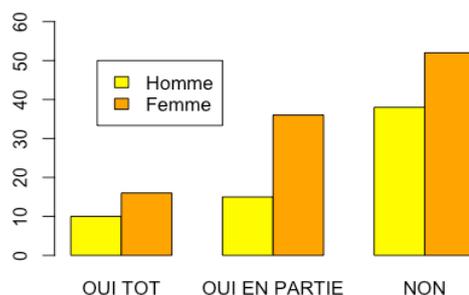


Figure 11 : Lien entre le sexe et la connaissance du nom des médicaments

Selon un test de Chi2, nous pouvons aussi dire qu'il n'y a **pas de lien entre la connaissance de l'indication des médicaments et le sexe des séniors** (Chi2 : 2,2886, df=3, p= 0,5342). (Figure 12)

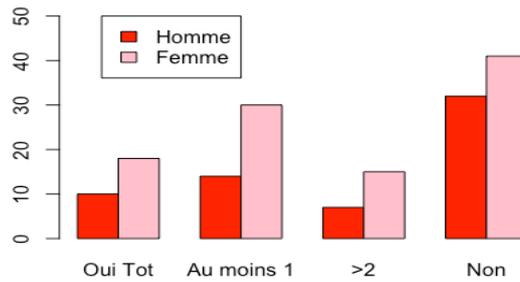


Figure 12 : Lien entre le sexe et la connaissance de l'indication des médicaments

D'après toujours un autre test de Chi2, nous pouvons aussi dire qu'il n'y a **pas de lien** entre la connaissance des modalités de prise des médicaments et le sexe des séniors (Chi2 : 2,6228, df=2, p= 0,2694). (Figure 13)

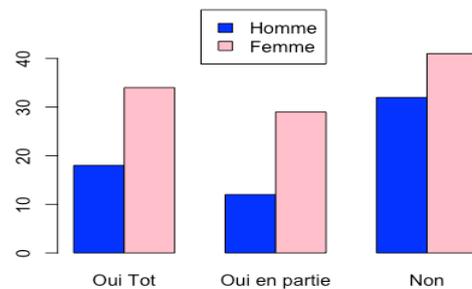


Figure 13 : Lien entre le sexe et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Nous pouvons alors conclure que le sexe n'a aucune incidence sur la connaissance du traitement chez les personnes âgées.

- Présence d'un aidant

Nous allons de même réaliser trois tests de Chi2 pour voir le lien entre la connaissance globale du traitement et la présence d'un aidant des sujets âgés.

Il existe un lien entre le fait de vivre accompagné ou non et la connaissance du nom des médicaments (Chi2 : 7,1212, df=2, p= 0,02842). En effet, nous pouvons dire d'après les résultats que, les personnes qui vivent seuls et qui sont indépendants connaissent bien leur traitement, et dès qu'il y a un aidant, le sujet se repose sur son entourage donc connaît moins bien son traitement. (Figure 14)

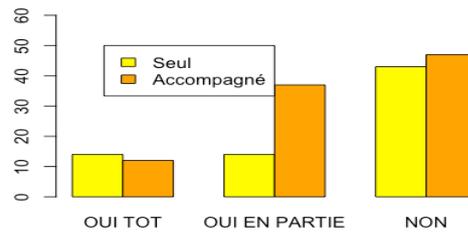


Figure 14 : Lien entre l'accompagnement et la connaissance du nom des médicaments

D'après les résultats, il n'y a pas de lien entre le fait de vivre seul ou non et la connaissance de l'indication des médicaments ($\chi^2 : 5,392, df=3, p= 0,1452$). (Figure 15)

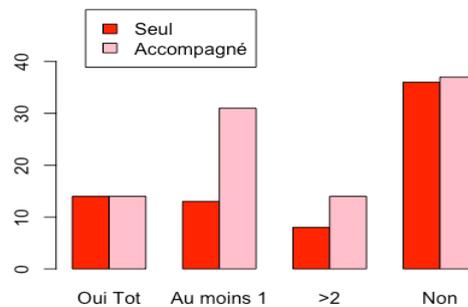


Figure 15 : Lien entre la présence d'aide et la connaissance de l'indication des médicaments

Nous pouvons constater qu'il n'y a pas de lien entre le fait de vivre isolé ou non et la connaissance des modalités de prise des médicaments ($\chi^2 : 5,0368, df=2, p= 0,08059$). (Figure 16)

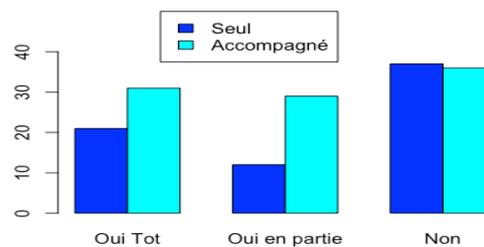


Figure 16 : Lien entre la présence d'un aidant et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Ainsi, nous pouvons déduire que globalement ,le fait d’être isolé ou non n’a pas d’influence sur la connaissance globale des traitements des patients.

- Présence d’une IDE

L’analyse des résultats montre qu’il y a un lien entre le fait d’avoir une IDE et la connaissance du nom des médicaments. (Chi2= 6,3099, df=2, p=0,04264). Globalement les patients connaissent mieux le nom de leurs médicaments quand ils n’ont pas d’IDE, car ils préparent seul leur traitement. (Figure 17)

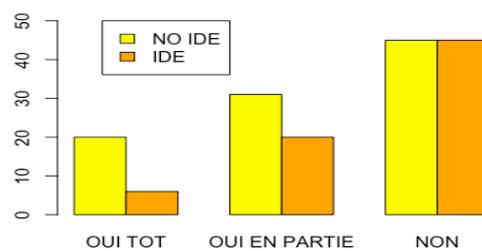


Figure 17 : Lien entre la présence d’une IDE et la connaissance du nom des médicaments

De même, il y a un lien entre la connaissance de l’indication des médicaments et la présence d’une IDE (Chi2= 7,584, df=3, p=0,05544). (Figure 18)

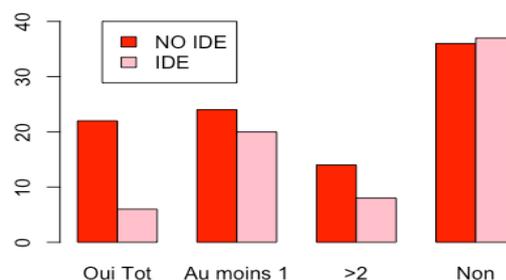


Figure 18 : Lien entre la présence d’une IDE et la connaissance de l’indication des médicaments

Sans beaucoup de surprise, nous retrouvons aussi un lien entre la connaissance des modalités de prise des traitements et la présence de l’IDE (Chi2= 16,449, df=2, p=0,000268).

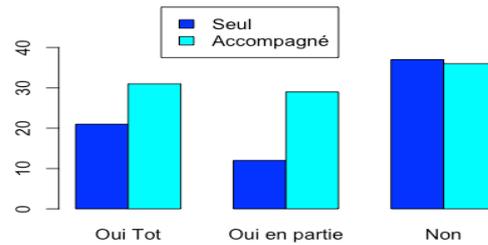


Figure 19 : Lien entre la présence d'une IDE et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Nous pouvons tirer la conclusion que la présence d'IDE influe sur la connaissance des patients sur leur traitement.

- Approvisionnement à la pharmacie

Dans ces cas-là, pour l'analyse des différents facteurs, nous commençons d'abord par utiliser les tests de Chi2, mais nous ne pouvons pas exploiter les résultats car l'approximation du Chi2 est incorrecte. En effet, les sous-effectifs sont inférieurs à 5 ; or, c'est une contrainte du test du Chi2, donc nous préférons faire des tests de Fisher, qui ont le même seuil de significativité soit $p < 0,005$ sans cette contrainte d'effectif.

D'après les résultats obtenus, il y a un lien entre le fait de se rendre à la pharmacie et la connaissance du nom des médicaments. (Il s'agit d'une hypothèse alternative avec une p valeur = 0,0001244). Donc, quand quelqu'un se rend à la pharmacie à place du patient, le sujet connaît moins bien son traitement, que s'il s'y rend tout seul. Quand il est encore actif dans sa prise en charge, il a une meilleure connaissance de ses médicaments. (Figure 20)

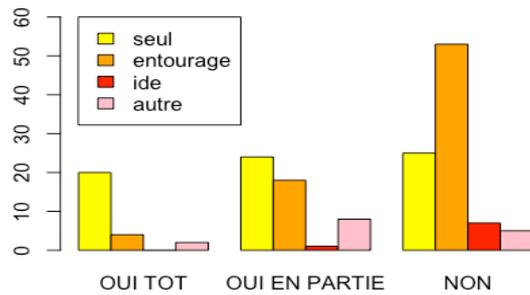


Figure 20 : Lien entre l’approvisionnement à la pharmacie et la connaissance du nom des médicaments.

De même, il y a un lien significatif entre le fait de se rendre à la pharmacie et de connaître l’indication de ses médicaments (Il s’agit d’une hypothèse alternative avec une p valeur= 7.064×10^{-5}). (Figure 21)

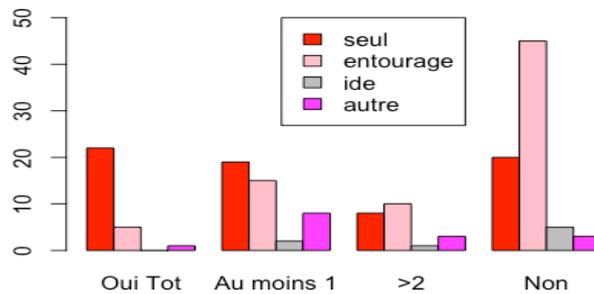


Figure 21 : Lien entre l’approvisionnement à la pharmacie et la connaissance de l’utilité des médicaments.

Nous constatons également que le fait de se rendre à la pharmacie ou non a une incidence sur la connaissance des modalités de prise des médicaments (Il s’agit d’une hypothèse alternative avec une p valeur= 5.125×10^{-5}). (Figure22)

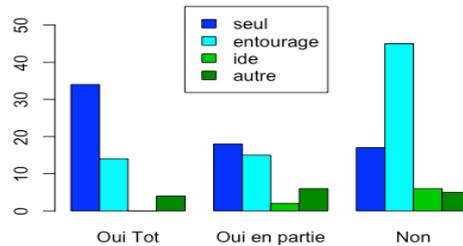


Figure 22 : Lien entre l’approvisionnement à la pharmacie et la connaissance des modalités de prise des médicaments.

Il est donc évident de conclure que **le fait de se rendre à la pharmacie a un impact positif sur la connaissance globale du traitement des patients. Plus le patient est acteur de sa prise en charge, mieux il connaît ses traitements.**

- Préparation des médicaments

De même que précédemment, nous avons fait le choix d’utiliser les tests de Fisher pour voir le lien entre les différents facteurs de la connaissance et la préparation des médicaments car les données ne répondent pas à tous les critères d’inclusion des tests de Chi², en particulier des effectifs trop faibles.

Il y a un lien significatif entre la préparation des médicaments et la connaissance du nom des médicaments, (Il s’agit d’une hypothèse alternative avec une p valeur= 8.095e-07). En effet, nous pouvons voir que quand l’IDE ou un autre individu prépare les médicaments, les patients ne connaissent pas le nom des médicaments et inversement ,ils les connaissent parfaitement s’ils les préparent seul. (Figure 23)

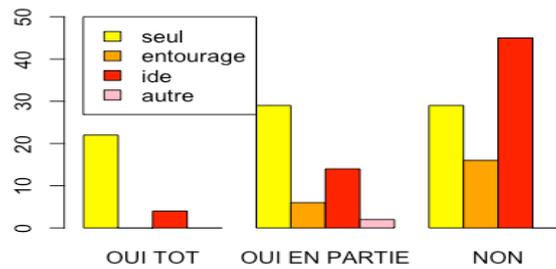


Figure 23 : Lien entre la préparation des médicaments et la connaissance des noms des médicaments

Nous pouvons ici mettre en évidence un lien étroit entre le fait de connaître l'indication des médicaments et le fait de préparer ses médicaments. (Il s'agit d'une hypothèse alternative avec une p valeur= 2.604×10^{-5}). (Figure 24)

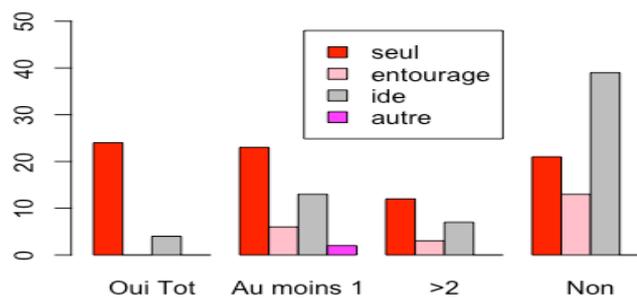


Figure 24 : Lien entre la préparation des médicaments et la connaissance de l'indication des médicaments

Nous pouvons ici noter que le fait de préparer ses médicaments a une grande influence sur le fait de connaître les modalités de prises des médicaments. (Il s'agit d'une hypothèse alternative avec une p valeur= $6,252 \times 10^{-12}$). (Figure25)

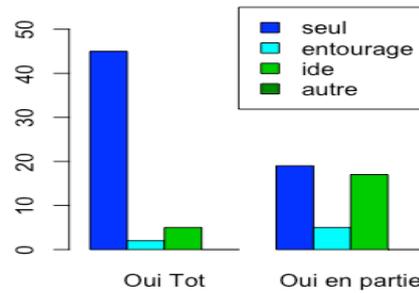


Figure 25 : Lien entre la préparation des médicaments et la connaissance des modalités de prise des médicaments

Il paraît donc évident de conclure que **le fait de gérer seul ses médicaments a une incidence sur la connaissance globale des médicaments.**

- MMS

Pour étudier le MMS, nous décidons d'utiliser le test de Student, car il s'agit d'étudier la corrélation entre deux valeurs quantitatives, avec le même seuil de significativité $p < 0,005$.

Cette analyse nous permet de voir qu'il y a un lien significatif entre le MMS et la connaissance du nom des médicaments. ($p = 2,28 \times 10^{-6}$) Plus le MMS est élevé, plus les patients connaissent le nom de leur médicament. (Figure 26)

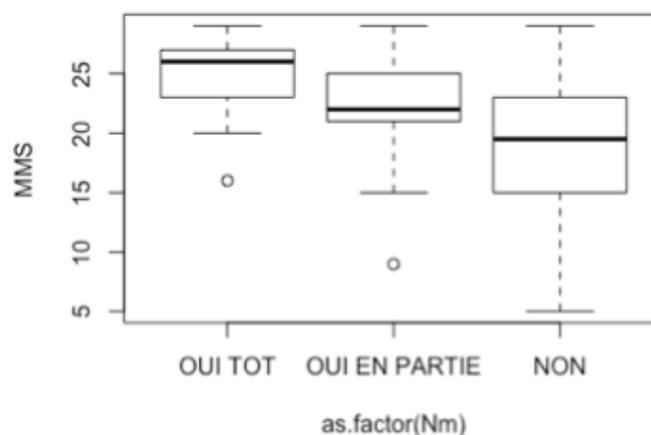


Figure 26 : Lien entre le MMS et la connaissance du nom des médicaments

Nous pouvons dire que le MMS a une influence positive sur le fait de connaître l'indication des médicaments. ($p= 1,92 \times 10^{-8}$). Plus le MMS est élevé, plus les seniors connaissent l'indication du médicament. (Figure 27)

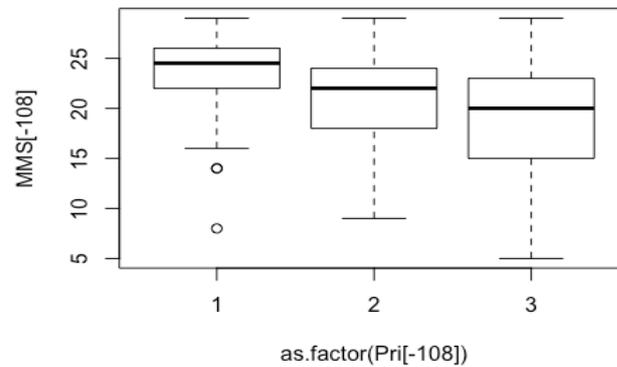


Figure 27 : Lien entre le MMS et la connaissance de l'utilité des médicaments.

D'après les résultats et le graphique, le MMS a un impact sur la connaissance des modalités de prises du médicament ($p= 5,47 \times 10^{-86}$). Plus le MMS est élevé, plus les patients connaissent les modalités de prise des médicaments. (Figure 28)

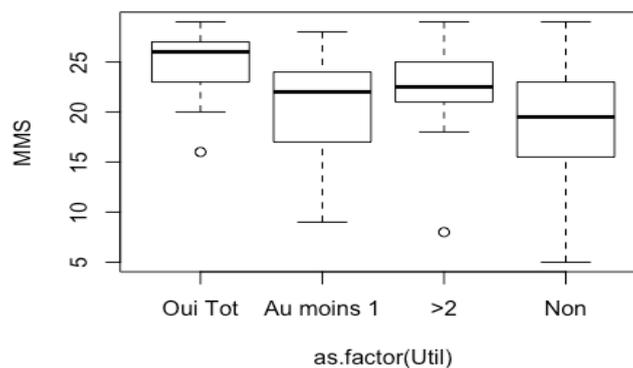


Figure 28 : Lien entre le MMS et la connaissance des modalités de prises des médicaments.

Nous pouvons ainsi conclure sans surprise que le MMS a un fort impact sur la connaissance globale des médicaments.

- Nombre de médicaments

Pour l'étude de la corrélation entre le nombre de médicaments et la connaissance des médicaments, nous commençons par faire des tests de Student en utilisant la moyenne du nombre de médicaments comme variable, mais comme le résultat n'est pas très représentatif, nous préférons couper la variable « nombre de médicaments » en catégories : Entre 0 à 5 médicaments, entre 5 à 10 médicaments, et plus de 10 médicaments. Pour cela nous utilisons alors un test de Fisher, avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

Grâce à ces résultats, nous démontrons qu'il y a un lien significatif entre le nombre de médicaments et la connaissance du nom des médicaments. ($p=0,00837$). Pour la catégorie 5 à 10 médicaments, nous pouvons noter qu'il y a plus de personnes qui ne connaissent pas le nom que de personnes qui le connaissent partiellement et qui plus est, de personnes qui le connaissent totalement. Donc, nous pouvons penser que plus il y a de médicaments, moins les patients connaissent le nom de leur médicament. (Figure 29)

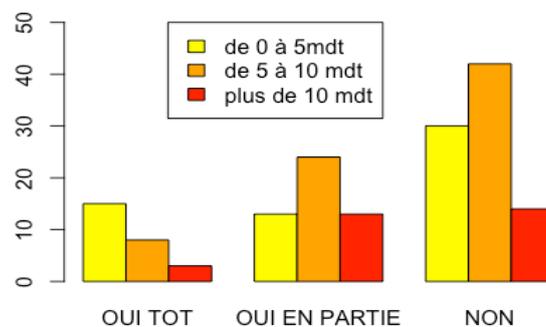


Figure 29 : Lien entre le nombre de médicaments et la connaissance du nom des médicaments.

Il existe une influence significative entre la connaissance de l'indication des médicaments et le nombre de médicaments. ($p\text{valeur}=0,03481$) (Figure 30)

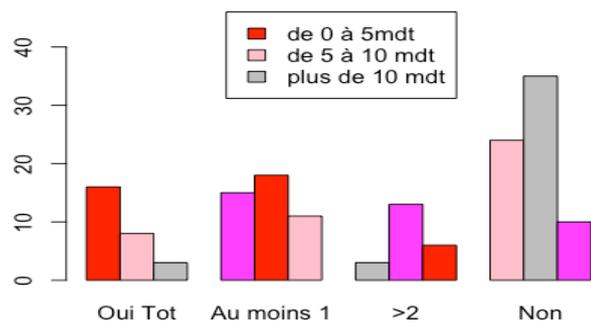


Figure 30 : Lien entre le nombre de médicaments et la connaissance de l'indication des médicaments.

Pour étudier la corrélation entre le nombre de médicaments et la connaissance des modalités de prise des médicaments, nous conservons la variable « moyenne du nombre de médicaments » avec un test de Student (comparaison de deux moyennes quantitatives) au seuil de significativité $p < 0,05$, car nous constatons directement qu'il n'y a pas de lien entre les deux variables. Le fait d'avoir un nombre de médicaments élevés n'a pas d'influence sur la connaissance des modalités de prise. (Figure 31)

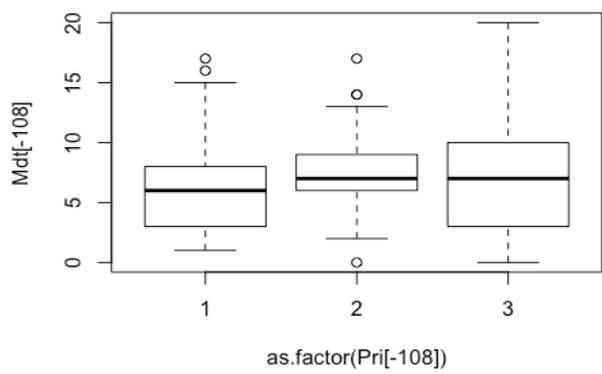


Figure 31 : Lien entre le nombre de médicaments et la connaissance des modalités de prise des médicaments

De manière générale, nous pouvons dire que le nombre de médicaments a tout de même une influence sur la connaissance du traitement des patients. Plus les séniors ont de médicaments, moins bien ils les connaissent.

IV. Données sur l'adhésion thérapeutique

1. Adhésion thérapeutique des patients

Les réponses aux questions ainsi que l'observation des médicaments au domicile de nos patients nous ont permis d'estimer à 37% le nombre de patients avec une bonne adhésion thérapeutique. (Figure 37)

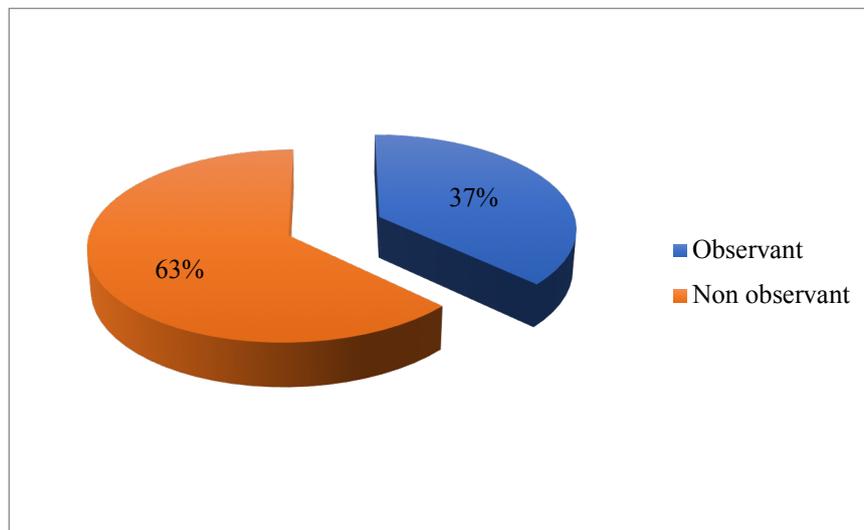


Figure 32 : Répartition des patients en fonction de leur observance

A l'aide de tests statistiques, nous avons analysé la question nous ayant le plus influencé pour classer le patient « observant » ou « non observant ». Nous rappelons que les questions étaient les suivantes :

- Que faites-vous quand vous oubliez ?
- Est-ce qu'il y a des médicaments que vous n'arrivez pas à prendre ? Si oui, lesquels ?
- Est-ce qu'il y a des médicaments que vous ne voulez pas prendre ? si oui, lesquels et pourquoi ?

Pour cela, nous avons fait des tests de Chi 2 avec un seuil de significativité $p < 0,05$ entre les variables observance et oubli, de même avec les variables observance et « médicament que les patients n'arrivent pas à prendre » (X), et également avec les variables observances et « médicament que les patients ne veulent pas prendre » (Y).

Nous obtenons les résultats suivants :

Chi 2 (OBS/OUBLI) : 36,179, $df=1$, $p\text{valeur} = 1,8 \times 10^{-9}$

Chi2 (OBS/X) : 9,2084, $df=1$, $p\text{valeur} = 0,002409$

Chi2 (OBS/Y) : 9,9112, $df=1$, $p\text{valeur} = 0,001643$

Suite à ces résultats, nous pouvons dire qu'il y a significativement un lien entre l'observance et les réponses aux trois questions. Mais pour connaître quelle question nous a le plus influencés, il faut définir les coefficients de corrélation pour le croisement de deux variables dichotomiques à l'aide de l'outil phi.

Phi (OUBLI/OBS) : - 0,48

Phi (X/OBS) : - 0,26

Phi (Y/OBS) : -0,26

L'analyse de ces différentes données permet de constater que l'observance est plus liée aux réponses sur l'oubli, que les autres, et ceci est inversement négatif. Ce qui veut dire que si la personne est considérée comme observante, elle ne fait pas d'oublis, et inversement si elle n'est pas observante, elle fera beaucoup plus d'oublis.

2. Analyse de l'observance en fonction des facteurs associés

Dans cette partie de l'analyse, nous voulons voir si certains facteurs ont une incidence sur l'observance du traitement chez les personnes âgées. Donc, nous réalisons une série de tests de corrélation avec les mêmes facteurs cités précédemment pour la connaissance. Pour cela, nous utilisons des tests de Chi2 et de Student, avec un seuil de significativité $p < 0,05$

- Pilulier

Nous constatons qu'il n'y a pas de lien entre le fait d'avoir un pilulier et l'adhésion thérapeutique. ($Chi2 = 0,54635$, $df=1$, $p\text{valeur} = 0,4598$). (Figure33)

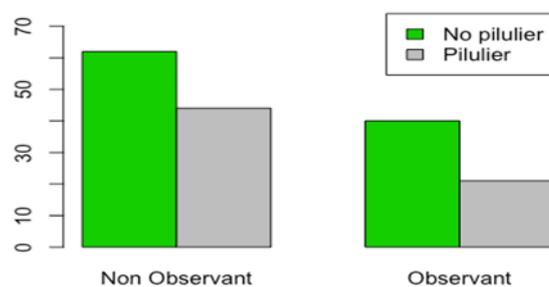


Figure 33 : Lien entre le fait d’avoir un pilulier et l’adhésion thérapeutique

- Sexe

D’après l’analyse des résultats du test de Chi2, nous pouvons dire que le sexe a une influence significative sur l’adhésion thérapeutique (Chi2= 4,6277, df=1, pvalue= 0,03146). Nous pouvons conclure que le fait d’être une femme influence négativement l’adhésion thérapeutique. (Figure 34)

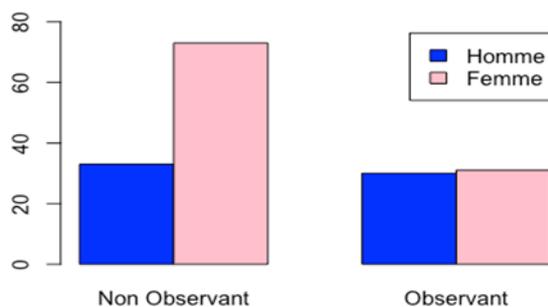


Figure 34 : Lien entre sexe des patients et l’adhésion thérapeutique

- Accompagnement

Après avoir réalisé un test de Chi2, nous concluons qu'il n'y a pas de lien entre le fait de vivre seul ou non et l'adhésion thérapeutique (Chi2= 8,4716^e-31, df=1, p valeur= 1). Que les patients soient isolés ou non, ils ne seront pas de meilleurs observants. (Figure 35)

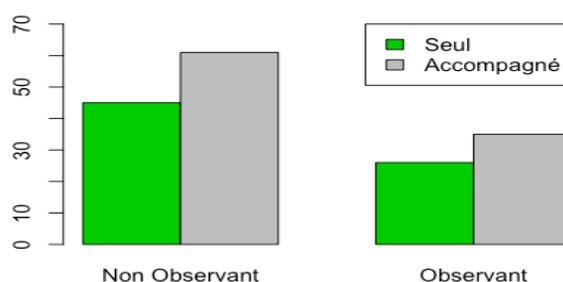


Figure 35 : Lien entre l'accompagnement des patients et l'adhésion thérapeutique

- Présence d'une IDE

D'après les résultats obtenus par le test du Chi2, il n'y a pas de lien significatif entre l'adhésion thérapeutique et le fait d'avoir une infirmière (Chi2= 0,033839, df=1, p valeur= 0,8541). (Figure 36)

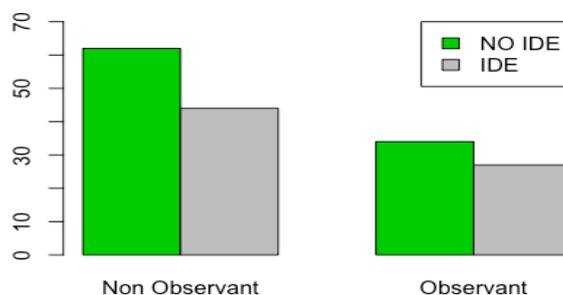


Figure 36 : Lien entre la présence d'une IDE et l'adhésion thérapeutique

- Approvisionnement à la pharmacie

Pour obtenir ces résultats, nous réalisons un test de Chi2, mais comme les effectifs sont inférieurs à cinq, nous sommes obligés de regrouper des catégories, pour avoir un résultat plus représentatif. Pour cela, nous regroupons la catégorie autre et IDE, et cela nous permet d'affirmer qu'il y a un lien significatif entre le fait de se rendre à la pharmacie et l'adhésion thérapeutique (Chi2= 9,2303, df=2, pvalue= 0,009901). En effet, le fait de se rendre à la pharmacie influence positivement l'observance. (Figure37)

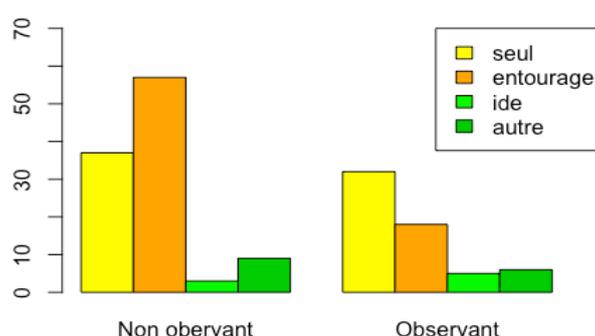


Figure 37 : Lien entre l'approvisionnement à la pharmacie et l'adhésion thérapeutique

- Préparation des médicaments

Comme précédemment, le résultat du test de Chi2 avec toutes les valeurs est inexact du fait d'effectifs trop faibles, donc nous regroupons les catégories « entourage » et « autre ». Et nous obtenons les résultats suivants : Chi2 : 7,0034, df=2, pvalue= 0,03015. Donc nous pouvons conclure que le fait de préparer ses médicaments a une incidence positive sur l'adhésion thérapeutique. (Figure 38)

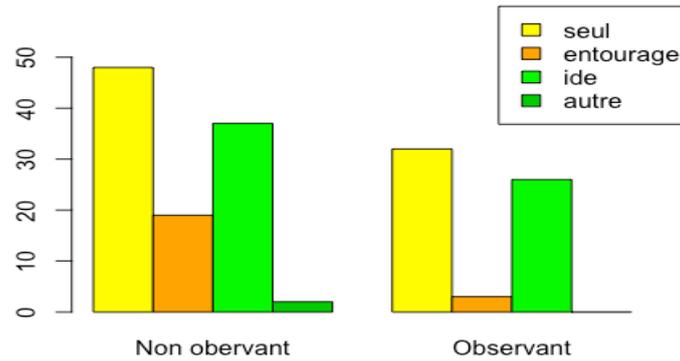


Figure 38 : Lien entre la préparation des médicaments et l'adhésion thérapeutique

- MMS

Pour ce test, nous utilisons un test de Student, qui est un test de comparaison de deux moyennes au risque $\alpha = 5\%$. Nous avons les résultats suivants : p valeur = 0,04868. Donc cela nous permet de dire qu'il y a un lien significatif entre le MMS et l'adhésion thérapeutique. Plus le MMS est élevé, plus le patient est observant. (Figure 39)

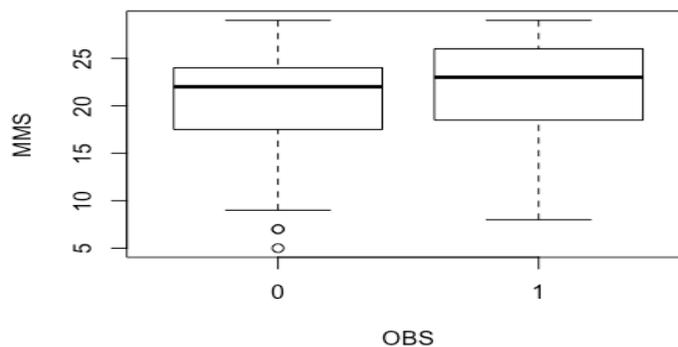


Figure 39 : Lien entre le MMS et l'observance

- Nombre de médicaments

Nous utilisons aussi un test de Student au risque $\alpha=5\%$. Nous concluons, suite aux résultats, qu'il y a une influence significative du nombre de médicaments sur l'adhésion thérapeutique ($p\text{valeur}=0,02529$). En effet, plus il y a des médicaments, moins les patients sont observants. (Figure 40)

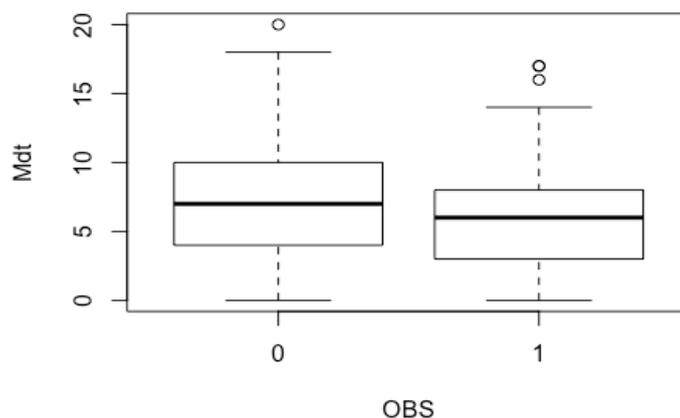


Figure 40 : Lien entre le nombre de médicaments et l'adhésion thérapeutique

V. **Relation entre connaissance /autonomie dans la gestion/adhésion thérapeutique**

Pour se faire, nous réalisons un test de χ^2 , et nous concluons qu'il n'y a pas de lien entre la connaissance du nom des médicaments et l'observance estimée. ($\chi^2= 4,1165$, $df=2$, $p\text{valeur}= 0,1277$) (Figure 41)

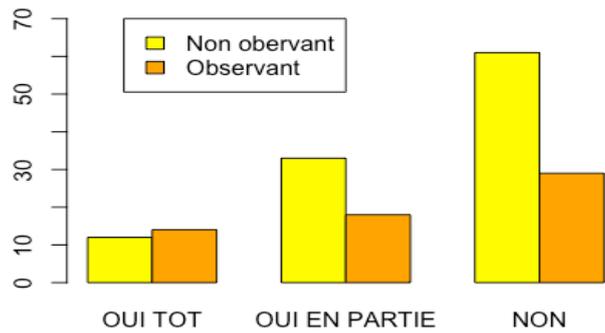


Figure 41 : Lien entre la connaissance du nom des médicaments et l'adhésion thérapeutique estimée.

D'après les données statistiques obtenues par le test du Chi 2, nous pouvons déduire qu'il n'y a pas de lien entre la connaissance de l'utilité des médicaments et l'observance estimée. (Chi2= 5,4962, df= 3, pvaleur= 0,1389).

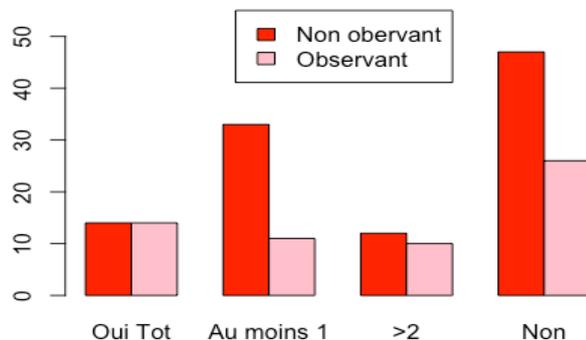


Figure 42 : Lien entre la connaissance de l'indication des médicaments et l'adhésion thérapeutique estimée.

Suite aux résultats du test du Chi2, nous pouvons tirer la conclusion suivante : il n'y a pas de lien significatif entre la connaissance des modalités de prise des médicaments et l'adhésion thérapeutique. (Chi2 = 1,8973, df= 2, pvaleur= 0,3873) (Figure 43)

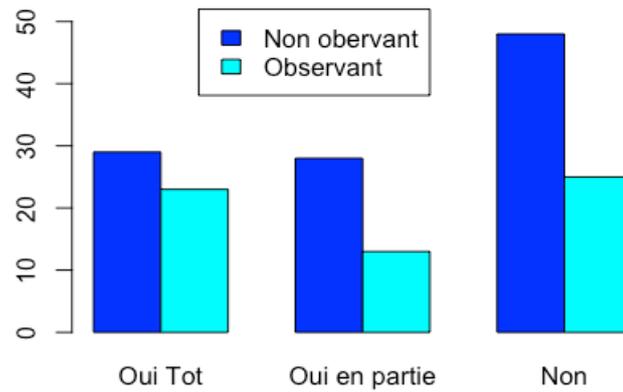


Figure 43 : Lien entre la connaissance des modalités de prise des médicaments et l'adhésion thérapeutique estimée.

En conclusion, la connaissance des traitements n'a pas d'influence sur l'adhésion thérapeutique mais le fait d'être autonome dans l'approvisionnement et la préparation améliore l'adhésion thérapeutique.

DISCUSSION

I. Forces de notre étude

La force de notre étude est de s'être intéressé avec précision aux médicaments des personnes âgées vivant à domicile et d'avoir intégré à l'EGS des questions spécifiques à la connaissance du médicament (nom, indication, modalité d'administration), à sa gestion en termes d'approvisionnement et de préparation ainsi qu'à l'adhésion thérapeutique de nos patients. En effet, dans la lutte contre la iatrogénie, avant même de prescrire ou d'optimiser des prescriptions, il faut avant tout se demander, en tant que professionnels de santé, si le patient comprend son traitement, s'il est en capacité de gérer ses médicaments et ainsi de les prendre correctement. Le cas échéant, il faut s'interroger sur les barrières d'une mauvaise adhésion thérapeutique afin de pouvoir in fine, améliorer l'ensemble de la prise en charge. Or finalement, peu, voire aucune étude n'est publiée sur les personnes âgées telles que notre cohorte.

L'autre intérêt de notre travail est d'avoir pu réaliser cette étude dans le milieu de vie de nos patients. En effet, nous avons pris le temps, lors des visites à domicile pour l'évaluation gériatrique, d'observer l'environnement (surstockage de médicaments, erreurs dans le pilulier...) afin de mieux évaluer l'adhésion thérapeutique en dehors du questionnaire classique du patient dont les réponses peuvent ne pas refléter la réalité.

La pluriprofessionnalité de l'équipe et notamment le travail en binôme gériatre pharmacien est un atout majeur dans la réalisation de tels travaux. L'intégration, en tant qu'externe, en pharmacie aux travaux de cette équipe est très formateur pour notre futur exercice professionnel. En effet, ce modèle de travail collaboratif en pluriprofessionnalité autour des besoins identifiés de nos patients permettra d'améliorer et de mieux sécuriser la prise en charge médicamenteuse des aînés.

Enfin, outre l'évaluation de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique de nos patients, à travers cette étude, nous avons également essayé de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer ces deux paramètres.

II. Limites de notre étude

Le questionnaire, pour cette étude, intégré en fin d'EGS, déjà très chronophage pour nos patients âgés, a pu être plus ou moins bien vécu par les patients. Il aurait très certainement fallu le faire à distance de l'évaluation multidimensionnelle mais cela aurait alors impliqué de revenir chez nos patients avec toutes les contraintes d'organiser des rendez-vous au domicile et devoir se libérer un autre temps pour l'équipe avec des déplacements également chronophages.

Il existe différents types de biais dans notre travail.

1. Biais de mesure :

- Comme dit précédemment, le questionnaire a été réalisé à la fin de l'entretien gériatrique standardisé. Les patients étant déjà beaucoup sollicités en amont, et parfois lassés par les questions ne prenaient plus beaucoup d'entrain à y répondre.
- Nous n'avons pas formalisé de grille particulière pour explorer les barrières de non adhésion mais seulement un commentaire réservé à l'évaluateur, ce qui peut manquer d'objectivité.
- Le problème majeur dans notre étude est le fait de ne pas avoir de modèle précis pour analyser la connaissance et l'observance. Nous avons décidé d'estimer la connaissance par la capacité à dire le nom, l'indication et les modalités de prises. Nous avons pris le choix de catégoriser les réponses en différentes propositions « Oui totalement », « Au moins 2 » « Au moins 1 » « Non », pour avoir plus d'indications sur la connaissance. Nous avons demandé aux patients de citer le nom de chaque médicament qu'ils connaissaient, en essayant d'éviter de lire l'ordonnance. Nous n'avons pas fait de différence entre le nom du princeps et du générique. Pour l'indication, nous avons accepté comme réponse l'indication précise, mais également l'organe sur lequel il agit « médicament pour le cœur » « médicament pour la prostate » etc.... Pour les modalités de prise, nous avons pris en compte si le sujet arrivait à dire à quel moment de la journée il prenait ses médicaments (matin, midi, soir, coucher), nous ne sommes pas rentrés dans les détails de la prise (prise à jeûn du Levothyrox, ou au milieu du repas pour les anti-inflammatoires par exemple).
- Il en est de même concernant l'adhésion thérapeutique. Ayant choisi de faire des questions ouvertes sur les oublis et les médicaments qui posent problème dans la prise

en charge, nous avons émis un score d'observance lié à l'interprétation des commentaires de l'évaluateur. Ainsi, l'adhésion thérapeutique estimée peut être biaisée par notre jugement.

2. Biais de sélection

- Même s'ils représentent peu de données (10 questionnaires), il aurait fallu exclure les réponses des aidants pour ne pas fausser les résultats sur la connaissance des patients de leur traitement.
- Les patients évalués par l'EMG ne sont pas demandeurs de l'EGS. Si toutefois, un consentement oral leur est demandé pour la visite à domicile, certains peuvent sembler parfois lassés par l'ensemble des questions qui leur sont posées.

3. Biais de mémorisation ou de déclaration

- Certains séniors ont sûrement omis de citer certains médicaments car sur le moment précis, ils ne se les rappelaient pas, surtout suite aux nombreuses questions que nous leur avons posées auparavant, ou dû à leurs troubles mnésiques ; mais en réalité ils le connaissent. D'autres n'ont pas été totalement honnêtes dans la gestion de leur traitement et de leur connaissance, car ils ont pu avoir peur de jugement, et nous avons tendance à surestimer l'adhésion. C'est là toute la complexité du problème, et c'est la raison pour laquelle nous avons décidé de nous aider, en plus, du lieu de vie afin de pouvoir faire d'autres observations pour justifier ou non l'observance. L'utilisation d'un questionnaire est facile, rapide et peu onéreuse, mais n'a pas la vraisemblance d'un dosage direct d'un médicament (mais qui est impossible à faire sur un échantillon aussi grand de personnes avec la multitude de médicaments qu'ont chacun d'entre eux).

Finalement, peut-être qu'un trop grand nombre de paramètres ont été évalués la fois et que cet état des lieux peut être un préliminaire à d'autres études ultérieures plus approfondies.

III. Comparaisons avec la littérature

1. Données socio-démographiques

En 2020, il est estimé que 9,3 % de la population totale correspond aux personnes âgées de 75ans et plus. (52) L'âge moyen de notre échantillon de séniors est de 83 ans, ce qui est en adéquation avec l'espérance de vie de la population du quatrième âge, estimée à 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes en France en 2017. (53)

De plus, dans notre étude, nous avons estimé la part de femmes à 62%, ce résultat peut être expliqué par différentes raisons. Tout d'abord, l'espérance de vie des femmes est supérieure à celles des hommes (85 ans en 2017 contre 78,9 ans pour les hommes) , puis la part de mortalité due à des affections chroniques est plus importante dans la population masculine que féminine. (3)(54) En effet, les femmes déclarent plus de maladies liés aux os, aux articulations, et à la dépression et les hommes des maladies cardiovasculaires et de diabète. (55) Ces chiffres coïncident à la répartition des sexes chez les séniors en France, car en 2017, il a été estimé que 57% des personnes âgées sont des femmes. (3) Par ailleurs, des études prouvent que les hommes sont plus nombreux que les femmes avant vingt-cinq ans et que la tendance s'inverse après soixante-cinq ans.

57% des sujets âgés interrogés vivent seuls. Ce taux est similaire au rapport de Monalisa réalisé en 2013, qui estime que 55% à 60% vivent seuls à un âge moyen de 85 ans. (56) Cet isolement a une augmentation plus notoire chez les femmes, du fait du veuvage.

Dans notre étude, 43% des patients bénéficient du passage d'une infirmière pour l'aide au quotidien. Nous n'avons pas réussi à trouver dans la littérature la proportion à l'échelle de la France.

Nos patients ont un score moyen de MMS égal à 21. En France, le taux de démence chez les sujets âgés de 75 ans et plus est de 10 à 20%. (57) Et d'après un consensus de plusieurs études menées sur 12 348 patients, le score moyen de MMS est de 23 à 24. (58) Nos scores sont à peu près similaires donc nous avons un échantillon assez représentatif de la population, mais il faut quand même rester vigilant dans l'interprétation, car beaucoup de facteurs peuvent influencer le résultat tels que le niveau d'éducation, la maîtrise de la langue.... Donc c'est une aide à l'interprétation, mais ce n'est pas le reflet exact de l'état de démence des séniors.

D'après les chiffres estimés par l'INSEE, 2,5 millions de séniors sont en perte d'autonomie en France, ce qui correspond à une proportion de 30,2% des plus de 75 ans. (1)(59) (60) Dans notre étude, nous avons montré que 41 % sont totalement autonomes dans les activités de la vie quotidienne et 26 % ont une dépendance majeure contre 48 % qui sont totalement dépendants dans les activités instrumentales et 3% totalement autonomes.

Selon une étude menée en 2011 sur les remboursements de l'assurance maladie , il est estimé que 87,9 % des français au-delà de 80 ans consomment au moins un médicament par jour, que sur la tranche d'âge 70 à 80 ans, les séniors prennent environ 8 médicaments par jour, et après 80 ans, environ 10 médicaments par jour. (2)(61) Notre échantillon est un bon reflet de la population car en moyenne, nos patients consomment aussi sept médicaments par jour.

L'automédication n'était pas le sujet de cette thèse mais à la question posée aux patients, 11% seulement ont déclaré prendre par eux-mêmes certains médicaments. Ce chiffre est inférieur à ceux retrouvés dans la littérature (entre 1/3 et 60 %). (62)(63) Une des raisons à cela peut être que dans notre population, moins de la moitié des patients est autonome dans la gestion de ses médicaments. La sous-déclaration peut également expliquer ce chiffre plus bas. Ce que nous pouvons affirmer c'est que les séniors ont moins tendance à s'automédiquer que les sujets plus jeunes, ils ont plus le réflexe d'aller chez leur médecin. Malgré tout, la part d'automédication reste encore importante et inquiétante vu la multitude de risques d'interactions médicamenteuses potentielles.

Nous avons recueilli que 17% de nos patients détiennent un pilulier pour les aider dans la gestion de leur médicament, que 41 % sont totalement autonomes dans l'approvisionnement de leur traitement, et que 48 % sont totalement autonomes dans la préparation de leurs médicaments. Peu de données sont présentes dans la littérature sur ces facteurs, mais l'élément phare qui revient souvent est que, plus les personnes âgées avancent en âge, plus elles perdent d'autonomie, dans toutes les activités de leur quotidien, et donc en particulier dans la gestion de leur traitement.

2. Données sur la connaissance

Comme nous l'avons dit précédemment, nous avons donc choisi de l'estimer sur la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prises.

Sur notre cohorte de 167 patients, 16% seulement ont une bonne connaissance du nom de leurs médicaments, 17% de l'indication et 31% des modalités de prises. Nous verrons ultérieurement les facteurs pouvant influencer cette connaissance. Un travail ayant fait l'objet d'une thèse en 2014, pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine à Lille présente des similarités. (64) Sur les 150 patients interrogés dans différents cabinets de médecin généralistes, seulement 16 % connaissaient leur traitement de façon satisfaisante. De même, ce constat a aussi été établi pour une étude de thèse faite en 2012. (65) Sur 200 patients hospitalisés de plus de 65 ans qui étaient interrogés sur leur savoir médicamenteux, 21,5 % avaient une bonne connaissance de leur traitement, contre 53% qui ont une connaissance insuffisante.

Influence des différents facteurs

Nous avons choisi d'évaluer l'impact de différents facteurs sur la connaissance des médicaments de notre population tels que la présence d'un pilulier, le sexe, l'isolement, la présence d'une infirmière, la gestion et l'approvisionnement des médicaments, le MMS, et le nombre de médicaments.

Nous avons retrouvé une corrélation négative entre le fait d'avoir un pilulier et la connaissance du traitement (surtout en termes d'indication et de nom). Ce même constat a été retrouvé dans l'étude faite par le docteur François sur sa thèse auprès des médecins généralistes, qui interrogent des patients âgés de 18 ans et plus sur les connaissances de leur traitement chronique. (66) Ce dernier a trouvé comme conclusion que le pilulier avait un impact négatif sur la connaissance, que les personnes possédant un pilulier connaissent donc moins bien leur traitement que les autres. Tandis que l'étude menée par Fanello qui mesure l'influence du pilulier sur la connaissance, n'a trouvé aucun impact. (29)

Aucune relation n'a été prouvée entre le niveau de connaissance et le sexe autant dans notre étude que dans celle de François ou encore dans celle d'Hulka qui cherche à trouver l'impact de la relation patient/médecin et les facteurs qui peuvent influencer la prise médicamenteuse chez des sujets atteints de pathologies chroniques (cardiaque ou diabète). (66)(31)

Aucune corrélation n'a été prouvée entre le niveau de connaissance et l'isolement des sujets. Ce même constat a été démontré dans la thèse de François, mais avec une population beaucoup plus jeune, donc non représentative de notre échantillon. Or, ce résultat a aussi été trouvé chez Oudjhani, qui a étudié le niveau de connaissance des sujets âgés de plus de 70 ans en 2012. (66) (67) Ainsi, nous pouvons dire que le fait de vivre seul ou non n'influence en rien la connaissance.

Le fait d'avoir une IDE aurait une influence négative sur le niveau de connaissance. En effet, nous avons pu observer que les sujets qui n'avaient pas d'infirmière connaissaient mieux leurs médicaments que ceux qui en avaient une. Cela semble logique car les seniors qui n'ont pas d'infirmière doivent gérer leur traitement seuls, donc pour la plupart ils connaissent quand, comment et pourquoi ils doivent prendre leur traitement. A l'inverse, ceux bénéficiant d'une IDE à domicile ne sont plus en capacité de gérer leur traitement d'où l'évidence qu'ils ne le connaissent pas. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données comparatives à notre constat.

L'autonomie dans la gestion des médicaments (tant l'approvisionnement à la pharmacie que la préparation en elle-même) a un impact positif sur la connaissance du patient de ses médicaments. Cette démonstration a aussi été mise en évidence dans la thèse de François ou encore dans les études de Fanello, ou de Bertrand et Plent, qui prouvent toutes que les personnes qui prennent seules leurs médicaments ont un meilleur niveau de connaissance. (28)(29)(66) La perte d'autonomie a donc une répercussion négative sur le niveau de connaissance de la prise médicamenteuse. L'HAS dit que pour qu'un patient chronique prenne correctement son traitement, il faut qu'il soit acteur de sa prise en charge et, pour se faire, il faut qu'il ait le plus d'informations possibles et que le personnel soignant l'implique dans sa thérapeutique. (10)

Notre étude a prouvé que plus le MMS des seniors est élevé, plus ils ont un niveau de connaissance élevé. Cela semble logique vu que le MMS correspond à un score de démence. Plus il y a de troubles cognitifs, moins les connaissances sont bonnes et cela est vrai autant pour les médicaments que pour l'intégralité du savoir. Malheureusement, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de comparaison similaire. Beaucoup d'études ont été réalisées sur la maladie d'Alzheimer mais peu se sont dirigées sur les troubles cognitifs de la personne âgée en général.

Le nombre de médicaments a un impact négatif sur la connaissance du traitement en général. En effet, plus le nombre de médicaments est élevé, plus le niveau de connaissance est faible. Nous avons pu voir que nos résultats sont en adéquation à ceux trouvés dans les études

de François, de Chung, De Bertrand et Plett, et Hulka. (28)(30)(31)(66) Nous avons une divergence avec ceux trouvés par Dhote en 1997 dans la revue pharmaceutique, qui lui dit que le nombre de médicaments n'a pas d'impact sur la connaissance, mais il admet tout de même qu'à partir de sept médicaments comptabilisés, le niveau de savoir commence à fléchir. (68)

Nous n'avons pas voulu évaluer l'impact de l'âge sur le niveau de connaissance, car notre échantillon ne comprend que des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, et dans cette catégorie du 3^{ème} et 4^{ème} âge, l'âge n'a pas vraiment d'incidence car le déclin peut varier d'une personne à l'autre d'âges différents. Beaucoup d'études ont prouvé que l'âge a une influence sur le niveau de connaissance, mais sur notre échantillon de personnes ce qui est influence vraiment est le niveau d'autonomie. (66)(68)(69)(70) La personne âgée est souvent polymédiquée, et cette multitude de principes actifs a un impact sur le savoir total de son traitement. Du fait de son grand âge, elle a moins accès à l'information que ces condisciples plus jeunes (internet, revues, pharmacie etc) et a plus de difficulté à la mémorisation des informations.

3. Données sur l'adhésion thérapeutique

Nous avons estimé que dans notre population ,seulement 37% des patients sont adhérents dans leur prise en charge médicamenteuse. Sur les différentes études retrouvées, le taux d'adhésion était compris entre 26 et 59 %. (35)(71)(72)(73)(74)(75)(76) Beaucoup d'études se sont intéressées à l'adhésion thérapeutique des patients mais avec des méthodes d'évaluation différentes, expliquant des résultats si différents dans la littérature. Dans notre étude, nous avons choisi de l'évaluer à travers 3 questions au patient mais également par notre propre observation au domicile de la personne évaluée. C'est l'originalité de notre travail mené directement dans le milieu de vie des patients. De plus, l'analyse de l'adhésion thérapeutique se fait, pour la plupart du temps, sur une seule pathologie chronique (HTA, diabète, etc...). Ici, nous avons choisi d'estimer l'adhésion globale sur l'ensemble du traitement médicamenteux. Dans les années 2000, beaucoup d'efforts se sont dirigés sur les seniors et en particulier sur l'étude de leur observance thérapeutique donc il est plus facile pour nous de pouvoir comparer les résultats.

Influence des différents facteurs

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre l'adhésion thérapeutique et le fait d'avoir un pilulier. Ce même constat a été obtenu lors de l'étude de cas en cabinet de médecins généraliste pour le docteur François. (66) De plus, aucune autre étude n'a été menée sur cette observation dans la littérature.

Dans notre population, un lien a été mis en évidence entre le sexe et l'adhésion thérapeutique. Le fait d'être une femme influence négativement l'adhésion au traitement. Tandis que dans l'étude de François, ainsi que celle De Zoghiami, il n'y a aucune corrélation entre le sexe et l'observance. (66) (75) Mais, chez Lombardi, au contraire, les femmes ont une meilleure observance de leur traitement que les hommes. (70) Suite à ces résultats très divers, nous ne pouvons pas conclure sur le fait que le sexe a un véritable impact sur l'adhésion thérapeutique des traitements.

Dans notre cohorte, l'isolement n'a pas d'influence sur l'observance médicamenteuse. Nous avons retrouvé la même conclusion dans la thèse du docteur François. (66) Mais, dans l'étude de Tiv et al, sur les patients diabétiques, l'isolement social et familial est un facteur de mauvaise adhésion thérapeutique. (77) Il est alors difficile de conclure sur le lien entre l'isolement et l'adhésion thérapeutique. Il me semble que le fait d'être entouré et pris en charge a tout de même une influence positive sur la prise en charge médicamenteuse car l'entourage veille souvent au bien-être du patient.

Il n'y a pas de corrélation entre le fait d'avoir une IDE et l'adhésion thérapeutique. Ce résultat peut s'expliquer car la présence d'une IDE peut simplement signifier qu'elle prépare un pilulier sans administrer les médicaments au patient. Ainsi, si on veut s'assurer de la bonne prise des médicaments par le patient, il faut, dans ce cas, préciser les besoins aux IDE.

L'autonomie dans la gestion des médicaments a un réel impact sur l'adhésion thérapeutique des médicaments. Nous avons montré dans notre étude, que les patients qui restent actifs dans leur prise en charge, autant en termes d'approvisionnement à la pharmacie que de préparation des médicaments, ont une meilleure adhésion dans leur prise en charge médicamenteuse. Des résultats similaires ont été retrouvés dans la thèse du docteur François, qui dit que les patients les plus autonomes ont pour la plupart une bonne adhésion thérapeutique

à leur traitement. (66) De même, l'étude de Sidot démontre également que les patients les plus grabataires sont souvent moins observants. (78) D'où la nécessité, en tant que professionnel de santé, d'éduquer les patients sur leur traitement chronique et de responsabiliser les sujets tant qu'ils en sont encore capables. Un patient pro-actif dans sa prise en charge aura une meilleure adhésion thérapeutique et également moins de risques de iatrogénie.

Nous constatons un impact positif du MMS sur l'adhésion thérapeutique. En effet, plus le MMS est élevé, meilleure est l'adhésion thérapeutique. Le MMS étant un reflet des fonctions cognitives du patient, tant qu'il est conservé à un score élevé et donc tant que le patient est en possession de ses fonctions cognitives, il est plus responsable de sa prise en charge et y adhère mieux. D'où la nécessité d'instaurer des aides quand les personnes âgées se retrouvent dans un déclin de leurs fonctions cognitives. Comme vu précédemment, beaucoup d'études ont été faites sur Alzheimer, mais nous n'avons rien retrouvé dans la littérature sur l'impact du MMS sur l'adhésion thérapeutique des sujets âgés.

Nous retrouvons une corrélation entre le nombre de médicaments et l'adhésion thérapeutique dans notre échantillon de personnes. En effet, plus le nombre de médicaments est important, moins l'adhésion thérapeutique est bonne, donc un nombre élevé de médicaments a un impact négatif sur l'observance. Ce même constat a été retrouvé dans la thèse du docteur François, ainsi que dans celle J. Anandamanoharan, qui ont tous deux démontré qu'un faible nombre de médicaments était source d'une meilleure adhésion thérapeutique. (66)(79) Lombardi, quant à lui, dans son étude dit que l'adhésion thérapeutique varie peu selon le nombre de médicaments, à part pour les patients ayant 7 médicaments. (70) Donc, nous pouvons conclure qu'un nombre faible de médicaments serait protecteur pour l'adhésion thérapeutique, d'où l'importance de l'optimisation thérapeutique chez le sujet âgé, et de la dispensation en préférence d'associations de médicaments.

Dans notre étude, nous ne nous sommes pas intéressés à l'âge comme facteur influençant l'adhésion thérapeutique, pour les mêmes raisons qu'auparavant. Mais en se rapportant à la littérature, nous nous sommes rendus compte que les avis divergent. Lombardi et Tiv et al, s'accordent à dire que les sujets âgés ont une meilleure observance que les jeunes, tandis que Sidot prouve le contraire. (70)(77)(78) Nous avons plus tendance à penser que les sujets âgés ont une moins bonne observance du fait de leurs troubles cognitifs et de leur perte de capacité, ce qui est un fait. Mais cette catégorie de personnes est, par ailleurs, beaucoup plus en contact

avec le corps médical avec un meilleur suivi. De plus, les séniors sont retraités et donc n'ont pas les contraintes horaires d'une personne active qui peuvent influencer sa prise médicamenteuse. Ainsi, il est donc difficile de dire si l'âge a réellement un impact sur l'adhésion thérapeutique car dans les deux catégories de patients, on retrouve des freins.

4. Mise en relation de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de corrélation entre la connaissance et l'adhésion thérapeutique. En effet, nous pouvons expliquer cela par le fait que certains patients prennent leurs médicaments sans les connaître ni avoir le désir de les connaître. De même, certains patients sont observants juste parce qu'ils ont un entourage ou une infirmière qui leur fait prendre leur médicament mais ne connaissent en rien leur traitement, ne sont pas acteurs de leur prise en charge. Par ailleurs, certains patients connaissent eux, très bien leur traitement, leurs modalités de prise et l'indication mais ne le prennent pas correctement. Donc la connaissance n'a pas forcément une influence sur l'observance. (79) Coopere s'accorde à notre étude en disant qu'il n'y a aucun lien entre la connaissance et l'observance chez les patients traités en prévention primaire d'une HTA. (73) Mais, au contraire Bizouard et Jungers, ainsi que le docteur François prouvent qu'il y a un lien significatif entre l'adhésion thérapeutique et la connaissance chez les patients chroniques de tout âge. (66) (72) Ainsi, il est probable que la corrélation entre la connaissance et l'adhésion thérapeutique soit vraie en fonction de l'âge. Il semble logique, au premier abord, que plus on connaît son traitement, mieux on y adhère, mais la méconnaissance peut aussi être une façon de se protéger (certains patients préfèrent ne pas connaître car c'est rassurant pour eux, mais sont tout de même observants) et n'est pas toujours un frein à l'adhésion thérapeutique. D'autre part, la non adhésion à un traitement peut être le fait de nombreuses autres barrières que la méconnaissance.

5. Pistes d'amélioration de la connaissance et de l'adhésion thérapeutique des patients âgés, quelle place pour le pharmacien d'officine ?

Pour l'amélioration des connaissances, le premier élément doit être de s'interroger sur ce que connaît le patient et son envie de connaître. Ce paramètre n'influençant pas, à lui seul, l'adhésion thérapeutique, il ne sera pas nécessaire de vouloir à tout prix transmettre des connaissances à un patient qui ne le désire pas. Notre étude montre qu'un patient qui se rend

chez son pharmacien et qui prépare ses médicaments a de meilleures connaissances. On peut alors supposer que le pharmacien, expert du médicament, lui transmet un certain nombre de connaissances lors des dispensations. Il doit travailler en collaboration avec le médecin généraliste pour diffuser des messages communs et donner des informations aux patients qu'ils n'ont parfois pas eues ou pas encore intégrées lors de leur rendez-vous médicaux.

Concernant l'adhésion thérapeutique, on pourrait envisager que le pharmacien, dans ses nouvelles missions tels que les bilans partagés de médication, se rende à domicile pour le premier entretien dit « de recueil ». Il pourrait ainsi évaluer, dans le milieu de vie du patient, son adhésion thérapeutique et identifier des freins. A l'issue de l'évaluation et de l'analyse fine réalisée entre professionnels de santé des soins primaires (médecin, généraliste, pharmacien, +/- IDE, +/- spécialistes...) selon les besoins des patients, des axes d'amélioration pourraient être proposés tels que le changement d'une forme galénique non adaptée, le changement des modalités d'administration, l'arrêt de certains médicaments non appropriés, sans indication ou pourvoyeurs d'effets indésirables, la prescription d'association de principes actifs en vue de diminuer le nombre de prises médicamenteuses par jour, la préparation des doses à administrer (PDA) (80)(81) ou encore la mise en place d'une aide à la prise des médicaments.

Le pharmacien a donc un rôle clé dans la prise en charge des séniors. En effet, étant le professionnel de santé directement en contact du patient en ville sans rendez-vous, c'est le premier acteur de santé vers lequel les sujets peuvent se tourner pour parler de leur traitement. De plus, les patients entretiennent une étroite relation de confiance avec leur pharmacien à qui ils se confient facilement. Le pharmacien se doit d'une capacité d'écoute et d'empathie. Il a un rôle éducatif. A chaque ordonnance, il doit réexpliquer simplement l'objectif du traitement, s'assurer que le patient a bien compris et lui donner les conseils supplémentaires pour avoir une prise en charge optimale. C'est la raison pour laquelle désormais, durant nos études, nous devons être formés à l'éducation thérapeutique. (82)

Dans ce contexte de vieillissement de la population, le Ministère de la Santé a décidé de lancer de nouvelles missions pour que le pharmacien devienne plus acteur dans la prise en charge clinique du patient, afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse, mais également

de soulager les médecins et les infirmiers et permettre de faire des économies en termes de dépenses de santé.

Voici abordées brièvement ces nouvelles missions :

La PDA : Préparation des doses à administrer (80)(81)

« En pratique, il s'agit de la mise en sachet ou en pilulier des traitements prescrits pour chaque résident en fonction des modalités d'administrations prescrites par le médecin ». Cela est souvent fait entre un EHPAD et une pharmacie d'officine mais elle commence aussi à être faite au cas par cas pour des patients d'officine qui ont des problèmes dans la gestion de leur traitement. Elle a été développée pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse évitable, en sécurisant l'organisation du circuit du médicament.

L'objectif majeur de la PDA est d'administrer au bon résident, le bon médicament, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment selon les règles d'hygiène et le RCP. Cela permet alors de sécuriser le circuit du médicament, un gain économique, et une véritable économie du temps infirmier. Le fait de faire préparer au pharmacien les traitements des résidents permet de soulager énormément les infirmiers qui souvent travaillent à flux tendu. Ces derniers auraient plus de temps pour réaliser leurs actes médicaux, pour mieux s'occuper des résidents et cela permettrait d'éviter des erreurs non négligeables sur la préparation des traitements, qui arrivent malheureusement quand le travail est fait dans le stress et la précipitation.

La PDA a été mise en place dans un contexte de polymédication, du fait de l'apparition de différentes maladies chroniques liées à l'âge. Les séniors sont souvent perdus face à la multitude de médicaments, des prescripteurs, et des contraintes de prise. La mise en place de cette PDA leur permet ainsi de décharger ce travail à un personnel soignant dans lequel souvent il a plus confiance et a pour but d'éviter des erreurs qui pourraient être dommageables.

De plus, cette population peut avoir des problèmes physiques liés à l'âge : telle que la perte de sensibilité des doigts qui devient un frein à l'ouverture des boîtes et des blisters, et les problèmes de déglutition. La PDA permet ainsi de soulager la personne âgée et de modifier la

galénique des médicaments, quand cela est possible, pour que le patient puisse prendre au mieux son traitement.

Par ailleurs, les posologies des traitements chroniques sont souvent fractionnées dans le temps, mais aussi dans la dose en fonction de l'effet que le médicament a sur la physio/pathologie des aînés ; cela engendre un risque d'erreurs et d'interactions médicamenteuses, et une véritable organisation dans la prise en charge du traitement. Ainsi, la PDA permet également que cette action soit sous la responsabilité d'un personnel soignant.

Entretiens pharmaceutiques (83)

Les entretiens pharmaceutiques ont été mis en place en officine lors de la convention nationale de 2012. Le but de cet outil est d'évaluer les connaissances de certains patients vis à vis de leur pathologie chronique, et de leur apporter toutes les informations nécessaires qui leur permettraient d'avoir la meilleure observance et la meilleure prise en charge vis-a-vis de leur maladie. Des fiches de route ont été créées pour le pharmacien d'officine, afin qu'il ait une trame dans l'organisation de son entretien. Les instances se sont intéressées en particuliers au patient sous AVK, AOD et les personnes souffrant d'asthme.

L'entretien pharmaceutique se déroule dans une salle isolée de l'officine, dans laquelle le pharmacien et le patient peuvent dialoguer librement. Le professionnel de santé récolte d'abord l'ensemble des connaissances du patient puis, suite à son bilan, il peut proposer au patient de bénéficier d'une éducation ou d'un accompagnement thérapeutique. Son rôle est d'aider à la compréhension de la maladie et des traitements, d'aider à la compréhension des examens médicaux (par exemple INR pour les AVK), donner des techniques ou des astuces pour une meilleure observance (pilulier, alarme, mettre le pilulier à côté d'un objet qu'on utilise au quotidien), donner les conseils nécessaires si on oublie de prendre le traitement, les précautions médicamenteuses et alimentaires à prendre en compte, soutenir et accompagner le patient, et même l'orienter vers d'autres professionnels de santé si il en émet le besoin.

L'idéal est de réaliser deux entretiens par an et ensuite d'en faire un chaque année pour bien accompagner le patient dans sa prise en charge. Le but majeur est de limiter la iatrogénie, d'éduquer et de faire de la prévention pour les patients. Le pharmacien a un rôle majeur par sa proximité (en ville) avec les patients, mais également grâce à son expertise du médicament et

son rôle de conseil. In fine, cela permet d'aider le patient à adhérer et à s'approprier son traitement tout en développant ses connaissances vis à vis de son traitement.

Dans la continuité de la prise en charge pluridisciplinaire des soins, l'HAS a développé un nouvel outil qui place le pharmacien au sein de la prise en charge clinique du patient : Les bilans de médicaments. (84)(85)

Bilans de médication

Le bilan partagé de médication est décrit par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ».

C'est un outil développé dans le bénéfice du patient. Il a pour but d'améliorer l'adhésion thérapeutique des traitements, de lutter contre la iatrogénie et permettre l'adhésion du patient au traitement. Le pharmacien va avoir un rôle clé dans ces BPM car il va être le premier interlocuteur et va permettre de déceler les interactions médicamenteuses et réduire au maximum les effets indésirables des traitements. C'est un véritable travail pluridisciplinaire qui permet aux médecins et au pharmacien de travailler main dans la main dans l'intérêt du patient.

Les patients éligibles sont les patients de plus de 65 ans et avec au moins une ALD, et/ou les patients qui ont plus de 75 ans, avec au moins cinq principes actifs dans le traitement chronique, pour une durée consécutive supérieure ou égale à 6 mois.

Les objectifs d'un bilan de médication partagé sont :

- Lutter contre la iatrogénie
- Aider à l'adhésion au traitement
- Optimiser la prise des médicaments
- Etre à l'écoute du patient

Ils sont réalisés par les pharmaciens de l'officine inscrits à l'ordre, dans un espace confidentiel à l'officine. Après avoir obtenu l'adhésion du patient et son consentement, le but est de recueillir l'ensemble des informations sur les traitements et la maladie, d'évaluer l'observance grâce au questionnaire Girerd et faire une analyse des traitements (évaluation du

profil de la personnes, classement des médicaments par domaine, recherche d'éventuelles interactions médicamenteuses, des contre-indications, des associations déconseillées ou inappropriées selon le profil de la personne, émission de précautions d'emplois, analyse de l'origine d'effets indésirables si y en a, surveillances à mettre en place) Suite à cela, le pharmacien synthétise un bilan et définit un score d'observance grâce au questionnaire Girerd (Chaque réponse négative = 1 point : Bonne observance : score=6, Faible observance, score= 4 ou 5, Non observance : score < 3)

Le bilan avec les recommandations et les commentaires est alors transmis au médecin par messagerie sécurisée. Suite à la réponse du médecin, le pharmacien réalise un entretien conseil dans lequel il explique au patient l'analyse réalisée ainsi que les échanges avec le médecin traitant et réalise un petit bilan simple de ses traitements, de sa maladie, et lui apporte des conseils hygiéno diététiques.

Un bilan, une année plus tard, est attendu dans les directives comme pour les entretiens pharmaceutiques pour permettre un bon suivi du patient. Les objectifs majeurs sont donc aussi de minimiser les interactions thérapeutiques, éviter la iatrogénie, et les effets indésirables imputables à une mauvaise observance.

CONCLUSION

En conclusion, notre travail montre l'intérêt de s'intéresser de près, chez tous les patients âgés, à la connaissance qu'ils ont de leurs médicaments ainsi qu'à leur adhésion thérapeutique en lien avec leurs capacités à s'autogérer dans la prise de leurs médicaments. Cette démarche doit être entreprise en pluriprofessionnalité entre médecins généralistes et pharmaciens d'officines au travers des nouvelles missions confiées à ces derniers. La prise en charge de nos aînés n'en sera que plus optimale et sécurisée et le risque de iatrogénie limité.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>
2. HCAAM. Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques [Internet]. 2015 (consulté le 10/04/2018). Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf.
3. Dress, Santé Publique France. Etat de santé de la population en France [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
4. OMS | Vieillesse [Internet]. WHO. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
5. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
6. Kim H-A, Shin J-Y, Kim M-H, Park B-J. Prevalence and Predictors of Polypharmacy among Korean Elderly. PLoS One. 2014 Jun 10;9(6):e98043.
7. Haider SI, Haider SI, Johnell K, Weitoft GR, Thorslund M, Fastbom J. The Influence of Educational Level on Polypharmacy and Inappropriate Drug Use: A Register-Based Study of More Than 600,000 Older People. J Am Geriatr Soc. 2009 Janv 1;57(1):62-9.
8. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16730619>
9. Iatrogénie médicamenteuse [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/iatrogenie-medicamenteuse/iatrogenie-medicamenteuse>
10. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
11. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. Rev Med Int. août 2004;
12. Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? Br J Clin Pharmacol. nov 2002;54(5):550-2.
13. Afssaps. iatrogénèse médicamenteuse. juin 2005;12.

14. Mark Ruscin. Pharmacocinétique des personnes âgées. déc 2018; Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/traitement-m%C3%A9dicamenteux-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/pharmacocin%C3%A9tique-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>

15. Jyrkkä J, Vartiainen L, Hartikainen S, Sulkava R, Enlund H. Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+Study. Eur J Clin Pharmacol. 2006 Feb 1;62(2):151-8.

16. Omedit Val de Loire. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. févr 2016; Disponible sur: https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Prescription%20m%C3%A9dicamenteuse%20chez%20la%20personne%20%C3%A2g%C3%A9e_0.pdf

17. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C, et al. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet Lond Engl. 14 juill 2007;370(9582):173-84.

18. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant

19. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 25 févr 2020]. 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>

20. PAERPA : Parcours de santé des aînés - Ville de Bordeaux [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville-de-bordeaux>

21. HUG – DM CPRU – Service de médecine de premier recours. Evaluation gériatrique standardisée. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf

22. Gériatrie, ADL/IADL [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/geriatrie>

23. Conciliation médicamenteuse [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/conciliation-medicamenteuse-0>

24. HAS. Initiative des HIGH 5s. Medication reconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexperimentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
25. What do general practice patients know about their prescription medications? - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12386662>
26. R. Dhôte, O. Conort, G. Hazebrouck, B. Christoforov. Les patients hospitalisés connaissent-ils leurs traitements ? J Pharm Clin. 5 sept 1997;16(2):117-20.
27. Akici A, Kalaça S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. Pharmacology and drug safety, 2004;
28. Bertrand F, Plent L, Fournier JP, Martinez P, Mahagne MH, Ducoeur S et al. Les malades connaissent-ils leurs médicaments? Enquête réalisée sur quatre-vingt-dix-sept patients hospitalisés aux urgences. Sem Hop ; 1993;145-149.
29. Fanello S, Dutartre N, Jousset N, Delbos V, Girault C. Les personnes âgées et leurs médicaments. La revue de gériatrie. mars 2000;161-167.
30. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. 1 juin 2002;39(6):605-8.
31. Hulka BS, Cassel JC, Kupper LL, Burdette JA. Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. Am J Public Health. sept 1976;66(9):847-53.
32. Persell SD, Heiman HL, Weingart SN, Burdick E, Borus JS, Murff HJ et al. Understanding of drug indications by ambulatory care patients. Am J health Syst Pharm, déc 2004;
33. Vike GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. J Emerg Med. 2000;327-30.
34. Définitions : observance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/observance/55422>

35. World Health Organization. Adherence to long-term therapies : Evidence for action. Genève WHO. 2003;211 p.
36. Benoit M, Pon J, Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance ? In: L'encéphale. 2009. p. S87-90.
37. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? - EM|consulte [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>
38. Scheen AJ, Giet D. Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liege. 2010;239-45.
39. Costagliola D, Barberousse C. Comment mesurer l'observance ? :10.
40. Jung. L'observance. Faculté de médecine d'Amiens. DES médecine générale. 2007 ; 22 pages. L'observance. DES médecine générale. Faculté de médecine d'AmiensDES médecine générale. :22 pages.
41. Allenet B, Baudrant M, Lehmann A, Gauchet A, Roustit M, Bedouch P et al. Comment évaluer l'adhésion médicamenteuse ? Le point sur les méthodes. Ann Pharm Fr. 2013;135-41.
42. Jacquin P, Levine M. Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence : comprendre pour agir. Arch Pediatr. janv 2008;89-94.
43. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. Pratiques psychologiques. 2007;1-19.
44. Reach G. Peut-on améliorer l'observance thérapeutique ? La revue du praticien. 2003;1109-12.
45. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales : Quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? Médecine. nov 2006;402-6.
46. Reach G. La non-observance thérapeutique, une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. Médecine. nov 2006;411-15.
47. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant-Concepts et déterminants. Ann Pharm Fr. 2012;15-25.

48. Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging*. 2004;21(12):793-811.
49. Sokol MC, McGuigan K.A, Verbrugge R.R, Epstein R.S. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005 Jun ; 43(6) : 521-30. *Med Care*. juin 2005;521-30.
50. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. *Arch Intern Med*. 1990;841-5.
51. Pierre Lafaye de Micheaux, Rémy Drouilhet, Benoit Liquet. *Le logiciel R. Maîtriser le langage, effectuer des analyses (bio)statistiques*. Springer. 2014.
52. Fiches thématiques sur l'état de santé, les pathologies et la mortalité – Les personnes âgées | Insee [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371786?sommaire=1371789>
53. Le quatrième âge, la nouvelle vieillesse — Nos Pensées [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://nospensees.fr/le-quatrieme-age-la-nouvelle-vieillesse/>
54. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. *Etudes et Résultats DRESS*. juin 2004;12.
55. Répartition et taux de personnes en ALD au 31 décembre 2013 pour le régime général. Site de l'Assurance Maladie. [Consulté le 5 mai 2015]. 5 mai 2015; Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/frequence-des-ald-au-31-12-2013.php>.
56. SERRES Jean-François. Rapport Monalisa. 12 juill 2013; Disponible sur: <https://www.monalisa-asso.fr/images/pdf/rapportmonalisa.pdf>
57. Reconnaître les personnes âgées atteintes de démence. *La revue prescrire*. juin 2014;443.
58. Lin Js et coll. Screening for cognitive impairment in older adults: a systematic review for the U.S preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2013;601-12.
59. Robin Stéphane et al. Autonomie des Personnes âgées. ARS Poitou-Charentes [Internet]. févr 1014; Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/SRP_annexe_autonomiePA_PRS_poitou_charentes.pdf
60. INSEE. Les Séniors. 2018; Disponible sur: file:///Users/user/Downloads/FPORSOC18e_EC5_sante-seniors.pdf

61. Les personnes âgées, grandes consommatrices de médicaments. La Croix [Internet]. 17 sept 2013 [cité 25 févr 2020]; Disponible sur: <https://www.la-croix.com/Ethique/Actualite/Les-personnes-agees-grandes-consommatrices-de-medicaments-2013-09-17-1018098>
62. Automédication : prudence redoublée aux âges extrêmes [Internet]. 2013 [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/01/11/19684-automedication-prudence-redoublee-ages-extremes>
63. Le forfait automédication : une solution à risque ? [Internet]. Mutuelle-conseil.com. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.mutuelle-conseil.com/guide-sante/senior/forfait-automedication/>
64. Warenbourg Henri. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine : Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/1b6475e0-8c7f-4cfb-b53f-7008bc7a6d45>
65. Bouvy G. Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés: étude prospective chez 200 patients. 2012;94.
66. Adrien François. Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016;
67. Oudjhani M, Foison O, Astier A. Est-ce que les sujets âgés connaissent leurs traitements ? J Pharm Clin. 2012;(31(2)):113-6.
68. Dhôte R, Conort O, Hazebrouck G, Christoforov B. Les patients hospitalisés connaissent- ils leurs traitements ? Journal de Pharmacie Clinique. juin 1997;117-20.
69. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? N Z Med J. sept 2002;
70. Lombardi F, Beaurain D, Université de Nice, Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine. Connaissance et observance des traitements cardiovasculaires par les patients en médecine générale. [S.l.]: [s.n.]; 2010.
71. Rhalimi M, Housieux E, Rauss A. Comparaison des outils de repérage de la fragilité. Résultats de l'étude EGO : Evaluation Gériatrique à l'Officine. 3ème Congrès Francophone Fragilité du sujet âgé. 12 mars 2015;
72. Bizouard F, Jungers C. Evaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin-malade. Impact sur l'observance.

Thèse de doctorat en médecine. Grenoble: Université Joseph Fourier, Grenoble. 2014. Université Joseph Fourier. Grenoble 2014;

73. Bourdoncle A, Mandeix M. L'étude COOPERE (recherche d'un lien entre CONnaissance et Observance des patients traités en Prévention primaire d'une hypERTension artérielle en médecine générale). 2012;

74. Gallois A. Hypertension artérielle : recherche un lien entre le niveau d'observance et la connaissance des complications. 2011;

75. Zoghlami B. Evaluation de l'observance dans l'hypertension artérielle en médecine générale. 2004;

76. Briesacher BA, Andrade SE, Fouayzi H, Chan KA. Comparison of drug adherence rates among patients with seven different medical conditions. *Pharmacotherapy*. avr 2008;437-43.

77. Tiv M, Mauny F, Veil J, Fournier C, Weill A, Eschwege E, et al. O81 Observance thérapeutique des patients diabétiques de type 2 (DT2), étude Entred 2007–2010. *Diabetes Metab*. mars 2010;36:A21-2.

78. Sidot E. Les facteurs associés à l'adhésion des patients diabétiques au projet thérapeutique : la place de la relation médecin-patient. Thèse de doctorat en médecine Nancy : Université Henry Poincaré, Nancy 1,. 2011;

79. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? 2012;

80. La préparation des doses à administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_PDA_Recommandations_.pdf

81. pharmacies.fr LM des. Se lancer dans la PDA - Porphyre n° 553 du 23/05/2019 - Revues [Internet]. *Le Moniteur des pharmacie.fr*. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/porphyre/article/n-553/se-lancer-dans-la-pda.html>

82. Ordre National des Pharmaciens. Définition éducation Thérapeutique [Internet]. 2019. Disponible sur: <file:///Users/user/Zotero/storage/94SFHK96/L-education-therapeutique.html>

83. Qu'est-ce qu'un entretien pharmaceutique ? - Pharmagest [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <https://pharmagest.com/entretien-pharmaceutique/>

84. Bilan de médication [Internet]. Pharmacie-clinique.fr. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>

85. Bilans partagés de médication, c'est parti ! - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Bilans-partages-de-medication-c-est-parti>

Annexe 1

NOM Prénom	MMS
------------	-----

ENTRETIEN « TRAITEMENT MEDICAMENTEUX »

- Patient
- Aidant
- Non réalisable

Qui va chercher les médicaments à la pharmacie ?

- Patient
- Entourage
- IDE
- Autre (pharmacien livreur, aide-ménagère)

Qui prépare vos médicaments ?

- Patient
- Entourage
- IDE
- Autre (pharmacien livreur, aide-ménagère)

Vous avez un pilulier ?

- Oui
- Non

Vous connaissez le nom de vos médicaments ?

- Oui totalement
- Oui en partie
- Non

Vous savez pourquoi vous les prenez ? A quoi ils servent ?

- Oui totalement
- Au moins 1
- > 2
- Non pas du tout

Pouvez-vous m'expliquer quand/comment vous les prenez ?

- Oui totalement
- Oui en partie
- Non
- Cp écrasé ? gélules ouvertes ?

Que faites-vous quand vous oubliez ?

Est-ce qu'il y en a que vous n'arrivez pas à prendre ?

- Oui, lesquels ?

Est-ce qu'il y en a que vous ne voulez pas prendre ?

- Oui, lesquels ?

Pourquoi ?

Est-ce que vous prenez d'autres médicaments ? (en automédication)

- Oui, lesquels ?

Commentaire

Nombre de médicaments/ :

Nombre de prise médicamenteuse :

Annexe 2

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr
espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au
quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.