UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE U.F.R. de Pharmacie

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 30 OCTOBRE 2020

PAR

MONSIEUR ETIENNE MANNESSIEZ

Observance aux traitements des pathologies chroniques de la personne âgée

JURY

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON

Membres : Monsieur le Docteur en pharmacie Mounir RHALIMI

Monsieur le Docteur en pharmacie Pierre SIMONIN

Thèse n°

Étienne MANNESSIEZ, Doctorant en pharmacie

Mounir RHALIMI, Pharmacien Hospitalier à Chaumont en Vexin

Table des matières

Table des matières....1
Avertissement....5
Serment de Galien....6
Remerciements....7
Abréviations....9
Introduction....10
1 Définitions....11
1.1 L'observance, compliance et adhésion thérapeutique....11
1.2 Personne âgée....11
1.3 Pathologies chroniques liées à l'âge....13
1.3.1 Pathologies cardio-vasculaires....14
1.3.2 Pathologies rhumatismales....14
1.3.3 Pathologies neurodégénératives....14
1.3.4 Diabète....14
1.3.5 Hypertrophie bénigne de la prostate....15
1.3.6 Ostéoporose....15
1.3.7 Bronchopneumopathie Chronique Obstructive ou BPCO....15
1.3.8 Insuffisance rénale....15
1.4 Morbidité et comorbidités d'un patient....16
1.5 Iatrogénie....16
2 État des lieux de l'observance....17
2.1 Dans le monde....17
2.2 Dans les pays développés....17
2.3 En France....18
2.3.1 Importance de l'observance et conséquences de l'inobservance....18
2.3.1.1 Traitement inefficace et aggravation de la maladie chronique....18
2.3.1.2 Risque d'iatrogénie médicamenteuse....18
2.3.2 Situations à risque d'inobservance au sein de la population française âgée....19
2.3.2.1 Dépression....19
2.3.2.2 Pathologies neurodégénératives affectant la mémoire....21
2.3.2.3 La diminution des capacités sensorielles....21
2.3.2.4 Les troubles de la déglutition....21

2.3.2.5 Facteurs démographiques....21
2.3.2.6 La compréhension et la perception de la pathologie....21
2.3.2.7 Les relations entre patient et professionnel de santé....22
2.3.2.8 La complexité du traitement....22
2.3.2.9 La complexité technique du traitement....22
2.3.3 Conditions de vie hétérogène de la population française âgée....22
2.3.3.1 Lieux de vie....22
2.3.3.2 Niveaux de dépendance de la personne âgée....23
2.3.3.3 Un problème multi-factoriel....24
3 Mesurer l'observance....26
3.1 Méthodes directes....26
3.1.1 Observation du patient....26
3.1.1.1 Recueil de l'observance par un tiers, proche, infirmière, aide à la personne....26
3.1.1.2 Témoignage du patient....26
3.1.1.3 Auto évaluation du patient....26
3.1.2 Mesure directe sanguine....27
3.1.3 Recherche d'un marqueur biologique....27
3.2 Les méthodes indirectes....28
3.2.1 Les questionnaires....28
3.2.1.1 Le questionnaire de Morisky (48)....28
3.2.1.2 Le questionnaire du Girerd (49)....28
3.2.2 Surveillance de la prise de la dose....29
3.2.2.1 Blister intelligent (50)....29
3.2.2.2 Contenants spéciaux(52)....29
3.2.2.3 Décompte des doses restantes....29
3.2.3 Surveillance l'acquisition de la dose....31
3.2.3.1 Analyse des renouvellement....31
4 Améliorer l'observance....32
4.1 Démarche des pharmaciens....32
4.1.1 Évaluer son patient et optimiser ses traitements....32
4.1.2 Savoir être....32
4.1.3 Savoir lire les signes....33
4.1.4 Intervenir en tant que pharmacien....33
4.2 Éducation thérapeutique du patient....33

4.2.1 Croire et savoir, les biais cognitifs....33
4.2.2 DCI et dénomination commerciale....34
4.2.3 Plan de posologie....35
4.2.4 Hiérarchiser la prescription....35
4.3 Le Bilan partagé de médication....36
4.3.1 Déroulement du bilan partagé de médication....36
4.3.1.1 Premier entretien....36
4.3.1.2 Analyse des résultats....37
4.3.1.3 L'entretien conseil....38
4.3.1.4 L'entretien de suivi d'observance....38
4.4 Plan Personnalisé de Santé et Gestion de cas....38
4.4.1 Plan Personnalisé de Santé (PPS)....38
4.4.2 Gestionnaire de cas....40
4.5 PDA....40
4.5.1 PDA, pourquoi la faire ?....41
4.5.2 PDA : qui peut la faire ?....41
4.5.3 Définition légale de la PDA....41
4.5.3.1 Au niveau européen :....41
4.5.3.2 Au niveau national....41
4.5.4 Définition de la pratique de la PDA....42
4.5.4.1 Pratique actuelle :....43
4.5.5 Perspectives de développement :....43
5 Conclusion....45
Messages clef....47
6 Annexes....48
6.1 Annexe 1 « Qu'est-ce que la grille AGGIR ? »....48
6.2 Annexe 2 : Plan de prise....50
6.3 Annexe 3 : Questionnaire de Morisky....51
6.4 Annexe 4 : Questionnaire de GIRERD....52
6.5 Annexe 5 : Le bon circuit du médicament de l'officine à l'EHPAD....53
6.6 Annexe 6 : Profil des patients en EHPAD....54
6.7 Annexe 7 : Outils mis à disposition par l'assurance maladie pour réaliser les bilans partagés de médication....55
6.8 Annexe 8 critères STOPP/START V2 :....70

6.9 Annexe 9 : Liste de Laroche.....72
6.10 Annexe 10: Echelle EVALOBS®.....77
Bibliographie.....78

Avertissement

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

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

Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

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

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

Remerciements

À mon Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON,

Professeur de la faculté de pharmacie d'Amiens

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence ce jury de thèse et de juger ce travail.
Je vous remercie pour votre enseignement et votre implication que j'ai pu apprécier pendant ces années.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

À mon Directeur de thèse,

Monsieur Mounir RHALIMI,

Maître de conférences

Docteur en pharmacie, praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Chaumont-en-Vexin

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail et d'apporter votre contribution à ce jury.
Je tiens à vous remercier pour l'enseignement dispensé au cours de ces années, en cours comme en stage à vos côtés.
Veuillez recevoir mes remerciements et ma profonde reconnaissance.

À mes juges,

À Monsieur SIMONIN

Docteur en pharmacie, titulaire à Pierrefonds

Vous m'avez encouragé tout au long de mon cursus.
Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de mes sincères remerciements.
Vous avez aimablement accepté de participer à ce jury et d'apporter votre avis professionnel sur le sujet.

Au corps enseignant de la faculté de pharmacie d'Amiens,

qui m'ont accompagné dans l'apprentissage de mon métier de pharmacien et qui ont contribué à la qualité et au plaisir de ces études.

À mes collègues et confrères,

Dominique, Vincent

pour m'avoir transmis chacun à votre façon, vos connaissances, vos savoir-faire et vos savoir-être.

Aux patients

rencontrés tout au long de mes études pour avoir accepté et contribué à la formation d'un « apprenti » pharmacien.

À ma famille,

À Jehane, Paul et Salomé, mon épouse et mes enfants,

Sachez que ce travail est en grande partie le fruit de votre soutien et de vos encouragements. Votre fierté à mon égard aujourd'hui est pour moi la meilleure des récompenses.
Avec tout mon amour, merci du fond du cœur.

À mes parents, en témoignage de ma profonde affection.

À ma sœur et mon frère, Pour tous les bons moments passés tous les trois et ceux à venir.

À mes grand-mères qui ont cru en moi, votre amour et votre soutien ont toujours été sans faille.

À mes beaux-parents, je vous remercie pour votre soutien.

Je vous remercie d'être aussi fiers de moi.

À mes amis,

À mes condisciples : Adeline, Pierre, Louis, Matthieu, Arnaud pour tous ces souvenirs sur les bancs de la faculté ou à l'extérieur.

À Cindy, Alain, Laurent pour leur soutien sans faille depuis le secondaire ...

J'ai de nombreuses autres personnes à remercier pour leur soutien amical, parfois un conseil, un sourire... Ils/Elles se reconnaîtront...

Abréviations

AGGIR :autonomie gérontologique groupes iso-ressources

ALD :Affection de longue durée

APA :Allocation personnalisée d'autonomie

AVK : Anti Vitamine K

BACA : Bêta-agoniste à courte durée d'action

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

BPM : Bilan partagé de médication

CKD-EPI : Chronic Kidney Disease EPIdemiology collaboration

CRIP : Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique

CSI : Cortico-Stéroïdes Inhalés

CSP : Classes Socio-professionnelles

DMP : Dossier médical personnel

EGS : Évaluation gériatrique standardisée

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Éducation thérapeutique du patient

GIR : Groupes iso-ressources

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation De Jour

HTA : Hyper-Tension Artérielle

IDE : Infirmier diplômé d'état

MDRD : Modification of Diet in Renal Disease

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDA : Préparation des doses à administrer

PPS : Plan personnalisé de santé

PUI : Pharmacies à usage intérieur

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

UNPF : Union Nationale des Pharmaciens de France

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent en 2001, en France, 16 % de la population et consommaient 39 % des médicaments délivrés en ville.(1)

D'ici à 2050 la proportion de personnes de plus de 60 ans sera de 33 % contre 20 % en 2005(2)

Chez le patient âgé, la notion d'observance est l'un des principaux écueils sur lequel le praticien bute.

Ici, nous nous intéresserons uniquement à l'observance des traitements liés aux pathologies chroniques de la personne âgée, dans le cadre d'une prise en charge officinale, et pas aux traitements des pathologies aiguës comme les infections, qui font l'objet d'une prise en charge particulière et ne sont pas spécifiques de la personne âgée.

Nous ne nous intéresserons pas non plus à l'observance des traitements anti-cancéreux, dans la mesure où ces traitements font l'objet d'une prise en charge adaptée à la condition physique parfois dégradée de la personne âgée et ont parfois une visée palliative plutôt que curative.

Nous nous bornerons ici à la mesure de l'observance médicamenteuse. Bien que pouvant être, dans une certaine mesure, du ressort du pharmacien d'officine, le contrôle du bon usage du matériel médical, le bon suivi du régime alimentaire et sportif ne seront pas l'objet de cette thèse.

L'observance est un mécanisme global construit par et autour du patient, elle correspond bien sûr à l'observance médicamenteuse qui en tant que pharmacien nous intéresse plus particulièrement, mais aussi à l'observance de tout un ensemble de comportements visant à améliorer la qualité de vie. Ces comportements sont aussi divers que les choix alimentaires, la pratique d'un sport, les moyens de locomotion employés, la consommation d'alcool, de tabac, l'activité sociale, en somme tout ce qui peut avoir un impact sur la santé d'un individu.

Nous raisonnons en pharmacien ici et donc seule l'observance médicamenteuse va nous intéresser ici.

Dans un premier lieu, nous définirons les termes utilisés, l'observance médicamenteuse ayant recours à une terminologie précise.

Ensuite nous dresserons un état des lieux au niveau mondial, occidental et enfin français. L'observance aux traitements des pathologies chroniques dans la population générale serait de 50 % dans les pays développés et encore moins dans les pays en développement(3). Nous chercherons les raisons qui peuvent conduire à l'inobservance.

Cet état des lieux fait, nous allons essayer de déterminer les méthodes qui permettant de mesurer cette observance avec les avantages, inconvénients et limites de chaque méthode.

Enfin, nous présenterons les méthodes à notre disposition afin d'améliorer l'observance de nos patients.

1 Définitions

1.1 L'observance, compliance et adhésion thérapeutique

Pour le Larousse, l'observance est notamment le fait de se conformer à une prescription, une règle, un usage, les respecter, c'est aussi d'avoir tel comportement de façon durable et volontaire

Plus précisément, l'observance thérapeutique est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé ou OMS comme étant la « concordance entre le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime et/ou modifications du comportement – et les recommandations d'un soignant. »

La compliance, elle, dérive d'un anglicisme du terme *Compliance* aussi traduit par le terme observance thérapeutique.

Certains auteurs voient une différence entre ces termes.

Nous remarquons néanmoins que compliance est liée au verbe « comply with » qui signifie se soumettre à et « observer » qui signifie se conformer à.(4)

Nous ne ferons pas de distinction sémantique entre ces termes.

Enfin, l'adhésion thérapeutique est une notion voisine de l'observance mais qui implique que le patient ne se contente pas de suivre le traitement qui lui est prescrit c'est un processus dans lequel le patient comprend les raisons de son traitement, les a assimilées et les applique de son propre chef. Ce qui n'empêche pas, nous le verrons, d'avoir des problèmes d'observance chez ces patients.

« C'est la dimension attitudinale de l'observance thérapeutique. Elle renvoie aux facteurs pouvant intervenir sur le comportement d'observance. » tandis que l'observance thérapeutique est « l'ensemble des comportements de santé qui sont observés par le patient. Utiliser ce terme renvoie à une prise de conscience du caractère dynamique de ce comportement. »(5)

Nous verrons que ces notions sont connectées puisque l'observance thérapeutique, stable dans le temps, ne peut se faire sans adhésion au traitement.

1.2 Personne âgée

Le vieillissement est un processus long et progressif ; le grand âge est une construction à la fois médicale et sociale. Selon telle ou telle, société une personne sera considérée comme « un aîné » plus ou moins tôt dans sa vie, indépendamment de sa condition physique. Ainsi pour le sociologue Pierre Bourdieu, l'âge est une *« donnée biologique socialement manipulée » (6).* Dans notre société, le sociologue Serge Guerin, spécialiste des questions relatives à la vieillesse, insiste sur le fait que les progrès de la médecine ont repoussés l'âge de passage dans la catégorie de « personne âgée » (7).

Sur le plan biologique *« le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies et à une diminution générale des capacités intrinsèques de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort. Cependant, ces altérations ne sont ni linéaires, ni constantes et elles ne sont que vaguement associées à l'âge d'une personne en années révolues. » (8)*

Il ressort de ces données sociologiques et biologiques que la population dites de « personnes âgées » est le résultat de l'addition d'une part, des personnes ayant atteint un âge formel et d'autre part, des personnes atteintes de pathologies gériatriques (polypathologie, pathologies chroniques, perte d'autonomie, ...).

L'âge seul apparaît comme insuffisant pour définir une personne âgée, il faut donc prendre en compte la notion de fragilité dans la définition de personne âgée(9). Celle-ci se définit comme la « *diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress qui augmente la vulnérabilité d'une personne lors d'un stress et l'expose au risque d'évolution défavorable et d'effets néfastes pour la santé »(10).* Et bien que non spécifique de la personne âgée, la fragilité est liée à l'âge de la personne.

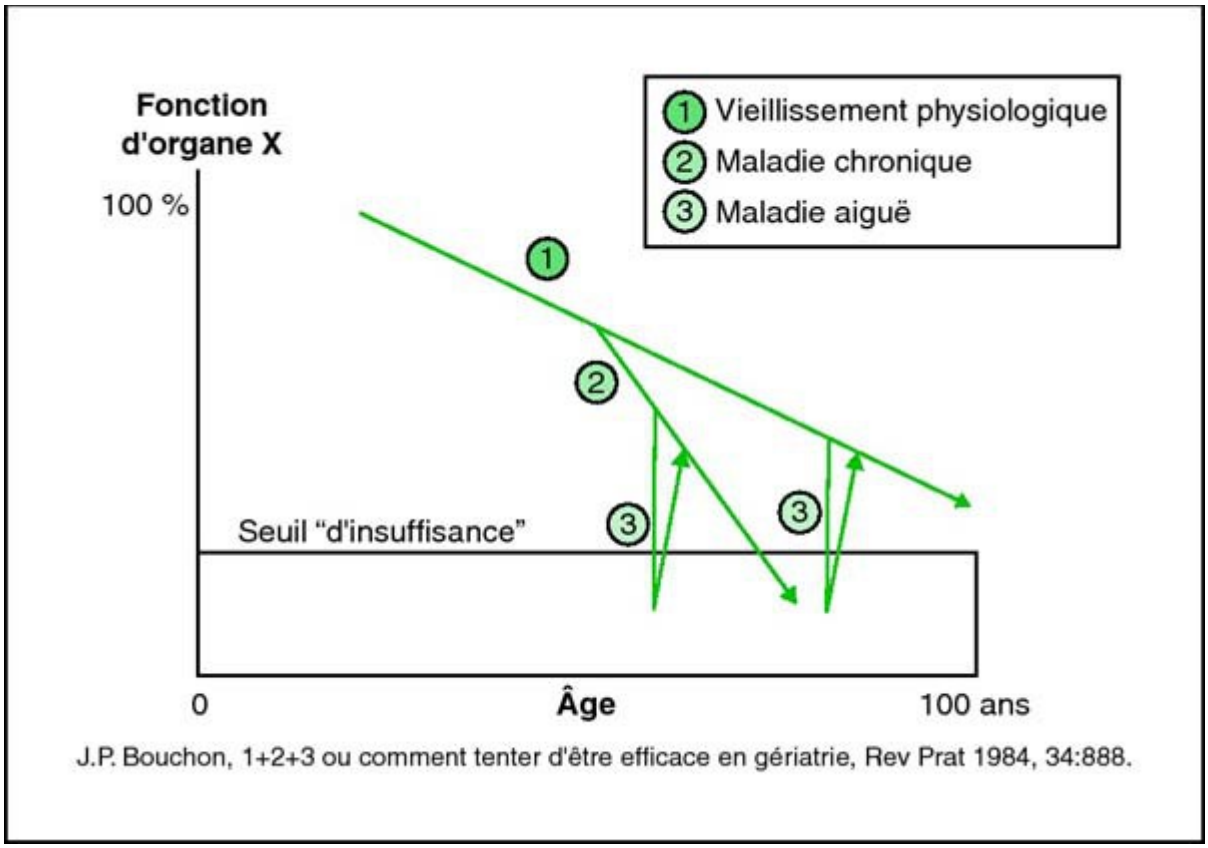


Figure 1: Modèle 1+2+3 selon Bouchon

(11)

Pour l'OMS la définition de la personne âgée est un âge formel qui compte-tenu de l'espérance de vie au niveau mondial, est de 60 ans (8).

La Haute Autorité de Santé ou HAS a, pour sa part, pris en compte les aspects sociologiques et biologiques en choisissant deux âges distincts de passage dans la catégorie « personnes âgées », le premier est un simple âge formel comme celui de l'OMS (ici 75 et plus) et le second prend en compte l'apparition de polypathologiques (ici 65 et plus).

Nous utiliserons, sauf mention contraire, la définition de la HAS. (1)

1.3 Pathologies chroniques liées à l'âge

Une pathologie chronique ou maladie chronique est définie par l'OMS comme une pathologie nécessitant une prise en charge sur plusieurs mois, voire années ou même décennies, évoluant le plus souvent lentement. Ces maladies peuvent être transmissibles (VIH, hépatites virales, ...) ou non transmissibles. Le plus souvent, on amalgame le terme de maladie chronique aux maladies chroniques non transmissibles et c'est de cette façon que nous l'utiliserons.

En 2008, ces pathologies ont été responsables de 63 % des décès; les maladies chroniques sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur ces 36 millions de décès, 71 % des personnes avaient plus de 60 ans.

L'OMS (12) définit une maladie chronique comme comportant au moins l'une des caractéristiques suivantes :

- Elle est permanente.
- Elle laisse un handicap résiduel.
- Elle est causée par une altération pathologique non réversible.
- Elle nécessite un entraînement spécifique du patient pour sa rééducation.
- Elle nécessite une longue période de surveillance, d'observation ou de prise en charge.

Une pathologie chronique liée à l'âge est en fait une maladie chronique dont l'un des facteurs de risques majeurs est le vieillissement de l'organisme de la personne atteinte, c'est le cas des maladies suivantes que l'on retrouve fréquemment chez nos patients :

1.3.1 Pathologies cardio-vasculaires

Il s'agit de l'ensemble des pathologies touchant le système cardiaque ou vasculaire soit, par exemple, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance veineuse, les accidents thrombotiques. Elles sont liées au vieillissement de l'appareil cardio-vasculaire. De part l'importance du système cardio-vasculaire, elles ont un retentissement sur toutes les fonctions organiques et l'autonomie de la personne.

1.3.2 Pathologies rhumatismales

Arthrose, polyarthrite rhumatoïde, syndrome canaliculaire. Elles sont souvent dûes au vieillissement des articulations. Ces maladies ont un retentissement au niveau de l'autonomie de mouvement.

1.3.3 Pathologies neurodégénératives

Parkinson, démence, Alzheimer... Ces maladies, dont les incidences augmentent avec l'âge de la personne, sont dues à la destruction progressive de structures cérébrales spécifiques. Elles sont bien sûr la cause d'une perte d'autonomie, qu'elle soit motrice ou mentale.

1.3.4 Diabète

Nous nous intéressons ici au diabète de type 2 ou diabète sucré ou diabète non insulino-dépendant. Il s'agit en fait d'un phénomène de résistance à l'insuline. Son incidence augmente avec l'âge de la personne. Il touche aussi bien les hommes que les femmes à partir de 50 ans.

Les retentissements à terme sont d'ordre multiple, insuffisance rénale, neuropathies, micro-angiopathies, cécité, plus grande susceptibilité aux infections bactériennes, amputation, etc.

1.3.5 Hypertrophie bénigne de la prostate

Concerne les hommes à partir de 50 ans; physiologiquement la prostate voit son volume augmenter avec l'âge de la personne et peut provoquer des dysuries si son volume devient trop important. Ces dysfonctionnements de la miction peuvent avoir des retentissements d'ordre médical (insuffisance rénale aiguë par rétention) et sociaux (fuites urinaires).

1.3.6 Ostéoporose

Maladie se traduisant par une perte de densité osseuse, plus fréquente chez les femmes où elle est liée aux changements hormonaux de la ménopause. La plus grande fragilité des os qui en résulte conduit bien souvent à des fractures qui réduisent l'autonomie de la personne, non seulement au cours de l'épisode de fracture mais aussi bien après, du fait d'une part, d'un phénomène d'appréhension du risque de fracture mais aussi de part une perte de motricité et d'autonomie.

1.3.7 Bronchopneumopathie Chronique Obstructive ou BPCO

Maladie touchant surtout les fumeurs et anciens fumeurs (80 % des BPCO seraient dûs au tabagisme) de plus de 40 ans (13). Cette pathologie cause un rétrécissement des voies respiratoires, partiellement réversible, qui asphyxie peu à peu la personne atteinte. Elle conduit à une réduction du périmètre de marche de la personne et donc à une perte d'autonomie.

1.3.8 Insuffisance rénale

Physiologiquement, la fonction rénale diminue avec le temps(14) et avec elle la vitesse d'élimination de bon nombre de molécules. Il est donc primordial d'évaluer la fonction rénale du patient âgé. Traditionnellement, on utilise l'équation de Cockcroft et Gault, on peut aussi utiliser comme le recommande l'HAS(15) l'équation CKD-EPI (Chronic kidney disease EPIdemiology collaboration) bien qu'elles soient inadaptées aux âges extrêmes ainsi qu'aux personnes ayant un poids extrême(16). Dans ces cas, la formule MDRD (modification of diet in renal disease) est plus indiquée. Ces équations sont disponibles dans un calculateur(17) mis à disposition par la Société Française de Néphrologie. Il faut garder à l'esprit que chaque méthode a ses limites, mais qu'elles donnent un aperçu de ce que peut être la fonction rénale du patient.

1.4 Morbidité et comorbidités d'un patient

La morbidité désigne l'ensemble des maladies et états physiopathologiques, dont un patient souffre. On parle alors prosaïquement d'état de santé ; il peut s'agir aussi de maladies et états physiopathologiques passés du patient, notion assimilable aux antécédents médicaux.

Les comorbidités, ce sont l'ensemble des affections et états associés à une maladie principale, qui peuvent (ou non) interférer avec celle-ci.

1.5 Iatrogénie

Se dit d'un trouble, d'un effet indésirable ou d'une maladie provoquée par un acte médical ou par les médicaments (iatrogénie médicamenteuse), même en l'absence d'erreur du médecin (4).

Les troubles iatrogéniques médicamenteux de la personne âgée peuvent avoir pour origine :

- Effets secondaires d'un médicament.
- La poly-médicamentation elle-même liée soit à:
  - Une polypathologie, (pathologies chroniques et aiguës).
  - L'automédication, (traitement médicamenteux pris par un individu sans l'avis d'un médecin ou d'un pharmacien).
  - La superposition de traitements symptomatiques (notamment liée à la gestion des effets secondaires du traitement principal).

Selon l'assurance maladie, « à partir de 65 ans, si la consommation importante de médicaments est souvent justifiée, l'élimination de ces médicaments est plus lente (fonction rénale entre autre), l'organisme est plus sensible (comorbidités) et les effets indésirables sont deux fois plus fréquents et plus graves : 10 % à 20 % entraînent une hospitalisation. » (18)

2 État des lieux de l'observance

2.1 Dans le monde

L'observance moyenne au niveau mondial des patients souffrant de pathologies chroniques a été estimée à moins de 50 % (19).

Il semble que les pays les plus pauvres soient, en proportion, bien plus touchés par le problème de l'inobservance que les pays les plus riches.

La part des pathologies chroniques est en permanente croissance(20) et avec elles, le coût de la prise en charge de celles-ci.

Le problème de ces pathologies est que l'adhésion au traitement est difficile à obtenir et surtout à maintenir dans le temps. Or une mauvaise adhésion conduit à une prise en charge inefficace et un gaspillage de ressources déjà limitées(21) avec à la clef, un accroissement des dépenses de santé pour les individus et la collectivité.

2.2 Dans les pays développés

L'observance des pays développés atteint en moyenne les 50 % selon l'OMS(3).

L'inobservance représenterait aux États-Unis la somme de 100 milliards de dollars chaque année(22)

L'une des conditions nécessaire mais non suffisante pour garantir une bonne observance est tout simplement de permettre un accès aux soins.(23)

Certains pays ont pris en compte ce paramètre et ont adapté leurs politiques de santé à cette nécessité.

La création d'un système de santé aux États-Unis, le *Patient Protection and Affordable Care Act* ,surnommé Obamacare, va dans ce sens en obligeant la population à se pourvoir d'une assurance santé tout en allouant des aides financières aux familles les plus démunies, ce qui garantit une prise en charge notamment des pathologies chroniques.

À l'inverse, le Canada a fait en 2001 un essai visant à réduire la polymédication des personnes âgées en diminuant la prise en charge de leurs traitements. Si la quantité globale de traitements pris a en effet diminué, la prise de médicaments indispensables a aussi baissé, ce qui s'est *in fine,* traduit par une augmentation du recours au système des urgences médicales et à celle des dépenses de santé(24).

En France, ce problème est beaucoup moins prégnant, grâce à notre système de sécurité sociale encore en place.

2.3 En France

Selon une étude menée par l'IMSHealth pour le CRIP (Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique), seuls 40 % des patients seraient observants en France, ce qui démontre que l'accès aux soins est une condition certes nécessaire mais non suffisante pour obtenir une bonne observance. (25)

Une étude publiée en 2018, menée en Picardie chez 892 patients de plus de 65 ans, n'a retrouvé une bonne observance que chez 45 % des patients prenant moins de 6 médicaments et seulement chez 31 % de ceux en prenant au moins 7.(26)

Toujours dans cette étude, 10 % des patients prenant moins de 6 médicaments et 15 % de ceux en prenant au moins 7 avaient une mauvaise observance.

D'autres études sont moins pessimistes (27), mais on peut estimer que la France ne fait pas mieux que ses voisins. Il faut donc définir les situations à risque.

2.3.1 Importance de l'observance et conséquences de l'inobservance

2.3.1.1 Traitement inefficace et aggravation de la maladie chronique

Une mauvaise observance engendre bien entendu un mauvais contrôle de la pathologie que l'on tente de traiter, le cas de l'hypertension est bien documenté, seuls 75 % des patients diagnostiqués et traités réussissent à atteindre et à maintenir, une pression artérielle optimale(28)(29) avec tous les problèmes que cela engendre au niveau cardiaque et vasculaire(30)

Dans le cas de l'asthme, ce n'est pas moins de 72 % des patients qui sont inobservants pour la prise des médicaments préventifs de la crise d'asthme(31)(32). Là aussi, les conséquences sont une aggravation de la pathologie avec une baisse de la qualité de vie et une augmentation du risque d'hospitalisation en cas d'exacerbation non contrôlée à domicile.

Le constat peut être fait dans toutes les pathologies et il est la résultante d'un fait simple : le meilleur des médicaments est inefficace s'il n'est pas pris.

2.3.1.2 Risque d'iatrogénie médicamenteuse

Les patients de plus de 70 ans prennent en moyenne 4 à 5 médicaments par jour, qu'ils soient à domicile ou en institution(33). Comme vu précédemment, une mauvaise observance engendre un mauvais contrôle de la pathologie. En conséquence, le prescripteur sera tenté d'ajouter d'autres médicaments afin de tenter d'améliorer le contrôle de la pathologie, avec à la clef une augmentation du risque d'effet indésirables et du risque iatrogène(34) en particulier au détour d'une hospitalisation durant laquelle tous les traitements instaurés et supposément pris quotidiennement, seront administrés.

L'inobservance, c'est aussi l'automédication avec la prise de produits et médicaments inadaptés à l'état de santé de la personne ou incompatibles avec ses traitements en cours, cette automédication peut

avoir lieu à domicile mais aussi en institution : « Comme à leur domicile les résidents peuvent s'automédiquer, souvent avec l'aide de leurs proches »(35)

Or, il existe une notion d'âge pharmacologique qui est importante ici car chez la personne âgée, la pharmacocinétique est modifiée, parfois de façon très importante, avec des diminutions de l'absorption de certaines molécules, l'accumulation d'autres, l'augmentation ou la diminution de la biodisponibilité des molécules liposolubles par les variations de la masse grasse (36), la diminution de la fonction rénale et plus généralement des fonctions d'élimination ou d'épuration.

En conséquence, l'inobservance augmente de façon non exhaustive le risque mais aussi la gravité des accidents iatrogènes tels que :

- Malaise (avec ou sans chute).
- Trouble de l'appétit ou du goût .
- Syndrome confusionnel.
- Troubles digestifs.
- Diarrhées ou constipation, qui sont source d'angoisse dans la population âgée.
- Vomissement.
- Déshydratation.
- Hémorragie, notamment en cas de surdosage en AVK.

Il va donc falloir déterminer quelles sont les situations à risque d'inobservance afin d'obtenir un dépistage efficace.

2.3.2 Situations à risque d'inobservance au sein de la population française âgée

2.3.2.1 Dépression

Ce trouble mental se caractérise notamment par des épisodes de baisse d'humeur, d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans des activités habituellement ressenties comme agréables. Cette perte d'intérêt peut favoriser un décrochage au traitement.

2.3.2.2 Pathologies neurodégénératives affectant la mémoire

Alzheimer et toute autre forme de démence sénile, sont un énorme problème dans l'observance de la personne âgée, impossible pour elle de se rappeler si le traitement a été pris, d'où un risque de multiplication des doses pour compenser un oubli qui n'a pas eu lieu. Impossible aussi de se rappeler des changements que le prescripteur a effectué et donc risque de reprendre un ancien médicament stocké dans l'armoire à pharmacie alors qu'il n'est plus adapté à la situation pathologique.

2.3.2.3 La diminution des capacités sensorielles

La perte de la vue et/ou de l'audition pose bien sûr un problème dans la compréhension du traitement, dans son suivi.

Le changement de générique, avec une boite et éventuellement des comprimés différents, est en effet problématique pour les patients malvoyants qui se reposent surtout sur les couleurs et formes générales pour suivre leurs traitements.

Difficile aussi pour une personne malentendante d'entendre les explications de son médecin ou de son pharmacien. Certains se lassent de faire répéter et se contentent d'acquiescer sans entendre ce qui leur est dit.

2.3.2.4 Les troubles de la déglutition

Avec l'âge, les mécanismes de la déglutition s'altèrent à la fois mécaniquement et neurologiquement ; ces troubles touchent de 30 à 50 % des personnes âgées et engendrent des risques de fausse route ou tout simplement l'impossibilité d'utiliser certaines formes orales trop volumineuses. (37)

2.3.2.5 Facteurs démographiques

Les CSP les plus modestes et l'illettrisme ou encore la barrière de langue sont autant de freins à la compréhension de la pathologie et de son traitement qui en font d'importants facteurs de risque d'inobservance(38)(39).

2.3.2.6 La compréhension et la perception de la pathologie

L'absence de retentissement immédiat de certaines pathologies comme l'HTA peuvent réduire l'observance car le patient ne perçoit tout simplement pas le risque qui pèse sur sa santé(40).

Le même constat peut être fait pour certains traitements dont l'objectif est de prévenir les crises mais n'apportent pas de soulagement immédiat comme les CSI dans l'asthme et la BPCO.

2.3.2.7 Les relations entre patient et professionnel de santé

Il a été démontré que l'augmentation de la durée de la consultation avec le médecin ou du temps pris par le pharmacien à l'officine pour expliquer le traitement, discuter avec le patient et enfin bâtir une vraie relation de confiance est un très important levier pour améliorer l'observance(41)

2.3.2.8 La complexité du traitement

La fréquence des prises, l'écart entre certains médicaments et le repas ou entre médicaments, le moment de prise idéal, le nombre de médicaments.

Les changements de prescription sont aussi des perturbateurs de l'observance(42), en particulier chez la personne âgée, souvent moins ouverte aux changements.

2.3.2.9 La complexité technique du traitement

Certains traitements nécessitent l'usage de dispositifs pour être appliqués correctement. Les collyres, les anti-asthmatiques, la contention veineuse.

Or, ces produits nécessitent soit de la dextérité, soit de la force, soit de la coordination et en général un ensemble des trois.

Lorsqu'un patient a de l'arthrose, il lui devient difficile de presser sur un flacon de collyre, de viser son œil ou encore de l'ouvrir au bon moment.

Il en va de même pour les traitements de l'asthme ou de la BPCO qui nécessitent l'usage de dispositifs pas toujours facile à utiliser pour les personnes âgées. Bien souvent alors ces traitements finissent soit mal utilisés soit pas utilisés du tout, ne serait-ce que par frustration.

2.3.3 Conditions de vie hétérogène de la population française âgée

2.3.3.1 Lieux de vie

Une première approche pour mieux comprendre le cadre et les conditions de suivi d'un traitement consiste à classer la population selon son lieu de vie :

- **À domicile**

  De la personne en forme à la personne alitée, de la personne seule et isolée à celle ayant une vie sociale riche, ce mode d'hébergement recouvre une large gamme de situations.

- **En maisons de retraite non médicalisées**

  Qui s'adressent à des personnes âgées en perte d'autonomie, sans avoir encore besoin d'aide et de soins permanents.

- **En EHPAD** (sans PUI)

  Maisons de retraite médicalisée proposant un accueil en chambre. Ce type d'établissement s'adresse à des personnes âgées ayant besoin d'aide et de soins au quotidien. L'état de dépendance de ces personnes peut être partiel ou total dans les actes de la vie quotidienne et cela pour des raisons mentales ou physiques. (43)

L'entourage du patient est primordial dans son suivi et en particulier dans le suivi de son observance.

Cette approche permet de connaître le tissu médico-social entourant le patient, ce qui nous permettra d'une part d'évaluer l'observance et d'autre part d'améliorer celle-ci grâce à des méthodes adaptées.

En revanche, cette approche ne permet pas telle quelle, sans autres informations, de saisir intégralement les conditions dans lesquelles le traitement sera suivi. En effet la capacité du patient à se prendre en charge au quotidien joue un rôle majeur dans l'observance du traitement. Il est donc utile de pouvoir mesurer les éventuels déficits mentaux ou physiques. Les pouvoirs publics, dans le but d'aider la personne âgée, ont créé un outil de calcul de dépendance : AGGIR (Annexe 1).

2.3.3.2 Niveaux de dépendance de la personne âgée

La grille nationale AGGIR permet à une équipe départementale, constituée de professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux, d'évaluer le degré de dépendance de la personne âgée afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Il existe 6 groupes iso-ressources : les GIR. À chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. (annexes 1 et 6)

Les résultats de cette évaluation sont utilisés à l'élaboration d'un plan d'aide de la personne âgée. Ce plan recense les besoins d'aide du patient notamment en termes de services (ex : auxiliaire de vie, aide ménagère …).

Le GIR permet de distinguer trois profils type de patients :

- Les patients autonomes.
- Les patients fragiles.
- Les patients dépendants.

Ces caractéristiques peuvent être organisées comme suit en table 1

		Autonome	Fragile	Dépendant
Maintien à domicile	Vit seul(e)	Faible risque	Fort risque	Sans objet
	Passage régulier d'un proche ou d'un auxiliaire de vie	Faible risque	Risque moyen	Risque moyen
	Passage régulier d'un infirmier	Faible risque	Faible risque	Faible risque
Vie en établissement	Maison de retraite non médicalisée	Faible risque	Faible risque	Faible risque
	EHPAD	Très faible risque	Très faible risque	Très faible risque

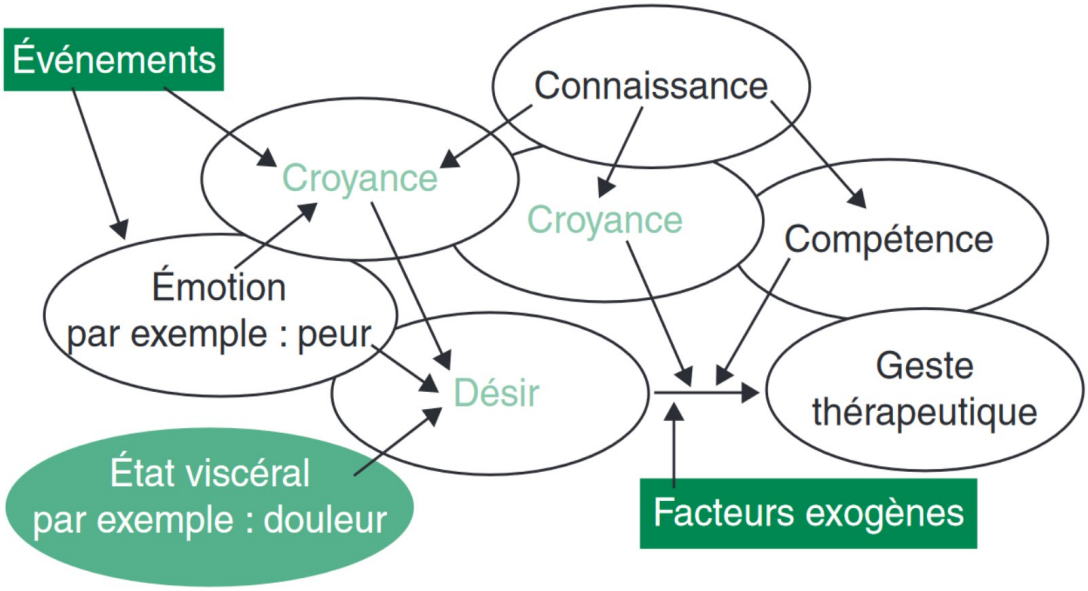
Table 1 : Risque d'inobservance selon le niveau d'autonomie et de lieu de vie.

La population âgée a un faible capital santé donc le moindre incident peut présenter un risque vital à plus ou moins court terme, d'où l'importance d'avoir des outils de mesure de l'observance afin de détecter en amont les patients les plus à risque.

2.3.3.3 Un problème multi-factoriel

Nous venons de parcourir un certain nombre de situations présentant potentiellement un risque d'inobservance, mais chaque situation décrite ici n'est pas isolée; l'inobservance est multifactorielle comme l'a décrit Reach(22) et fait appel non seulement aux connaissances du patient mais aussi à ses croyances, ses compétences, ses désirs, etc(voir figure 2).

Figure 2: États mentaux influençant l'observance



(44)

3 Mesurer l'observance

« Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments ». Hippocrate(45)
Ce problème est vieux comme la médecine, il est cependant possible de réduire son ampleur, c'est en tout cas l'objectif que nous devons nous fixer. Le point de départ de la démarche est la mesure de l'observance bien que cette mesure ne soit pas une finalité(46). Ce processus de questionnement démarre avec nous, pharmaciens et plus généralement nous, acteurs de santé. La finalité de ce processus est l'amélioration de la prise en charge globale du patient aboutissant à une amélioration de son bien être.

Nous verrons ici quelles sont les différentes méthodes à la disposition du pharmacien, les avantages et limites de chacune de celles-ci.

3.1 Méthodes directes

3.1.1 Observation du patient

3.1.1.1 Recueil de l'observance par un tiers, proche, infirmière, aide à la personne

- Méthode simple à mettre en œuvre.
- Nécessite une personne capable et impliquée pour le recueil.
- Cette méthode ne fonctionne pas si l'aidant ne dialogue pas avec le personnel médical.

3.1.1.2 Témoignage du patient

- Auto-évaluation du patient est une mesure subjective qui peut entraîner des erreurs volontaires ou involontaires.
- Efficace lorsque le patient a conscience de son inobservance et souhaite y remédier.
- Inefficace s'il n'a pas conscience de l'inobservance ou pas la sensation de devoir y remédier ou en éprouve un sentiment de culpabilité.
- Nécessite un dialogue efficace entre le patient et son pharmacien.
- Responsabilise le patient vis-à-vis de son traitement et l'implique dans la démarche globale d'amélioration des soins.
- Nette sous-évaluation de l'observance avec cette méthode.

3.1.2 Mesure directe sanguine

- C'est une mesure objective qui donne une assez bonne idée de l'observance médicamenteuse mais aucune de l'observance thérapeutique.

- Ce genre de mesure n'est pas possible ni pertinente avec tous les médicaments. Elle s'utilise surtout avec certaines molécules dont la marge thérapeutique est étroite par exemple les sels de lithium, certains anti-rejets.
- C'est une méthode coûteuse.
- C'est une méthode invasive.
- Elle peut être perturbée par des spécificités métaboliques individuelles comme les patients métaboliseurs lents ou rapides.

3.1.3 Recherche d'un marqueur biologique

- C'est une mesure objective qui, faite en vue de suivre l'évolution de la pathologie chronique, permet de mesurer l'observance thérapeutique du patient.
- Ce genre de mesure n'est pas possible pour toutes les pathologies.
- C'est une méthode coûteuse.
- C'est une méthode invasive.
- Elle peut être biaisée par une modification comportementale peu de temps avant l'examen et faite dans le but de « réussir l'examen » (régime sans sucre du patient diabétique avant une glycémie sanguine).

3.2 Les méthodes indirectes

3.2.1 Les questionnaires

Les questionnaires ont l'avantage d'être peu coûteux, relativement faciles à mettre en place.

Mais ils sont subjectifs, conduisent en général à surestimer l'observance, le patient ayant tendance à vouloir « réussir le test », il va avoir tendance à orienter ses réponses dans ce qui lui semblera être le « bon » sens.

Ils nécessitent d'avoir un patient présent, disponible et capable de comprendre et de répondre aux questions ce qui pose le problème de la barrière de langue chez certaines personnes.

Ces tests s'orientent uniquement vers le dépistage de l'inobservance médicamenteuse et occultent l'aspect plus global de l'adhésion thérapeutique.

3.2.1.1 Le questionnaire de Morisky (47)

(annexe 3)

- Le faible nombre de questions le rend peu sensible à l'inobservance.

3.2.1.2 Le questionnaire du Girerd (48)

(annexe 4)

- Légèrement plus sensible que le questionnaire de Morisky, largement utilisé en France dans de nombreuses études dans une version originale ou modifiée.
- Un nombre de questions faible mais prend en compte le ressenti du patient vis-à-vis du nombre de prises.

3.2.1.3 Auto évaluation du patient

En 2017, une étude(49) a montré l'intérêt d'une échelle visuelle d'auto-évaluation de l'observance dans le suivi de l'hypertension des dyslipidémies, ou du diabète.

L'utilisation de l'échelle Evalobs®, (annexe 10) est simple à mettre en place. Elle consiste en une échelle graduée de 0 à 15 et de l'instruction d'utilisation «combien de jours avez-vous pris le médicament au cours des 15 derniers jours ?»

Les chercheurs ont défini un score supérieur à 12 (plus de 80% de prise) comme correspondant à une bonne observance.

Les résultats de l'outil ont été mis en comparaison avec les résultats du questionnaire GIRERD et semblent montrer une bonne concordance entre les deux méthodes pour les patients observants.

Cependant, cette méthode repose sur la bonne volonté et la bonne foi du patient, elle ne semble donc pas performante pour dépister les patients inobservants qui ne souhaitent pas indiquer les entorses à l'observance.

3.2.2 Surveillance de la prise de la dose

3.2.2.1 Blister intelligent (50)

- C'est un dispositif qui se colle au dos des plaquettes de médicaments, il enregistre la date et l'heure à chaque fois que le patient rompt une alvéole du blister par le truchement d'une puce RFID qui détecte chaque prise de médicament. Les informations collectées peuvent ensuite être lues par l'intermédiaire d'un lecteur de puce RFID.
- Ce type de dispositif est coûteux, en temps et en argent, à mettre en place.
- Ce dispositif n'est pas adapté à tous les formats de blisters et ne peut donc pas être généralisé.
- C'est une méthode objective avec une très faible surestimation de l'observance.
- Permet de suivre avec précision la chronologie de la prise des patients.
- Applicable uniquement dans le cas d'un traitement comprenant un nombre limité de médicaments.

- Ce type de méthode est surtout adapté au suivi de patients inclus dans des études(51).

3.2.2.2 Contenants spéciaux(52)

- Il s'agit de piluliers intelligents qui à l'instar du blister permettent de suivre la date et l'heure de l'ouverture de chaque case du pilulier.
- Ils peuvent également être programmés pour indiquer au patient par un signal sonore et lumineux le moment de la prise de son traitement.
- On déconditionne les doses, ils sont donc adaptés à tous blisters, la traçabilité doit alors être assurée par un autre biais.
- Ils présentent un intérêt dans la PDA car ils permettent la réalisation de semainiers intelligents.
- Ils sont chers et pas adaptés à toutes les formes galéniques (gouttes et sachets notamment).
  À titre d'exemple, le pilulier intelligent produit par la société medissimo coûte 299€ à l'achat et 22€ par mois(53) de recharges non réutilisables et non recyclables.
- Utilisables si un faible nombre de traitements sont pris.
- Ce type de méthode est surtout adapté au suivi de patients inclus dans des études(51).

3.2.2.3 Décompte des doses restantes

- Il s'agit simplement de compter les unités de prise restantes au patient au terme d'une période définie (généralement un mois).
- C'est une méthode objective, peu coûteuse et peut être employée par tout le monde.
- Le patient ou toute personne en charge de la gestion de son traitement peut le faire avant de venir faire renouveler sa prescription.
- Peut surestimer l'observance si le patient met au rebut ses doses pour dissimuler sa non-observance.

3.2.3 Surveillance l'acquisition de la dose

3.2.3.1 Analyse des renouvellement

- C'est la méthode la plus couramment employée en officine pour suivre l'observance médicamenteuse.
- Non coûteuse, simple à mettre en œuvre, objective.
- Non intrusive, limite le sentiment de « flicage » du patient.
- Permet de mettre en lumière l'absence de prise de certains médicaments.
- Permet de mettre en lumière la surconsommation de certains médicaments.

- Ne permet pas de prendre en compte la mise au rebut des médicaments.
- Ne permet pas de vérifier la bonne utilisation du médicament.
- Surestime l'observance.

4 Améliorer l'observance

4.1 Démarche des pharmaciens

4.1.1 Évaluer son patient et optimiser ses traitements

La première cause d'inefficacité d'un traitement est l'absence de prise, il faut donc commencer par se poser la question de l'observance, puis poser la question de la pertinence des traitements.
Des travaux réalisés dans l'hôpital de Chaumont-en-vexin, ont montré qu'une prise en charge pharmaceutique de l'observance et de la cohérence des traitements aboutit à près des deux tiers des interventions recommandées par le pharmacien, appliquées par les médecins.(54)
Partant de ces constats, une autre étude plus large a été conduite en officine dans la région Picardie(26) afin de généraliser le principe à une prise en charge quotidienne. Près de 80% des interventions proposées lors de l'étude ont abouti à une modification du traitement du patient.

La question de l'observance est personnelle, de nombreux patients sont tentés d'embellir la réalité lorsque l'on pose des questions. Selon un phénomène analogue à « l'effet Pygmalion » mis en évidence par Robert Rosenthal (55), afin de ne pas subir le désaccord du soignant, le soigné adapte sa réponse à ce qu'il pense être la réponse attendue par le questionnant. C'est l'effet d'attente(56). Normalement, pour limiter cet effet, on est supposé ne laisser que peu d'informations à la personne interrogée quant à la finalité du questionnaire.
Ici, la finalité d'un questionnaire type GIRERD ne laisse que peu de doute quant à cette finalité, il est donc primordial de préciser à l'interrogé, le patient, qu'il n'y a pas de mauvaise réponse, que ça n'est pas un examen auquel on échoue.

4.1.2 Savoir être

On a pu le voir, l'observance n'est pas une simple question de volonté du patient et il convient donc d'être à l'écoute de celui-ci, de faire preuve d'empathie.
Empathique envers les problèmes qu'il peut rencontrer mais aussi empathique en se mettant au niveau de son interlocuteur lorsqu'on lui explique la raison de telle ou telle décision.
Expliquer plutôt qu'ordonner et vérifier que l'on a été bien compris. Il faut donc faire preuve de pédagogie. Trop souvent on veut expliquer trop en détail et on perd la personne dans un jargon technique qu'il n'appréhende pas.

L'inobservance ne doit pas être blâmée. Cette façon de procéder ne peut aboutir qu'à une seule issue : la perte de confiance du patient et l'assurance que dans le futur, il adaptera ses réponses à ce qu'il pense être les « bonnes » réponses.

4.1.3 Savoir lire les signes

Nous l'avons vu, différents outils sont à notre disposition pour mesurer l'observance thérapeutique, il faut en tirer parti quotidiennement et s'appuyer sur nos observations. Un patient qui renouvelle sa prescription trop souvent peut signifier que le patient prend des doses trop importantes ou trop fréquentes. À l'inverse, un non-renouvellement de la prescription peut signifier une absence de prise ou une prise non systématique.

On peut aussi utiliser le questionnaire de Girerd au sein d'une conversation afin de mesurer le risque d'inobservance, en particulier avec les patients poly-médicamentés, pour qui prendre beaucoup de traitements à la fois peut être un challenge.

4.1.4 Intervenir en tant que pharmacien

Une fois l'inobservance détectée, que faire ?

La panacée en la matière n'a pas été découverte, cependant, en fonction des raisons de l'inobservance, on va pouvoir proposer un certain nombre de solutions. C'est là que le dialogue et la relation de confiance avec le patient prend toute son importance. Cet échange avec notre patient va nous permettre de mettre le doigt sur les différents aspects de sa thérapeutique qui lui posent des difficultés, d'en parler avec lui, d'éclaircir les points difficiles, voire contacter son médecin traitant afin de lui faire part des questions et des difficultés rencontrées par le patient. Dans le cas où l'on ne saurait pas quels seraient les origines du problème, proposer un entretien BPM est une solution intéressante, elle permet de prendre le temps avec son patient d'explorer les différents aspects de sa thérapeutique, lui offre un espace sûr et détendu pour émettre ses interrogations.

Pour nous, pharmaciens, le BPM offre un cadre formel pour proposer une intervention auprès du médecin référent que nous ne connaissons pas forcément et auprès duquel il peut être difficile de s'entretenir par téléphone.

4.2 Éducation thérapeutique du patient

4.2.1 Croire et savoir, les biais cognitifs

Selon Grimaldi (57), les compétences techniques, le savoir nécessaire à la compréhension de son traitement et les capacités physiques pour exécuter son traitement, bien que nécessaires sont une condition non suffisante pour atteindre l'observance. Il faut en effet lutter contre les croyances

personnelles, bien différentes du savoir que l'on peut posséder du fait du biais cognitif de confirmation. On peut tout à fait savoir qu'une chose n'existe pas ou est fausse mais tout de même continuer à croire intimement à sa véracité.

La difficulté à percevoir un bénéfice à long terme vis-à-vis d'un inconvénient à court terme nous oblige aussi à créer le besoin pour le malade à lui fournir des intérêts immédiats au soin. C'est la difficulté principale dans de nombreuses pathologies chroniques silencieuses, telles que l'hypertension, l'hypercholestérolémie, ou encore le diabète de type 2. La contrainte du traitement met en péril le sentiment de bonheur immédiat et les conséquences à long terme ne sont pas une menace suffisante pour remettre en cause ce bonheur.

De nombreux patients ne se définissent pas comme des malades, ils sont des personnes qui sont malades, c'est une condition qui les affecte et non pas qui les définit. Les réduire à l'état de malade peut générer des résistances intrinsèques au traitement qui met en exergue leur condition.

4.2.2 DCI et dénomination commerciale

L'un des reproches fait souvent aux médicaments génériques est que le nom du produit auquel les patients sont habitués change brutalement, généralement pour celui de la molécule. Cette rupture dans les habitudes qui peut nous sembler mineure, est bien un problème pour les patients.

Souvent adeptes du stockage, les personnes âgées ont de la réserve dans leurs médicaments, ils ont donc toujours le princeps à domicile et se retrouvent parfois à prendre le princeps et le générique en même temps, se disant que le pharmacien aura oublié de leur délivrer ledit traitement.

Lors de l'introduction de plusieurs nouveaux génériques n'ayant pas la même posologie, il existe aussi un risque confusionnel entre deux produits avec des inversions du plan de prise, ce qui expose à un risque de surdosage ou de sous dosage et donc augmentation le l'iatrogénie médicamenteuse.

Les solutions existent pour lutter contre cet effet.

L'obligation qu'ont les prescripteurs à prescrire en DCI permet, en amont, de familiariser le patient aux noms des molécules qui lui semblent barbares. Elle permet aussi au patient d'avoir une référence papier, un lexique en quelque sorte, lorsqu'il est seul chez lui devant ses boites et son ordonnance.

Les pharmacies peuvent aussi, bien entendu noter manuellement sur les boites, soit lors de la délivrance, soit en amont en étiquetant à l'avance les boites de médicaments génériques avec les noms de princeps les plus courants.

Enfin, fournir une explication de l'utilité de chaque médicament, éventuellement du mode d'action général (en restant dans des termes simples), de la correspondance entre son nom commercial et sa DCI doit se faire systématiquement à l'oral pour tous les patients.

4.2.3 Plan de posologie

Nous nous devons de proposer un plan de prise au patient afin de faciliter la bonne compréhension de l'ordonnance par le patient et le bon déroulement de son traitement.

Nous facturons d'ailleurs un honoraire de dispensation complexe pour toute dispensation donnant lieu à l'exécution d'une prescription comportant au moins 5 lignes différentes de médicaments remboursables facturés à l'Assurance Maladie en une seule délivrance. Son tarif est fixé à 0,51 € TTC par ordonnance.

Sa facturation est conditionnée à la proposition systématique d'un plan de posologie au patient, comme défini dans l'avenant n°5 à la convention nationale des pharmaciens d'officine

La création d'un plan de posologie est souvent intégrée au logiciel d'exploitation de l'officine afin de faciliter son élaboration.

Les avantages d'un tel plan sont qu'ils donnent un tableau de bord détaillé et personnalisé, au patient autonome, aux aidants ou dans le cadre d'autres accompagnements (PPS, PDA).

Les inconvénients viennent surtout de l'ergonomie des logiciels pas toujours évidente pour établir un plan de prise détaillé rapidement, ou du manque de formation des équipes officinales à l'utilisation de leurs logiciels.

4.2.4 Hiérarchiser la prescription

Souvent, les prescriptions qui sont émises sont organisées dans un ordre quelconque, soit par ordre alphabétique, si le praticien est informatisé, soit plus simplement dans l'ordre dans lequel les différentes molécules sont apparues au cours de la vie du patient, les nouvelles prescriptions s'ajoutant en bas de la liste parfois trop longue.

Dans l'éventualité probable où le patient ne serait pas parfaitement observant, il serait judicieux d'organiser sa prescription non pas dans un ordre quelconque, mais d'organiser les molécules par ordre d'importance pour le succès de la stratégie thérapeutique. (58)

Cette approche personnalisée est un bon levier d'amélioration de l'observance, elle permet de réduire le mauvais usage des médicaments et de réduire, à moindre risque, la quantité de médicaments absorbés le cas échéant(59).

Si ce travail n'est pas fait en amont par le médecin prescripteur, il peut être de notre responsabilité, nous, pharmaciens d'officine de le faire au comptoir avec nos patients afin de garantir la prise des traitements dont l'utilité thérapeutique n'est plus à démontrer mais dont l'effet silencieux les rend secondaires aux yeux des patients.

Un bon exemple est celui des corticoïdes inhalés dans le traitement de l'asthme au regard de la demande de bêta-agoniste à courte durée d'action (BACA).

Une fois expliquée au patient l'utilité du traitement de fond par rapport au traitement de crise, dans la plupart des cas, on retrouve rapidement une délivrance régulière des corticoïdes et une baisse de la consommation en BACA.

D'autre part, en donnant un ordre d'importance aux médicaments, on donne un référentiel au patient pour réagir en cas d'oubli : est-ce grave ? Est-ce bénin ? Dois-je prendre la dose maintenant ou dois-je attendre demain ? Ainsi, on replace le patient au centre de sa prise en charge.

4.3 Le Bilan partagé de médication

Le Bilan partagé de médication (BPM), mis en place début 2018(60) donne au pharmacien d'officine un cadre lui permettant d'être rémunéré dans sa fonction d'acteur de détection d'inobservance et dans son rôle dans l'éducation thérapeutique du patient.

Il est en effet prévu que le pharmacien reçoive une rémunération de 60€ par patient intégrant le dispositif puis 20€ chaque année suite aux entretiens de suivi simple, ou 30€ dans le cas où le patient voit son traitement évoluer au cours de l'année.

Cette rémunération a pour but de motiver les titulaires d'officine à promouvoir le dispositif.

Ce bilan donne un cadre formel(61) aux pharmaciens d'officine pour procéder à l'interrogatoire du patient et pour transmettre les informations et conclusions découlant d'une série d'entretiens avec le patient au médecin traitant afin d'améliorer la prise en charge globale.

Les outils mis à disposition par l'assurance santé (annexe 7) donnent un cadre pratique à la réalisation des entretiens et permettent aux pharmaciens d'officine de transmettre leurs conclusions au médecin traitant et à l'assurance maladie, afin de bénéficier de la rémunération prévue par la convention.

4.3.1 Déroulement du bilan partagé de médication

4.3.1.1 Premier entretien

Pour le premier entretien, le patient est généralement convié à l'officine avec l'ensemble de ses traitements, qu'ils soient prescrits ou non et ses derniers résultats biologiques. Il est possible de conduire cet entretien au domicile du patient.

Le pharmacien récupère ces informations et les met de côté pour la seconde phase du bilan.

Suit ensuite l'entretien à proprement parler au cours duquel le pharmacien collecte les réponses aux questions qu'il doit poser au patient.

Ces questions portent sur :

- Les habitudes de prise des médicaments : moments de prise, modalités d'administration.
- L'hygiène de vie : consommation d'alcool, de tabac, de stupéfiants.
- L'existence d'un régime alimentaire particulier : sans sel, sans sucre, végétalien...

- L'état physiopathologique du patient : allergies connues, insuffisance rénale ou hépatique, troubles de la déglutition.
- La connaissance que le patient possède sur ses traitements.
- La quantité de médicament inutilisés présents au domicile.
- Les médicaments en situation de rupture d'approvisionnement.
- L'existence ou l'absence d'outils facilitant l'organisation d'un traitement parfois complexe.
- Un test de GIRERD afin d'établir une estimation du risque d'inobservance.

En somme, on doit questionner tous les aspects de la vie du patient qui peuvent influer, de quelque façon que ce soit, sur l'efficacité de sa prise en charge médicale.

Les réponses à cet entretien sont ensuite consignées dans un fichier au nom du patient et transmis à l'assurance maladie par le biais de leur plate-forme informatique.
Une copie de cet entretien doit être conservé à l'officine dans le dossier du patient.

4.3.1.2 Analyse des résultats

Cette partie se déroule en l'absence du patient. Le pharmacien vérifie point par point les interactions possibles entre les molécules prescrites, vérifie la bonne cohérence des traitements avec l'état physiopathologique du patient en s'appuyant sur les analyses biologiques et le recueil effectué en première partie. Le pharmacien peut s'appuyer sur les outils tels que la liste STOPP/START v2 (62) (annexe 8) afin d'appuyer les conclusions qu'il présentera au médecin traitant.
La liste de Laroche(63)(annexe 9) est également un outil précieux, complétant bien la liste des critères STOP/START mais la liste de Laroche n'apporte pas d'informations supplémentaires concernant les situations nécessitant l'initiation d'un traitement.

Les conclusions et les éventuelles recommandations sont ensuite transmises à l'assurance maladie et au médecin traitant du patient afin de mettre en œuvre une réponse adaptée à la situation. Une copie est conservée à l'officine.

Le pharmacien doit établir un plan de posologie détaillé qu'il remettra au patient à leur prochaine rencontre. Si c'est nécessaire, on prépare une série de conseils hygiéno-diététiques adaptés.

4.3.1.3 L'entretien conseil

Au moment de fixer la date de ce rendez-vous, demandez au patient de réfléchir aux questions qu'il souhaiterait vous poser lors de l'entretien afin qu'il arrive préparé pour avoir un échange avec lui de meilleure qualité.

Durant cet entretien, on présentera au patient l'analyse de ses traitements, le plan de posologie détaillé et les conseils hygiéno-diététiques préparés lors de la phase précédente.

On invite ensuite le patient à poser les questions qu'il souhaite vous soumettre et on y répond du mieux possible.

La date du prochain entretien de bilan d'observance peut être fixée à l'issue de l'entretien.

Les résultats de l'entretien conseil sont consignés dans le fichier informatique du patient et transmis à l'assurance maladie. Une copie est conservée à l'officine.

4.3.1.4 L'entretien de suivi d'observance

Il est à réaliser deux fois par an. Il permet d'évaluer l'évolution de l'adhésion et de l'observance au traitement.

Il se fait au travers d'un questionnaire GIRERD.

Dans le cas où le traitement du patient aura subi une modification il faudra ré-établir le plan de posologie tenant compte du nouveau traitement.

Dans le même esprit que pour l'entretien conseil, on répond aux questions et inquiétudes que le patient aura préparées en vue de l'entretien.

Comme toujours, le résultat de cet entretien est à consigner dans le fichier informatique du patient et à transmettre à l'assurance maladie. Une copie est conservée à l'officine.

4.4 Plan Personnalisé de Santé et Gestion de cas

4.4.1 Plan Personnalisé de Santé (PPS)

Le Plan Personnalisé de Santé a été mis en place pour les personnes de plus de 75 ans habitant à leur domicile, en situation de fragilité ou atteintes de maladies chroniques hors personne suivie par le gestionnaire de cas. (voir plus bas). Le PPS peut porter sur les soins aux malades, les aides qu'ils reçoivent ou encore sur l'éducation thérapeutique.

Le patient doit donner son accord pour la transmission d'informations le concernant entre professionnels(64).

La HAS a mis à disposition des professionnels de santé un mode d'emploi du PPS. (65)

Le PPS repose sur la séquence suivante : repérage → évaluation → planification → suivi → révision.

Suite au repérage par un acteur de santé, une évaluation est faite en une ou plusieurs fois, le plus souvent requérant une visite au domicile du patient.

Suite à l'évaluation, une planification est décidée et appliquée

Un suivi de l'état du patient et de l'adéquation entre le plan établi et les besoins du patient est régulièrement fait, au minimum une fois par an, plus si nécessaire, en fonction du patient et des aléas (hospitalisation en urgence, détérioration de l'état du patient, nouvelle pathologie...).

Le PPS repose sur différents acteurs :

La personne (le patient) dont on doit respecter les préférences (garder son autonomie, rester chez soi, ne pas être hospitalisé en urgence...) et qui établit ses priorités. Celles-ci peuvent ne pas coïncider avec celles des soignants, mais la prise en compte systématique de celles-ci est une condition *sine qua non* de la réussite du PPS car elle implique la personne au centre de son plan de soins.

L'aidant, s'il existe, est associé au PPS avec l'accord du patient si celui-ci est dans la capacité d'exprimer son accord. En cas d'incapacité, c'est l'aidant qui se substitue au patient dans son rôle au sein du PPS.

Les professionnels acteurs du plan d'action participatif :

- **Le médecin traitant**

  Il est au centre du PPS, sa participation est nécessaire à l'initiation, à la réalisation et à la validation du PPS, qu'il soit celui qui a repéré une situation difficile ou que le repérage ait été fait par un autre acteur.

  C'est souvent le médecin traitant qui devient le référent. C'est à lui que revient la charge du suivi du PPS. Il procède au recueil des informations auprès de tous les acteurs du PPS. Il organise également la coordination des actions à mener. Il est cependant possible à un autre acteur de soin d'endosser la fonction de référent : un pharmacien ou un IDE peuvent s'en charger.

- **Le Pharmacien**

  Par le biais de la transmission d'informations, par la préparation des doses à administrer et par l'éducation thérapeutique, le pharmacien joue un rôle important dans l'amélioration de l'observance du traitement du patient.

- **L'Infirmier diplômé d'état libéral ou de SSIAD Services de soins infirmiers à domicile**

  De part ses visites à domicile régulières, l'IDE est une source d'information à ne pas négliger pour le bon déroulement du PPS, de plus, il peut participer à la bonne observance médicamenteuse, notamment en pratiquant la PDA, ou simplement par un suivi des boites disponibles au domicile permettant un contrôle indirect de la prise des doses.

- **Les autres acteurs de santé** comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les autres spécialistes de façon générale peuvent bien entendu prendre part au PPS, en fonction des pathologies et des besoins de la personne.

4.4.2 Gestionnaire de cas

Créé en France en 2012 dans le cadre du plan Alzheimer, (66)(67)(68) ,il trouve son intérêt dans les situations complexes concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou plus généralement de dégénérescence sénile. Il prend part à l'évaluation des besoins médicaux-sociaux du patient et de ses aidants. Il collabore avec le médecin traitant, les hôpitaux et autres structures, qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales. Son rôle est d'élaborer un plan de soins et d'accompagnement adapté à chaque instant aux besoins du patient. Il remplit la fonction de coordinateur entre les différents intervenants prenant en charge le patient. Pour finir, il s'assure de la bonne prise en charge à domicile et le cas échéant peut lancer la constitution de dossiers d'aide sociale.

Le gestionnaire de cas, formé *via* le diplôme inter-universitaire (DIU) Gestionnaire de cas exerce dans l'une des 300 maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) ouverte en France fin 2015.

4.5 PDA

La Préparation des Doses à Administrer ou PDA consiste en l'action de déconditionner les médicaments d'un patient et de les organiser dans un pilulier selon le plan de posologie établi. En général, la préparation se fait à la semaine, voire, plus rarement au mois.

4.5.1 PDA, pourquoi la faire ?

La PDA peut aussi être envisagée dans le cas d'un patient analphabète, ne pouvant donc pas se référer aux noms des produits ou à l'ordonnance. D'une façon plus générale, tout trouble susceptible de causer une incapacité à lire la prescription pour s'y référer peut être une raison suffisante pour initier une PDA.

Dans le cas d'un patient ayant de nombreuses molécules à prendre et à des moments différents, il peut être judicieux de pratiquer la PDA afin de ne pas se perdre au moment de l'administration.

La PDA peut tout simplement être initiée par mesure de simplicité, afin d'éviter de se reposer sur sa seule mémoire pour savoir si un traitement a été pris ou pas.

La PDA permet de n'avoir à se concentrer qu'une seule fois par période pour organiser ses traitements, ce qui limite le risque d'erreurs.

4.5.2 PDA : qui peut la faire ?

Elle peut être pratiquée par le patient lui-même, par sa famille, elle peut être effectuée par un infirmier diplômé d'état ou IDE (69), c'est d'ailleurs souvent le cas, mais peut aussi être pratiquée par un pharmacien.

Cette troisième option apporte l'avantage de l'expertise du médicament qu'amène le pharmacien qui garantit donc la qualité et l'organisation de la PDA.

4.5.3 Définition légale de la PDA

4.5.3.1 Au niveau européen :

Selon l'article 40 du code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, issu de la directive 2001/83/CE modifiée, une autorisation de fabrication n'est pas exigée pour «*les préparations, divisions, changements de conditionnement ou présentation, dans la mesure où ces opérations sont exécutées, uniquement en vue de la délivrance au détail, par des pharmaciens dans une officine ou par d'autres personnes légalement autorisées dans les États membres à effectuer lesdites opérations »*(70)

4.5.3.2 Au niveau national

Cette directive n'a pas été transposée en France. Ce qui a crée une insécurité juridique et la condamnation pénale de pharmaciens pour commercialisation de spécialités pharmaceutique sans AMM et exercice non autorisé d'activités pharmaceutiques de fabrication. (71)

Il est à noter que même si la PDA par un pharmacien d'officine est depuis partiellement prévue par l'article R4235-48 du code de la santé publique ; c'est-à-dire que la PDA ne nécessite pas d'autorisations spécifiques ; le pharmacien peut encourir des sanctions disciplinaires en raison de l'absence de traçabilité des médicaments reconditionnés et l'absence de suivi convenable des patients concernés(72).

La jurisprudence et la doctrine ordinale se sont accordées pour considérer que, dans la mesure où le libre choix des résidents est respecté, et si les conditions de sécurité et de traçabilité sont assurées ; alors la PDA ne contrevenait pas au droit(72)(73).

La PDA officinale permet de « *gérer de façon responsable ce hiatus entre délivrance et administration, car la sécurité du patient doit être prise en compte au présent et ne peut se satisfaire durablement de méthodes improvisées* ». Un texte clair prenant en compte la pratique actuelle de la PDA est réclamé par les différents acteurs du médicament (Ordre des Pharmaciens, syndicats de pharmaciens et d'infirmiers)(74)

4.5.4 Définition de la pratique de la PDA

La PDA implique une démarche de sécurisation du circuit du médicament qui peut se résumer ainsi : Le Bon médicament, à la Bonne dose, par la Bonne voie d'administration, au Bon moment, au Bon patient (les 5B) (35)(annexe 5).

La préparation des doses à administrer peut se définir comme étant la préparation galénique des doses(75).

Cette opération comprend :

- La traduction des données de prescription en données de délivrance.
  (calcul du nombre de prises sur une période donnée, souvent une semaine).
- La division des présentations multi-doses, leur reconditionnement sous formes unitaires et l'étiquetage.
- La répartition des doses unitaires médicamenteuses, dans un contenant adapté et sécurisé (pilulier).

La PDA ne concerne pas toutes les spécialités, en sont exclues :

- Les spécialités présentées sous forme liquide (hors automates pour forme liquide).
- Les spécialités soumises à la réglementation des stupéfiants.
- Les formes stériles.
- Les formes présentant des conditions particulières de conservation.
- Les spécialités dont le RCP contient des précautions particulières (contamination croisée, risque pour le personnel manipulant).

4.5.4.1 Pratique actuelle :

La PDA officinale est aujourd'hui essentiellement effectuée pour le compte d'EHPAD. La PDA officinale dans le cadre d'un maintien à domicile est pratiquée mais peu recensée car la sécurité sociale ne tarifie pas l'acte. Une enquête menée en 2014 auprès des EHPAD d'Île-de-France montre que seulement 14,8 % d'entre eux disposent d'une PUI (sur place ou mise à disposition par un centre hospitalier ou commune au groupement)(76).

Idéalement, la PDA ne devrait pas constituer une option permettant de décharger le patient de ses responsabilités vis-à-vis de sa prise en charge, il faut donc dans la mesure du possible, habituer le patient à pratiquer lui-même la PDA, tant qu'il en est capable, afin de ne pas tomber dans une attitude paternaliste qui désengagerait le patient de sa prise en charge médicamenteuse.

Cette pratique responsable de la PDA devrait permettre de conserver le patient en autonomie le plus longtemps possible.

4.5.5 Perspectives de développement :

Le développement de la présentation unitaire identifiable et traçable des médicaments laisse à désirer. Un effort des industriels sur ce point permettrait une utilisation plus massive de ce moyen d'amélioration de l'observance au sein des officines.

Le syndicat UNPF affirme que dans la mise en place d'une PDA officinale au sein d'un EHPAD permettrait :

- *« Une diminution du taux d'erreur, passant de 15 % (PDA manuelle par des infirmiers) à 2 ‰ (PDA normée et sécurisée, effectuée par des pharmaciens) ;*
- *Une diminution de 17 % des effets iatrogènes ;*
- *Une diminution de près de 20 % des dépenses effectuées par l'Assurance Maladie (moins d'hospitalisations, plus de génériques, moins de médicaments délivrés…) ».*

Une partie de la société civile réclame « *le passage d'une PDA artisanale à une PDA sécurisée permettant d'assurer la traçabilité du dispositif et des points de contrôle à chaque étape.* » (UNPF). Ce changement pouvant s'effectuer par une reconnaissance économique par la sécurité sociale du double rôle du pharmacien : **dispensateur et organisateur du circuit du médicament.**

La « PDA sécurisée » n'est pas simplement la demande d'un protocole sécurisant de PDA. Elle est pour certains synonyme de « PDA mécanisée » demandant un lourd investissement financier (les machines premier prix sont aux alentours de 130.000 euros ex : SYGIPH JV 280)

La rapidité de ces machines permettent la mise en place d'un circuit semi-industriel du médicament, l'opérateur pouvant demander la fabrication 3 000 sachets par heure, sans jamais voir de patients (75). On peut se poser la question de la place de la relation pharmacien-patient avec un tel développement.

5 Conclusion

Alors même que l'évaluation, la prise en compte et la situation globale de l'observance sont pour le moins imparfaites, nous voyons qu'avec de bons outils la prise en charge de nos patients peut progresser dans un sens positif.

Il faut garder à l'esprit que la partie la plus importante lorsque l'on mesure l'observance d'un patient n'est pas le résultat que l'on obtient ni la méthode choisie, c'est la démarche.
La démarche cela veut dire d'une part la prise en compte du patient en tant qu'humain faillible mais d'autre part c'est la prise en compte du patient en tant qu'acteur de son traitement possédant des capacités d'améliorations.
Ainsi, loin de vouloir contrôler, infantiliser et minorer le patient, la démarche de l'évaluation de l'observance permet de donner une place pleine et entière à un patient qui devient partenaire de l'équipe soignante. La hiérarchie paternaliste surannée soignants-soignés doit basculer dans une relation d'égal à égal, de partenaire à partenaire œuvrant pour un but commun : l'amélioration de la prise en charge au travers de l'observance.
Que le patient soit observant ou pas au moment du dépistage importe finalement assez peu, l'élément important est l'honnêteté de la réponse. Nous avons besoin d'une information fiable, d'un climat de confiance et ce n'est pas en blâmant le patient que cela advient.
Nous devons transmettre notre volonté d'amélioration au travers de notre implication afin d'impliquer le patient lui-même dans ce cercle vertueux.

Nous avons vu différentes approches visant à améliorer l'observance, et on serait tenté de privilégier certaines qui semblent plus simples, plus abordables. Mais les problèmes liés à l'observance n'ont pas leurs racines dans un problème unique, c'est un problème multifactoriel. Une solution multifactorielle me semble donc judicieuse. Deux grandes familles de procédés vont permettre d'améliorer l'observance, d'une part les procédés techniques, avec des aides mécaniques, électroniques, logicielles et d'autre part les procédés humains, impliquant la relation tripartite patient-soignants-aidants. L'enjeu entre ces deux familles de procédés est d'obtenir une synergie positive entre les facteurs techniques et les acteurs humains et pas d'espérer vainement de trouver une solution monolithique qui ne peut tout simplement fonctionner et manque de redondance dans l'éventualité d'une défaillance dans la chaîne de soins.

Les organismes de tiers-payant : sécurité sociale et mutuelles doivent percevoir l'importance du problème et les retombées économique positives que peut avoir une démarche pro active. Ainsi, ces organismes sont et devront être encore plus à l'avenir devenir les coordinateurs de la promotion de l'observance.
Cela passe par des incitations financières pour les pharmaciens à dépister la mauvaise observance et élaborer avec le patient des stratégies individualisées. L'apparition des différents honoraires de dispensation et du bilan partagé de médication vont d'ailleurs dans ce sens.

Les mutuelles pourraient aussi participer à l'effort en proposant une participation à l'apparition de solutions techniques comme les piluliers électroniques, pour le moment trop coûteux pour un déploiement généralisé mais proposant un concept prometteur.
La proposition de brochures pédagogiques pour les patients et les aidants leur permettant de percevoir le danger que représente la mauvaise observance et pourquoi pas quelques méthodes de dépistage, quelques conseils sur la façon d'agir et de réagir efficacement, permettrait de communiquer au plus grand nombre sur ce problème si fréquent.

Des études d'impact de chaque solution proposée pourraient nous permettre d'estimer quand et comment chaque solution est la plus appropriée. Les objectifs de ces études étant l'amélioration de la prise en charge du patient au coût le plus juste et l'implication des décideurs du monde médical tels que les ministères et les mutuelles dans la résolution de ces problèmes.

Messages clef

- La molécule la plus efficace est celle qui est prise.
  - Seuls 30 à 40% des patients seraient bien observants, engendrant l'échec des stratégies thérapeutique.
- Blâmer le patient non observant, c'est s'assurer d'un patient non coopérant
  - Il vaut mieux savoir que le patient ne prend pas correctement ses traitements et agir en conséquence que d'adopter une posture moralisatrice qui va pousser le patient à dissimuler la mauvaise observance qu'il applique ce qui aboutira à l'augmentation du risque iatrogène.
- Une équipe soignante concertée = un patient mieux soigné
  - Une approche pluridisciplinaire concertée doit être la pierre angulaire pour la prise en charge globale du patient.
  - Les informations doivent circuler dans tous les sens entre les médecins, pharmaciens, infirmiers, aides soignants afin de garantir une prise en charge efficace.
- Suivre l'historique des délivrances, c'est bien, s'intéresser au patient c'est mieux
  - Avoir des informations concernant notre patient est déterminant pour agir efficacement. Obtenir certaines informations peut se faire par le biais de solutions technologiques mais c'est insuffisant.
  - Sans une relation de confiance entre le soignant et le patient il nous manque tout un pan de la personnalité du patient concernant ses connaissances et ses croyances vis-à-vis de sa prise en charge. Il faut remettre l'humain au centre de la relation patient-soignant fin de développer la confiance et d'obtenir des informations de meilleure qualité.

6 Annexes

6.1 Annexe 1 « Qu'est-ce que la grille AGGIR ? »

(77)(78)

Activités corporelles et mentales (discriminantes)

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps,
- Faire sa toilette,
- S'habiller, se déshabiller,
- Se servir et manger,
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale,
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre,
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie,
- Se déplacer en dehors du lieu de vie,
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.

Activités domestiques et sociales (illustratives)

- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires,
- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis,
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants,
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel,
- Acheter volontairement des biens,
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement,
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.

En fonction de son degré de dépendance, la personne âgée est classée dans un groupe iso-ressources (Gir). Il existe 6 Gir.
Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. (allocation personnalisée d'autonomie)

La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut demander une aide ménagère ou une aide auprès de sa caisse de retraite.

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, • Ou personne en fin de vie
Gir 2	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	• Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	• Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	• Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	• Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

6.2 Annexe 2 : Plan de prise

Plan de Posologie	Nom et dosage du médicament	Matin	Midi	Soir	Au Coucher	Si besoin
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						

6.3 Annexe 3 : Questionnaire de Morisky

Questionnaire de Morisky sur le respect du traitement (4 questions)

(Cochez une seule réponse par question)

	Oui	*Non*
1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?	❑	❑
2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?	❑	❑
3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?	❑	❑
4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour (nom de la maladie), arrêtez-vous parfois de le prendre ?	❑	❑

CALCUL DU SCORE

Le MMAS est un questionnaire générique d'évaluation de l'observance thérapeutique rempli par les patients, dans lequel le nom du problème de santé concerné (hypertension artérielle, diabète, cholestérol, sida, contraception, etc.) remplace « nom de la maladie ». Ce questionnaire comporte quatre questions, dont le barème est de 0 pour « Oui » et 1 pour « Non ». Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 et 4.

6.4 Annexe 4 : Questionnaire de GIRERD

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

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

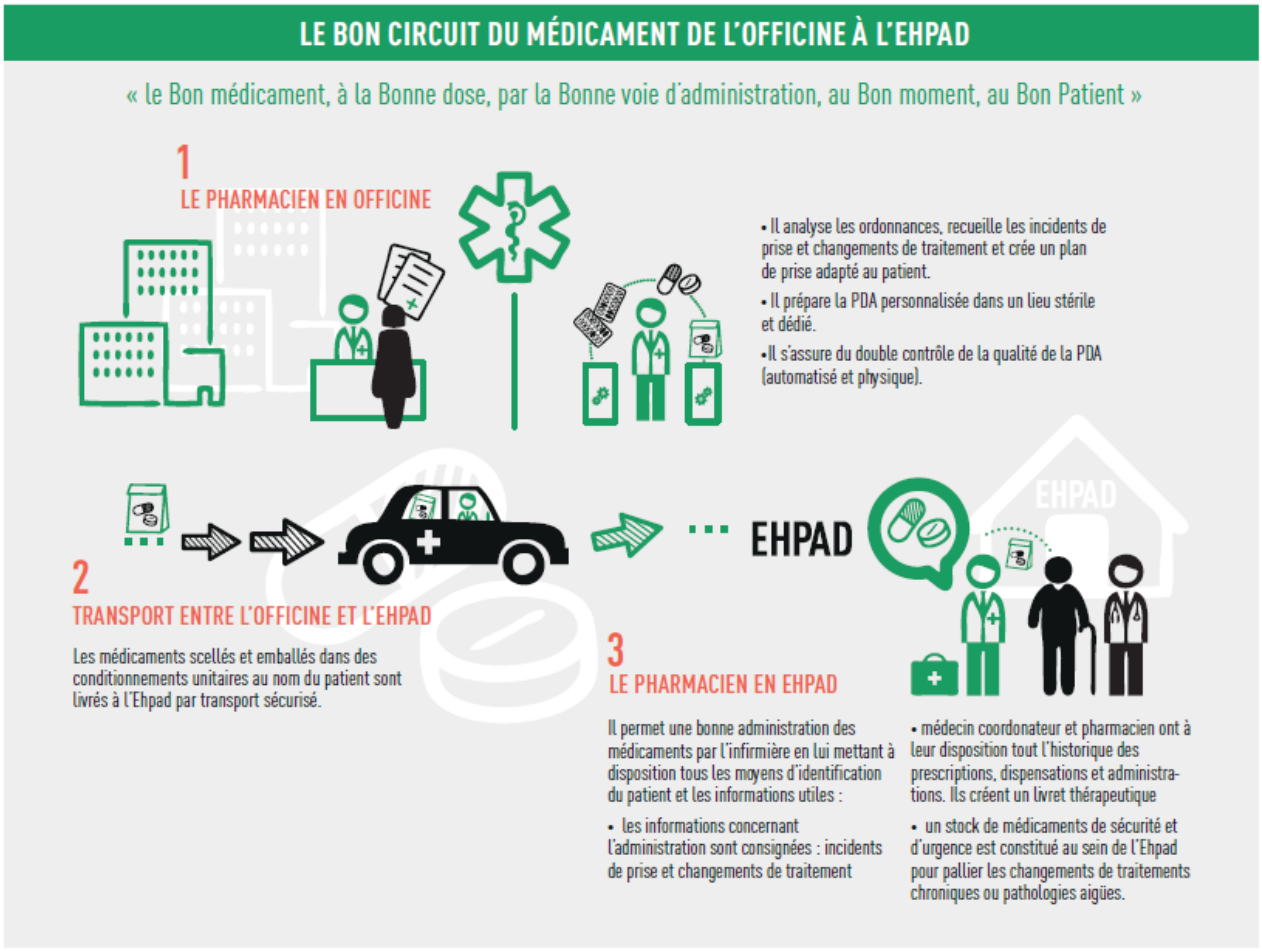
Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

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.

6.5 Annexe 5 : Le bon circuit du médicament de l'officine à l'EHPAD

(75)



6.6 Annexe 6 : Profil des patients en EHPAD

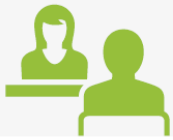
(79)

Profil des patients en ehpad	
Rapport homme / femme	Un homme (25,7 %) pour trois femmes (74,3%)
Age moyen	85 ans (81,5 pour les hommes et 86,2 pour les femmes)
Répartition des âges	Moins de 80 ans : 21,3 % (moyenne 2007-2012) – 18,6 % (2012) Entre 80 et 89 ans : 49,7% (moyenne 2007-2012) – 47,9 % (2012) 90 ans et plus : 29 % (moyenne 2007-2012) – 33,5 % (2012)
Atteintes cognitives	54 % des résidents sont atteints de démence (troubles du comportement pour beaucoup) 47 % ont des troubles du comportement 32 % souffrent d'un état anxieux
Dépendance	GIR 1 et 2 : 48.78 % (51 % rapport Lancry chiffres 2007) GIR 3 et 4 : 32.31 % (32 % rapport Lancry chiffres 2007) GIR 5 et 6 : 18.90 % (16 % rapport Lancry chiffres 2007) 32% sont grabataires et subissent des troubles de la marche 37 % sont incontinent
Etats pathologiques pour plus de 50 % des cas	HTA (59 %) – Syndrome démentiel (54%) Déments déambulants : 36,8 % (moyenne 2007-2012) – 39,8 % (2012)

6.7 Annexe 7 : Outils mis à disposition par l'assurance maladie pour réaliser les bilans partagés de médication

L'Assurance Maladie

BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION
ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION



Objectifs de l'entretien :

- Expliquer au patient les objectifs du bilan de médication et son déroulement.
- Recueillir les informations générales sur le patient mais aussi ses habitudes de vie et son état physiologique.
- Recenser l'ensemble des traitements pris par le patient ainsi que leur connaissance par le patient.

LE PATIENT

Ses habitudes de vie

- Pour la prise de médicaments, car certains médicaments doivent être pris au cours d'un repas et d'autres à l'inverse à distance.
- Pour déceler les patients âgés dénutris et déshydratés, ce qui impacte fortement l'état général de la personne âgée mais aussi les effets des médicaments.

Le mode de vie permet aussi de cerner les besoins des patients, notamment en termes d'aide à domicile ou autre…

Son état physiologique

Les insuffisances rénales et hépatiques peuvent modifier la biodisponibilité et donc impacter l'efficacité et la tolérance des médicaments. L'attention des patients doit être attirée sur les situations cliniques possiblement associées à une fonction rénale altérée (hypovolémie, déshydratation, diarrhée, associations médicamenteuses).
Certains problèmes physiologiques tels que des problèmes de déglutition, une vision altérée ou encore des douleurs articulaires peuvent empêcher certains patients de prendre leurs médicaments. Il est donc important de repérer ces problèmes afin d'améliorer l'observance. De plus, il est important de noter les éventuelles allergies du patient.

LES MÉDICAMENTS

Le recueil de ses médicaments

Il est important de recueillir l'ensemble des médicaments prescrits ou non à un patient car le bilan partagé de médication doit être exhaustif pour être le plus pertinent possible.

La connaissance qu'il a de ses médicaments

Un patient qui connaît ses médicaments (il sait pourquoi il les prend et les conséquences sur sa santé) est un patient plus observant et ayant une meilleure adhésion à ses traitements. Il est important pour le patient de bien connaître les effets des médicaments et notamment les effets indésirables car ils peuvent entraîner des problèmes d'observance et donc avoir des conséquences très néfastes pour le patient. Les éventuelles modifications de traitements par le prescripteur sont de bons indicateurs de traitements non optimisés, soit en termes d'efficacité, soit en termes d'effets indésirables. Vous pouvez, en outre, aider le patient à lutter contre ces derniers.

L'analyse des prises de médicaments

Cette analyse vous permettra de repérer les problèmes d'observance (via le questionnaire de Girerd), les ruptures de traitements, les problèmes liés à la forme galénique et la nécessité d'une aide à la prise de médicaments.





ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DU PATIENT

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE RÉNALE OU HÉPATIQUE (INSUFFISANCE RÉNALE, HÉPATIQUE) OU TOUT AUTRE ANTÉCÉDENT IDENTIFIÉ ? OUI ○ NON ○

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE DÉGLUTITION OU DE VISION, DES DOULEURS ARTICULAIRES…? OUI ○ NON ○

PRÉCISEZ

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES ? OUI ○ NON ○

LESQUELLES ?

AVEZ-VOUS UN CARNET DE SUIVI ? OUI ○ NON ○

›››



TRAITEMENTS OU PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATIENT

PRODUIT	ORIGINE (prescripteur ou automédication)	DOSAGE ET FORME	FRÉQUENCE ET POSOLOGIE	PROBLÈMES LIÉS À LA FORME GALÉNIQUE ?	PROBLÈMES D'OBSERVANCE ?	SURVENUE D'EFFETS INDÉSIRABLES ?



COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT

TRAITEMENTS EN COURS

POUVEZ-VOUS EXPLIQUER À QUOI SERVENT VOS MÉDICAMENTS ?

À QUELLE FRÉQUENCE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS ?

AUTRES PRODUITS

PRENEZ-VOUS D'AUTRES PRODUITS PAR VOUS-MÊME ? OUI ☐ NON ☐
Aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, tisanes, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...

AVEZ-VOUS PRIS DES ANTIBIOTIQUES RÉCEMMENT ? OUI ☐ NON ☐
SI OUI, LESQUELS ?

MODIFICATIONS

AVEZ-VOUS DERNIÈREMENT ARRÊTÉ OU MODIFIÉ UN DE VOS TRAITEMENTS PRESCRITS ? OUI ☐ NON ☐
EXPLIQUEZ LEQUEL ET POURQUOI.

COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

EFFETS DES TRAITEMENTS

RESSENTEZ-VOUS DES EFFETS PARTICULIERS LIÉS À LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS ? PRÉCISEZ (SOMNOLENCE, DOULEURS ARTICULAIRES…). OUI ◯ NON ◯

AVEZ-VOUS DÉJÀ RESSENTI DES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À VOS MÉDICAMENTS ? SI OUI, LESQUELS ET COMMENT LUTTEZ-VOUS CONTRE EUX ? OUI ◯ NON ◯

PRENEZ-VOUS UN MÉDICAMENT QUI NÉCESSITE UN SUIVI PARTICULIER (ANTIDIABÉTIQUE, ANTICOAGULANT…) ? OUI ◯ NON ◯

›››

COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

PRISE DES MÉDICAMENTS

À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS ?

AVEZ-VOUS DES RAPPELS POUR Y PENSER ? OUI ◯ NON ◯

VOUS RESTE-IL DES MÉDICAMENTS DANS LES BOÎTES À LA FIN DU MOIS ? LESQUELS ? OUI ◯ NON ◯

Y-A-T-IL DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS VOUS ÊTES SOUVENT EN RUPTURE ? LESQUELS ? OUI ◯ NON ◯

AVEZ-VOUS TENDANCE À OUBLIER CERTAINS MÉDICAMENTS ? LESQUELS ? OUI ◯ NON ◯

›››

COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

PRISE DES MÉDICAMENTS *(SUITE)*

AVEZ-VOUS CERTAINS MÉDICAMENTS EN GRANDE QUANTITÉ CHEZ VOUS ? SI OUI, PRÉCISEZ — OUI ◯ NON ◯

VOS MÉDICAMENTS SONT-ILS PRÉPARÉS PAR VOUS OU PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?

ÊTES-VOUS AIDÉ-E DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS ? ET SI OUI, PAR QUI ?

ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À PRENDRE VOS MÉDICAMENTS (GÉLULES TROP GROSSES, SÉCHERESSE DE LA BOUCHE, DÉGLUTITION DIFFICILE…) ? PRÉCISEZ LES MÉDICAMENTS QUI SONT DIFFICILES À PRENDRE — OUI ◯ NON ◯

AIMERIEZ-VOUS ÊTRE AIDÉ(E) DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS ? — OUI ◯ NON ◯

›››

OBSERVANCE DU PATIENT

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT ?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)* :

- CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ? — OUI ◯ NON ◯
- DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULATION, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ? — OUI ◯ NON ◯
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ? — OUI ◯ NON ◯
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ? — OUI ◯ NON ◯
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ? — OUI ◯ NON ◯
- PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ? — OUI ◯ NON ◯

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) ◯ =6 ◯ 4 ou 5 ◯ ≤ 3

** Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient : bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non observance ≤ 3.*

›››

CONCLUSION

Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
2. RAPPELER LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS.
3. RÉDIGER VOTRE CONCLUSION.

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

›››

CONTACT AVEC LES PROCHES/AIDANTS*

NOM

LIEN AVEC LE PATIENT

DATE

VOS CONCLUSIONS

** Si nécessaire et avec l'accord du patient.*

ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION
ANALYSE DES TRAITEMENTS DU PATIENT

GUIDE POUR L'ANALYSE

Dans un premier temps, il s'agit de vérifier sur la base des éléments en votre possession les posologies et les contre-indications de chaque médicament. Dans un second temps, votre logiciel métier vous permettra de vérifier toutes les interactions médicamenteuses en indiquant tous les médicaments que prend le patient (prescrits ou non).

Ensuite le Score de GIRERD vous permettra d'évaluer l'observance globale aux traitements du patient (prescrits). Chaque réponse négative vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score ≤ 3

Au vu des éléments de l'entretien de recueil et de votre analyse, vous pourrez préconiser des changements de forme galénique, ou alerter le médecin traitant d'une rupture de traitement, d'une mauvaise observance, de la survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses…

La fiche d'analyse ci-dessous est à votre disposition pour vous simplifier la démarche vers le médecin traitant. Vous pourrez l'adresser *via* la messagerie sécurisée, puis l'enregistrer dans le DMP. Le cas échéant, vous échangerez avec le médecin traitant sur les éléments du bilan partagé de médication.

FICHE D'ANALYSE
INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM

PRÉNOM

ÂGE **POIDS**

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PHARMACIEN

DATE

ANALYSE DES TRAITEMENTS ET DES POSOLOGIES EN COURS

PROD

l'Assurance Maladie

BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION
CONCLUSIONS

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DU PATIENT

ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION

DATE ..../...../.....

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ? OUI ☐ NON ☐

ANALYSE DES TRAITEMENTS DU PATIENT

DATE ..../...../.....

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ? OUI ☐ NON ☐

ENTRETIEN-CONSEIL AVEC LE PATIENT

DATE ..../...../.....

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ? OUI ☐ NON ☐

ENTRETIEN DE SUIVI D'OBSERVANCE

DATE ..../...../.....

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ? OUI ☐ NON ☐

›››



SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DU PHARMACIEN

ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION

DATE ..../..../.....

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT OUI ☐ NON ☐

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR OUI ☐ NON ☐

PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR OUI ☐ NON ☐



ANALYSE
DES TRAITEMENTS
DU PATIENT

DATE ___/___/_____

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT OUI ☐ NON ☐

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR OUI ☐ NON ☐

PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR OUI ☐ NON ☐



ENTRETIEN SUIVI D'OBSERVANCE

DATE ..../..../.....

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT OUI ○ NON ○

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR OUI ○ NON ○

PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR OUI ○ NON ○



ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION
ENTRETIEN-CONSEIL AVEC LE PATIENT

Objectifs de l'entretien :
- Expliquer au patient votre analyse.
- Lui remettre son plan de posologie et lui prodiguer les conseils associés.
- Répondre à ses questions ou ses inquiétudes.
- Fixer une date d'entretien de suivi d'observance.

L'entretien-conseil est un moment dédié pendant lequel vous pourrez expliquer au patient votre analyse et lui remettre un plan de posologie avec des conseils hygiéno-diététiques afin d'optimiser l'observance.

BON À SAVOIR

Améliorer les connaissances du patient sur son traitement contribue à améliorer son observance, le motiver dans la gestion de ses médicaments, l'aider à faire face à sa maladie. **La communication autour des traitements entre vous, votre patient, et son médecin** est essentielle pour optimiser l'observance de votre patient.

›››

PLAN DE POSOLOGIE

PRODUIT	DOSAGE	FORME	FRÉQUENCE DES PRISES (matin, midi, soir, coucher)	DURÉE DU TRAITEMENT	EXPLICATIONS ET CONSEILS	COMMENTAIRES

›››



CONCLUSION

Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. IMPRIMER ET REMETTRE SON PLAN DE POSOLOGIE AU PATIENT.
2. LUI DEMANDER S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
3. FIXER UN RENDEZ-VOUS DE SUIVI D'OBSERVANCE.

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION
ENTRETIEN DE SUIVI D'OBSERVANCE

Objectifs de l'entretien :

- Faire le bilan des stratégies mises en place avec le patient.
- Réévaluer son adhésion au traitement et son niveau d'observance.

Deux entretiens de suivi au moins par an sont à programmer à la suite de l'entretien-conseil avec votre patient. En cas de nouveaux traitements la deuxième année, l'analyse initiale sera actualisée au travers d'un nouvel entretien.

OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Le suivi de l'observance est réalisé à l'aide du questionnaire de Girerd que vous trouverez à votre disposition ci-dessous. Il vous permet de réévaluer l'observance de votre patient aux prescriptions, et de faire évoluer si besoin votre accompagnement. Pour cela, les stratégies évoquées ci-dessus vous aideront dans votre tâche.

Selon le score obtenu par votre patient au test de Girerd, vous recentrerez votre suivi sur les traitements qui nécessitent un accompagnement plus appuyé. Chaque réponse négative au test vaut un point. L'observance s'apprécie ainsi :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score ≤ 3

Une attention particulière sera portée aux médicaments pour lesquels un problème d'adhésion avait précédemment été mis au jour, mais aussi aux médicaments à risque (AVK, AOD, diurétiques, IEC, AINS, benzodiazépines, médicaments aux propriétés anticholinergiques dont les neuroleptiques).

Au cours de votre suivi, vous serez en mesure de vérifier que le prescripteur a tenu compte de vos propositions d'ajustement de traitement (galénique par exemple), et pourrez en mesurer l'impact sur votre patient.

OBSERVANCE DU PATIENT

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT ?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)* :

• CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ?	OUI ☐	NON ☐
• AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ?	OUI ☐	NON ☐
• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ?	OUI ☐	NON ☐
• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ?	OUI ☐	NON ☐
• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ?	OUI ☐	NON ☐
• PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ?	OUI ☐	NON ☐

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) ☐ =6 ☐ 4 ou 5 ☐ ≤ 3

** Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient : bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non observance ≤ 3.*

CONCLUSION

Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. SI LE PLAN DE POSOLOGIE A ÉTÉ MODIFIÉ, LE REMETTRE AU PATIENT.
2. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
3. FIXER UN ÉVENTUEL PROCHAIN RENDEZ-VOUS DE SUIVI.

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

6.8 Annexe 8 critères STOPP/START V2 :

Table 1a. Liste complète des critères STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments

	STOPP.v2 : médicament	& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
	médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)	Dans tous les cas
NEURO PSYCHIATRIE	**benzodiazépine**	Dans tous les cas *a fortiori* si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire
	Z-drug (somnifère)	Dans tous les cas (zolpidem, zopiclone)
	neuroleptique	Dans tous les cas *a fortiori* si prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1ère ligne
	antidépresseur tricyclique vu effet anticholinergique	& dépression, en 1ère ligne & démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
	antidépresseur ISRS	& hyponatrémie (Na^+ < 130mmol/l) concomitante ou récente
	inhib. acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexpliquées
	L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
	opiacé fort	& douleur légère, en 1ère ligne
HEMOSTASE	aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2daire de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
	antiagrégant plaquettaire dont aspirine	& risque hémorragique significatif * & anticoagulant oral, si artériopathie stable Dans tous les cas, la **ticlopidine**
	anticoagulant oral	& risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)
CARDIO VASCULAIRE	digoxine	& décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée & dose ≥ 250 µg/j si insuffisance rénale sévère (DFG < 30ml/min)
	amiodarone	& tachy-arythmie supra-ventriculaire, en 1ère ligne
	β-bloquant	& asthme sous bronchodilatateur si β-bloquant non-cardiosélectif (carvedilol, sotalol) & anticalcique bradycardisant (vérapamil ou diltiazem) & bradycardie (< 50 bpm), bloc AV (2° ou 3° degré) & diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques
	diltiazem/vérapamil	& décompensation cardiaque de classe III ou IV
	IECA ou ARA II	& antécédent d'hyperkaliémie
	antagoniste de l'aldostérone	& épargne potassique (IECA, ARA II, amiloride, triamtérène) sans suivi de la kaliémie
	diurétique thiazidique	& trouble électrolytique (K^+< 3,0 mmol/l ; Na^+< 130mmol/l ; ou $Ca^{++}_{corrigé}$ > 2,65mmol/l) & arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose)
	diurétique de l'anse	& hypertension artérielle, en 1ère ligne, ou en présence d'une incontinence urinaire & OMI d'origine périphérique (pas d'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale)
	antihypertenseurs centraux	& absence d'intolérance/inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs
	sildénafil/tadalafil/vardénafil	& décompensation cardiaque sévère avec hypotension ou angor traité par nitrés
	vasodilatateur	& hypotension orthostatique persistante (anti-calcique, α_1-bloquant, nitré)
ENDOC	metformine	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
	sulphonylurée à longue durée	Dans tous les cas de diabète type 2 (glibenclamide, chlorpropamide, glimépiride, gliclazide)
	thiazolidinédione	& décompensation cardiaque
	oestrogènes (voie orale ou transdermique)	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux & utérus présent, sans traitement progestatif
	androgènes	& hypogonadisme non-confirmé

*risque hémorragique significatif : récent saignement spontané important, diathèse hémorragique, HTA sévère

Abréviations : anti-H2 : anti-histaminique H2 ; ARAII : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; AV : atrio-ventriculaire ; AVK : anti-vitamine K ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive, bpm : battements par minute ; CI : contre-indication ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; EP : embolie pulmonaire ; FA : fibrillation atriale ; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche ; gén. : génération ; HTA : hypertension artérielle ; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; inhib. : inhibiteur ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; IR : insuffisance rénale ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; OMI : oedèmes des membres inférieurs ; TVP : thrombose veineuse profonde

	STOPP.v2 : médicament	& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
DIG	IPP	& dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodénal non-compliqué
	fer	& dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale
	métoclopramide	& syndrome parkinsonien
	médicament à effet constipant	& constipation chronique, lorsque des alternatives existent
RHUMATO	AINS	& insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non-contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1ère ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosat)
	biphosphonate (voie orale)	& atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
	colchicine	& insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosat
	corticothérapie	& douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois
RESPI	corticothérapie	& BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
	théophylline	& BPCO, en monothérapie
	bronchodilatateur anticholinergique	& glaucome à angle aigu & obstacle à la vidange de la vessie
	antihistaminique 1ère gén.	Dans tous les cas
	anticholinergique (bronchodilatateur, antiH1, antispasmodique,...)	& démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique ≥ 2 en même temps

Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales

	START.v2 : situation médicale	→ médicament : envisager de le débuter
LOCOM	chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
	ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
	corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
	polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
	méthotrexate	→ acide folique
	goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
CARDIO	hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
	fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
	athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
	cardiopathie ischémique	→ IECA + β-bloquant
	insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
	diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
NEURO	anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
	symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
	maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
	maladie d'Alzheimer, légère-modérée	→ inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
	maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine
	syndrome des jambes sans repos	→ agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
	opiacés régulièrement	→ laxatif
	douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
	pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
	glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogue des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
RESPI	asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β2-adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
	hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
	vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
DIG	reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
	maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres
UG	vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
	prostatisme symptomatique	→ α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée

6.9 Annexe 9 : Liste de Laroche

Tableau 1
Liste française des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 75 ans et plus

	Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
Antalgiques				
1	Indométacine par voie générale	Chrono-Indocid®, Indocid®, Dolcidium®Gé	Effets indésirables neuropsychiques, à éviter chez les personnes âgées ; prescription de 2e intention	Autres AINS sauf phénylbutazone
2	Phénylbutazone	Butazolidine®*	Effets indésirables hématologiques sévères, à éviter	Autres AINS sauf indométacine par voie générale
3	Association d'au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)		Pas d'augmentation de l'efficacité et multiplication du risque d'effet indésirable	Un seul AINS
Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques				
4	Antidépresseurs imipraminiques : clomipramine, amoxapine, amitriptyline, maprotiline, dosulépine, doxépine, trimipramine, imipramine	Anafranil®, Défanyl®, Laroxyl®, Elavil®, Ludiomil®, Prothiaden®, Quitaxon®, Surmontil®, Tofranil®	Effets anticholinergiques et effets cardiaques sévères. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les IRS sur certaines dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les personnes âgées est moins favorable. Prescription de 2e intention	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRS), inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
5	Neuroleptiques phénothiazines : chlorpromazine, fluphénazine, propériciazine, lévomépromazine, pipotiazine, cyamémazine, perphénazine	Largactil®, Moditen®, Modécate®, Neuleptil®, Nozinan®, Piportil®, Tercian®, Trilifan Retard®	Effets anticholinergiques. Prescription de 2e intention	Neuroleptiques non phénothiazines avec une activité anticholinergique moindre (clozapine, rispéridone, olanzapine, amisulpride, quiétapine), méprobamate
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : doxylamine, acéprométazine en association, alimémazine	Donormyl®, Noctran®, Mépronizine®, Théralène®	Effets anticholinergiques et effets négatifs sur la cognition	Hypnotiques benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
7	Antihistaminiques H1 : prométhazine, méquitazine, alimémazine, carbinoxamine, hydroxyzine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, dexchlorphéniramine–bétaméthasone, cyproheptadine, buclizine	Phénergan®, Primalan®, Quitadrill®, Théralène®, Sirop Teyssèdre®, Allergefon®, Atarax®, Dimégan®, Polaramine®, Célestamine®, Périactine®, Aphilan®	Effets anticholinergiques, somnolences, vertiges	Cétirizine, desloratadine, loratadine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : oxybutinine, toltérodine, solifénacine	Ditropan®, Driptane®, Détrusitol®, Vésicare®	Effets anticholinergiques, à éviter dans la mesure du possible	Trospium ou autres médicaments avec moins d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association

Anxiolytiques, hypnotiques				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (≥ 20 heures) : bromazépam, diazépam, chlordiazépoxide, prazépam, clobazam, nordazépam, loflazépate, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépate, clorazépate–acépromazine, aceprométazine, estazolam	Lexomil®, Valium®, Novazam®Gé, Librax®, Lysanxia®, Urbanyl®, Nordaz®, Victan®, Mogadon®, Rohypnol®, Tranxene®, Noctran®, Nuctalon®	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute. . .)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
Antihypertenseurs				
11	Antihypertenseurs à action centrale : méthyldopa, clonidine, moxonidine, rilménidine, guanfacine	Aldomet®, Catapressan®, Physiotens®, Hyperium®, Estulic®	Personnes âgées plus sensibles à ces médicaments : effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope	Autres anti-antihypertenseurs, sauf inhibiteurs calciques à libération immédiate et réserpine
12	Inhibiteurs calciques à libération immédiate : nifédipine, nicardipine	Adalate®, Loxen® 20 mg	Hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral	Autres antihypertenseurs, sauf antihypertenseurs à action centrale et réserpine
13	Réserpine	Tensionorme®	Somnolence, syndrome dépressif, trouble digestif	Tous autres anti-antihypertenseurs, sauf inhibiteurs calciques à libération immédiate et antihypertenseurs à action centrale
Antiarythmiques				
14	Digoxine > 0,125 mg/j ou digoxine avec concentration plasmatique > 1,2 ng/ml		Personnes âgées plus sensibles à l'action de la digoxine. Il est plus juste de considérer une dose de digoxine qui conduirait à une concentration plasmatique supérieure à 1,2 ng/ml comme inappropriée ; à défaut de cette information, la dose moyenne de 0,125 mg/j est recommandée pour minimiser le risque d'effet indésirable	Digoxine ≤ 0,125 mg/j ou digoxine avec concentration plasmatique entre 0,5 et 1,2 ng/ml
15	Disopyramide	Isorythm®, Rythmodan®	Insuffisance cardiaque et effet anticholinergique	Amiodarone, autres anti-arythmiques
Antiagrégant plaquettaire				
16	Ticlopidine	Ticlid®	Effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères	Clopidogrel, aspirine
Médicaments gastro-intestinaux				
17	Cimétidine	Tagamet®, Stomédine®	Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres anti-H2	Inhibiteurs de la pompe à protons, éventuellement autres anti-H2 (ranitidine, famotidine, nizatidine) ayant moins d'interactions médicamenteuses.
18	Laxatifs stimulants : bisacodyl, docusate, huile de ricin, picosulfate, laxatifs anthracéniques à base de cascara, sennosides, bourdaine, séné, aloès du Cap. . .	Contalax®, Dulcolax®, Prépacol®, Jamylène®, Fructines®	Exacerbation de l'irritation colique	Laxatifs osmotiques

Tableau 1 (*Suite*)

	Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Hypoglycémiants				
19	Sulfamides hypoglycémiants à longue durée d'action : carbutamide, glipizide	Glucidoral®, Ozidia LP®	Hypoglycémies prolongées	Sulfamides hypoglycémiants à durée d'action courte ou intermédiaire, metformine, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, insuline
Autres relaxants musculaires				
20	Relaxants musculaires sans effet anticholinergique : méthocarbamol, baclofène, tétrazépam	Lumirelax®, Baclofène®, Liorésal®, Myolastan®, Panos®, Mégavix®	Somnolence, chutes et troubles mnésiques (tétrazépam)	Thiocolchicoside, méphénésine
En fonction de la situation clinique				
21	En cas d'hypertrophie de la prostate, de rétention urinaire chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4–9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de rétention urinaire aiguë	
22	En cas de glaucome par fermeture de l'angle : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4–9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de glaucome aigu	
23	En cas d'incontinence urinaire : alpha-bloquants à visée cardiologique : urapidil, prazosine	Eupressyl®, Médiatensyl®, Minipress®, Alpress®	Aggravation de l'incontinence urinaire, hypotension orthostatique	
24	En cas de démence : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4–9, 15, 29, 30, 34), antiparkinsoniens anticholinergiques (trihexyphénidyle, tropatépine, bipéridène), neuroleptiques sauf olanzapine et risperidone, benzodiazépines et apparentés		Aggravation de l'état cognitif du malade	
25	En cas de constipation chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4–9, 15, 29, 30, 34), antihypertenseurs centraux (critère 11)		Risque d'occlusion intestinale, d'hypotension orthostatique, avec certains d'entre eux	
Critère avec une efficacité discutable				
26	Vasodilatateurs cérébraux : dihydroergotoxine, dihydrergocryptine, dihydroergocristine, ginkgo biloba, nicergoline, naftidrofuryl, pentoxifylline, piribedil, moxisylyte, vinburnine, raubasine–dihydroergocristine, troxerutine–vincamine, vincamine–rutoside, vincamine, piracétam	Hydergine®, Capergyl®, Vasobral®, Iskédyl®, Ginkogink®, Tanakan®, Tramisal®, Sermion®, Praxilène®, Naftilux®, Gévatran®, Diactane®, Torental®, Hatial®, Pentoflux® Ge, Trivastal®, Carlytène®, Cervoxan®, Iskédyl®, Rhéobral®, Rutovincine®, Vincarutine®, Vinca® Axonyl®, Gabacet®, Nootropyl®	Pas d'efficacité clairement démontrée, pour la plupart, risque d'hypotension orthostatique et de chute chez les personnes âgées	Abstention médicamenteuse

Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
Anxiolytiques, hypnotiques				
27	Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune : lorazépam > 3 mg/j, oxazépam > 60 mg/j, alprazolam > 2 mg/j, triazolam > 0,25 mg/j, témazépam > 15 mg/j, clotiazépam > 5 mg/j, loprazolam > 0,5 mg/j, lormétazepam > 0,5 mg/j, zolpidem > 5 mg/j, zoplicone > 3,75 mg/j	Témesta® > 3 mg/j, Equitam® > 3 mg/j, Séresta® > 60 mg/j, Xanax® > 2 mg/j, Halcion® > 0,25 mg/j, Normison® > 15 mg/j, Vératran® > 5 mg/j, Havlane® > 0,5 mg/j, Noctamide® > 0,5 mg/j, Stilnox® > 5 mg/j, Ivadal® > 5 mg/j, Imovane® > 3,75 mg/j	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose journalière au-delà la demi-dose proposée chez l'adulte jeune	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
Médicaments gastro-intestinaux				
28	Méprobamate	Kaologeais®	Somnolence, confusion	
29	Antispasmodiques gastro-intestinaux aux propriétés anticholinergiques : tiémonium, scopolamine, clidinium bromure–chlordiazépoxide, dihexyvérine, belladone en association, diphénoxylate–atropine	Viscéralgine®, Scopoderm®, Scoburen®, Librax®, Spasmodex®, Gélumaline®, Suppomaline®, Diarsed®	Pas d'efficacité clairement démontrée, des effets indésirables anticholinergiques	Phloroglucinol, mébévérine
Autres médicaments aux propriétés anticholinergiques				
30	Antinauséeux, antirhinite, antitussif, antivertigineux ayant des propriétés anticholinergiques : buclizine, diménhydrinate, diphénhydramine, métopimazine, alizapride, méclozine, piméthixène, prométhazine, oxomémazine, phéniramine, diphénhydramine en association, triprolidine en association, chlorphénamine...	Aphilan®, Dramamine®, Mercalm®, Nausicalm®, Nautamine®, Vogalène®, Vogalib®, Plitican®, Agyrax®, Calmixene®, Rhinathiol® Prométhazine®, Fluisédal®, Transmer®, Tussisédal®, Toplexil®, Fervex®, Actifed® jour et nuit, Actifed® rhume, Humex® rhume, Rhinofébral®...	Pas d'efficacité clairement démontrée, syndromes anticholinergiques, confusions et sédation	Pour les rhinites : abstention, sérum physiologique, Pour les nausées : dompéridone, Pour les vertiges : bétahistine, acétyl-leucine, Pour les toux : antitussifs non opiacés, non antihistaminiques (clobutinol, oléxadine)
Antiagrégant plaquettaire				
31	Dipyridamole	Asasantine®, Cléridium®, Persantine®, Coronarine®, Protangix®	Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique	Antiagrégants plaquettaires sauf ticlopidine
Antimicrobien				
32	Nitrofurantoïne	Furadantine®, Furadoine®, Microdoine®	Traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée ; peut être à l'origine d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique. En cas d'emploi prolongé, apparition de résistances	Antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme

Associations médicamenteuses			
33	Association de deux ou plus de deux psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique : 2 ou plus de 2 benzodiazépines ou apparentés ; 2 ou plus de 2 neuroleptiques ; 2 ou plus de deux antidépresseurs	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables	Pas d'association
34	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques avec des anticholinestérasiques	Association non logique puisqu'elle conduit à donner conjointement un médicament bloquant les récepteurs muscariniques et un médicament qui	

6.10 Annexe 10: Échelle EVALOBS®



Bibliographie

1: Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé, Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS. 2005.

2: Robert-Bobée I. Projection de population pour la France metropolitaine à l'horizon 2050. INSEE. 2005.

3: OMS. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES, Evidence for action. . 2003 ; 6.

4: Larousse. 2016

5: Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Rev Mal Respir . 2005 ; 22 : 31-4.

6: Bourdieu P. La “jeunesse” n’est qu’un mot. Question de Sociologie. 1980.

7: Guerin S. L'invention des seniors. Hachette Pluriel. 2007.

8: OMS. World report on ageaing and health. 2015.

9: Mangerel K, Armand-branger S, Rhalimi M. Spécificités de la personne âgée et leurs conséquences sur la prise en charge médicamenteuse. J Pharm Clin. 2011 ; 30(3) : 167-73.

10: Karunananthan S, Bergman H, Vedel I, et al. La fragilité : en quête d’un nouveau paradigme clinique et de recherche pertinent. Rev Med Int. 2009 ; 30 : 105-9.

11:Bouchon J. Particularités diagnostiques et grands principes thérapeutiques en gériatrie. Ency Med Chir -Médecine. 2004 ; 1 : 513-9.

12: OMS. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES, Evidence for action. 2003 : 4.

13: Hayot M. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). INSERM. 2015.

14: Chopard CS. Fonction rénale et vieillissement du rein. Rev Med Suisse. 2000 ; 2289 : 20337.

15: Société Française de néphrologie. Diagnostic de l’insuffisance rénale chronique. 2012.

16: Serrano F, Vidal-Petiot E, Flamant M. Évaluer la fonction rénale. La revue du particien Médecine générale. 2015 ; 29(945) : 2-4.

17: Société Française de néphrologie. http://www.sfndt.org/sn/eservice/calcul/eDFG.htm. 2019.

18: Ameli. La iatrogénie médicamenteuse. 2010.

19: Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane. 2014.

20: Murray CJL, Lopez A. The global burden of disease. OMS. 1996.

21: Dunbar-Jacob J. Adherence in chronic disease. Annual review of nursing Research. 2000 ; 18 : 48-90.

22: Reach G. la non observance thérapeutique : une question complexe. Médecine. 2006 ; 2(9) : 411-15.

23: OMS. Macroeconomics and Health: investing in health for economic developpement. .2001.

24: Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001 ; 285(4) : 421-9.
25: CRIP. L'observance en France : Plus de 9 milliards d'euros d'économies potentielles en 1 seule année sur 6 pathologies chroniques. 2014.
26: Rhalimi M, Rauss A, Housieaux E. Drug-related problems identified during geriatric medication review in the community pharmacy.. Int J Clin Pharm. 2018 ; 40(1) : 109-118.
27: JALMA. Les enjeux de l'observance en France. 2014.
28: Burt VL. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the third national Health and Nutrition examination survey 1988-1991. Hypertension. 1995 ; 25 : 305-313.
29: Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. Clinical & Experimental Hypertension. 1996 ; 18 : 463-472.
30: Psaty BM. The relative risk of incident coronary heart disease associated with recently stopping use of beta-blockers. Journal of the American Medical Association. 1990 ; 263 : 1653-1657.
31: Reid D. Management and treatment perceptions among young adults with asthma in Melbourne : the australian experience from the European Community Respiratory Health Survey. Respirology. 2000 ;5 :281-287.
32: Pearson MH, Bucknall CE. Measuring clinical outcomes in asthma. London Royal College of Physicians. 1999.
33: Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rotschild J, Debellis K. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 2003 ; 289(9) : 1107-16.
34: . Polypathologie et medicaments, iatropathologie. Corpus Geriatrie. 2000 ; 11.
35: Verger P. La politique du médicament en EPHAD. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2013.
36: Fallet C. Iatrogenie : le mal chronique des personnes âgées. Le Généraliste. 2009 ; 2505.
37: Schweizer V. Troubles de la deglutition de la personne âgée. Rev Med Suisse. 2010 ; 6 : 1859-1862.
38: Saounatsou M. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. Public Health Nursing. 2001 ; 18 :436-442.
39: Bone LR. Community health survey in an urban African-American neighborhood : distribution and correlates of elevated blood pressure. Ethnicity&disease. 2000 ; 10 : 87-95.
40: Horne R. Patient's beliefs about treatment : the hidden determinant of treatment outcome?. Journal of osychosomatic research. 1999 ;47 :491-495.
41: Rose LE. The context of adherence for african americans with high blood pressure. Journal of Advanced Nursing. 2000 ;32 :587-594.
42: OMS. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES, Evidence for action. 2003 : 30.

43: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763.
44: Rhalimi M, Mangerel K, Armand-Branger S. Les activités de pharmacie clinique : point de vue de pharmaciens évoluant dans un établissement gériatrique. J Pharm Clin. 2011 ; 30(3) : 175-87.
45: Hippocrate. Bienséances chapitre 14.
46: Baudrant M. De l'historique médicamenteux à l'observation pharmaceutique : Recueil standardisé pour le développement de la pharmacie clinique en unité de soins. APHOSA. 2010.
47: Girerd X, Hanon O, Vaïsse B. Utilisation de l'échelle d'observance EvalObs dans une population de sujets traités pour une hypertension, une dyslipidémie ou un diabète : enquête FLAHS observance 2017. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 2018 ; 67(3) : 186-190.
48: Shalansky SJ1, Levy AR, Ignaszewski AP. Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. Ann Pharmacother. 2004 ; 38(9) : 1363-8.
49: Girerd X1, Radauceanu A, Achard JM, Fourcade J, Tournier B, Brillet G, Silhol F, Hanon O. Evaluation of patient compliance among hypertensive patients treated by specialists. Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 ; 94(8) : 839-42.
50: . http://observance-medicale.over-blog.fr/article-les-blisters-intelligents-43626464.html. 2010.
51: Christensen A, Osterberg LG, Hansen EH. Electronic monitoring of patient adherence to oral antihypertensive medical treatment: a systematic review. J Hypertens. 2009 ; 27(8) : 1540-51.
52: . http://www.domedic.ca/dopill/.
53: . https://www.medissimo.fr/grand-public-2/imedipac/.
54: Rhalimi F, Rhalimi M, Rauss A. Pharmacist's Comprehensive GeriatricAssessment : Introduction and Evaluation at Elderly Patient Admission. Drugs Real World Outcomes. 2017 ; 4(1) : 43-51.
55: Rosenthal R, Jacobson LF. Teacher Expectation for the Disadvantaged. Scientific American. 1968 ; 218(4) : 19-23.
56: Aktouf O. Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Presse de l'université du Québec. 1987.
57: Grimaldi A. La place de l'éducation thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques. Bulletin de l'ordre. 2008 ; 401 : 341-353.
58: Rhalimi M, Ecarnot F. Eeny, Meeny, Miny, Moe : Prioritizing Medications on the Prescription as an Unexplored Avenue Towards Optimizing Geriatric Pharmacotherapy. J Am Med Dir Assoc. 2018 ; 19 : 717-724.
59: Tan ECK, Sluggett JK, Johnell K, et al. Research priorities for optimizing geriatric pharmacotherapy : An international consensus. J Am Med Dir Assoc. 2018 ; 19 : 193-199.

60: Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal Officiel. 2018.
61: https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants#text_49600. Ameli. 2018.
62: Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. STOPP/START, VERSION.2 UN OUTIL À JOUR POUR LA QUALITÉ DE LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS. Louvain médical. 2015 ; 5 : 134.
63: Laroche ML. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne. 2009 ; 30 : 592-601.
64: Décret n°2013-1090 du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre Les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, pris en application de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Journal Officiel.
65: HAS. Mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé (PPS) Pour les Personnes À Risque De Perte D'autonomie. 2014.
66: Arrêté du 16 novembre 2012 (référentiels d'activités et de compétences pour exercer le métier gestionnaire de cas dans les Maia). Journal Officiel. 2012.
67: Circulaire interministérielle DGCS/DGOS n° 2012/06 du 10 janvier 2012 (déploiement des Maia). Journal Officiel. 2012.
68: Mesure N°5 du plan Alzheimer. Journal Officiel. 2008.
69: Article R4311-5. Code de la santé publique.
70: DIRECTIVE 2001/83/CE du Parlement Européen et du Conseil du 6 novembre 2001 modifiée instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. 45-45.
71: Arrêt Goulet 29 mai 2008. Cour d'appel de Rouen.
72: Décision N°261-D du 16/03/2010. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. 2010.
73: Tribunal administratif de Bordeaux Jugement n° 1201353 du 5 novembre 2014.
74: La préparation des doses à administrer : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament. Académie Nationale de Pharmacie. 2013.
75: Le Pallec G. Autour de la personne âgée : préparation des doses à administrer. 12e Colloque de l'ABCPH. 2012.
76: Prise en charge médicamenteuse dans les EHPAD franciliens–Résultats de l'enquête menée en 2014. ARS Île de France. 2015.
77: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229.

78: Premier ministre et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

79: Verger P. La politique du médicament en Ehpad. 2013.

MANNESSIEZ, Etienne

Observance aux traitements des pathologies chroniques de la personne âgée

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie

Université de Picardie Jules Verne

2020

Mots clés : Observance, pathologie chronique, maladie chronique, patient âgé, adhérence

RESUMÉ

Le défaut d'observance est une des grandes causes de l'échec thérapeutique, nous voyons ici quelles sont les méthodes à notre disposition pour détecter et améliorer l'observance chez nos patients.

JURY

PRÉSIDENT DU JURY :	Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON
Membres :	Monsieur le Docteur en pharmacie Mounir RHALIMI
	Monsieur le Docteur en pharmacie Pierre SIMONIN