



**HAL**  
open science

# Détection en pharmacie d'officine des besoins des proches aidants concernant la prise en charge médicamenteuse

Marine Caceres-Cobos, Lise Mariat

## ► To cite this version:

Marine Caceres-Cobos, Lise Mariat. Détection en pharmacie d'officine des besoins des proches aidants concernant la prise en charge médicamenteuse. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-04176773

**HAL Id: dumas-04176773**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04176773>**

Submitted on 21 Sep 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2022

**DÉTECTION EN PHARMACIE D'OFFICINE DES BESOINS DES PROCHES  
AIDANTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE**

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
SPÉCIALITÉ : OFFICINE

Par Mme Marine CACERES-COBOS

*[Données à caractère personnel]*

Et Mme Lise MARIAT

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
Le 21/09/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Benoît ALLENET, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Membres :

Mme le Dr Prudence GIBERT, Docteur en Pharmacie (directrice de thèse)

Mme le Dr Armance GRÉVY, Docteur en Pharmacie (directrice de thèse)

Mme le Dr Amélie DELUNEL, Docteur en Pharmacie

M. le Dr Heddi BOUTI, Docteur en Médecine générale

Année : 2022

**DÉTECTION EN PHARMACIE D'OFFICINE DES BESOINS DES PROCHES  
AIDANTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE**

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
SPÉCIALITÉ : OFFICINE

Par Mme Marine CACERES-COBOS

*[Données à caractère personnel]*

Et Mme Lise MARIAT

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE  
Le 21/09/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Benoît ALLENET, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Membres :

Mme le Dr Prudence GIBERT, Docteur en Pharmacie (directrice de thèse)

Mme le Dr Armance GRÉVY, Docteur en Pharmacie (directrice de thèse)

Mme le Dr Amélie DELUNEL, Docteur en Pharmacie

M. le Dr Heddi BOUTI, Docteur en Médecine générale

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

## ENSEIGNANTS - CHERCHEURS Année 2021 / 2022

Doyen de la Faculté - Pr. Michel SEVE  
 Vice-Doyen Pédagogie - Mr Pierre CAVAILLES  
 Vice-Doyen Recherche – Pr. Walid RACHIDI

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	ALDEBERT	DELPHINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
PU-PH	ALLENET	BENOIT	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
PU	BAKRI	ABDELAZIZ	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
CDD	BARDET	JEAN-DIDIER	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	
MCF	BATANDIER	CECILE	LBFA – INSERM U1055	
PU-PH	BEDOUCHE	PIERRICK	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, THEMAS	Oui
MCF	BELAÏDI-CORSAT	ELISE	HP2, Inserm U1042	Oui
MAST	BELLET	BEATRICE	-	
MCF	BOUCHERLE	BENJAMIN	DPM - UMR 5063 CNRS	
PU	BOUMENDJEL	AHCENE	LRB /INSERM U 1039	Oui
MCF	BOURGOIN	SANDRINE	TIMC	
MCF	BRETON	JEAN	LCIB – UMR E3 CEA	Oui
MCF	BRIANCON-MARJOLLET	ANNE	HP2 – INSERM U1042	Oui
PU	BURMEISTER	WILHEM	UVHCI- UMI 3265 EMBL CNRS	Oui
MCU-PH	BUSSER	BENOIT	Institute for Advanced Biosciences, UGA / Inserm U 1209 / CNRS 5309	Oui
Professeur Emérite	CALOP	JEAN		Oui
MCF	CAVAILLES	PIERRE	IAB	
MCU-PH	CHANOINE	SEBASTIEN	CR UGA - INSERM U1209 - CNRS 5309	
AHU	CHEVALIER	SIMON	TIMC IMAG	
MCF	CHOISNARD	LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCU-PH	CHOVELON	BENOIT	DPM – UMR 5063 CNRS	
MAST	COMBE	JEROME	-	
PU-PH	CORNET	MURIEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheREx	Oui
Professeur Emérite	DANEL	VINCENT	-	Oui
Professeur Emérite	DECOUT	JEAN-LUC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	DELETRAZ-DELPORTE	MARTINE	LPSS – EAM 4129 LYON	équival.
MCF	DEMEILLERS	CHRISTINE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PU-PH	DROUET	CHRISTIAN	GREPI EA7408	Oui
PU	DROUET	EMMANUEL	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	DURMORT	CLAIRE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	Oui
PU-PH	FAURE	PATRICE	DPM – UMR5063	Oui
MCF	FAURE-JOYEUX	MARIE	HP2 – INSERM U1042	Oui

Mise à jour le 06/09/2021 Sana HACHANI

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	HDR
PRCE	FITE	ANDREE	-	
MCU-PH	GARNAUD	CECILE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
PRAG	GAUCHARD	PIERRE-ALEXIS	-	
MCU-PH	GERMI	RAPHAELE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS HIV & virus persistants Institut de Biologie Structurale	Oui
MCF	GEZE	ANNABELLE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF Emérite	GILLY	CATHERINE	DPM – UMR 5063 CNRS	équiv.
PU	GODIN-RIBUOT	DIANE	HP2 – INSERM U1042	Oui
MCF	GONINDARD	CHRISTELLE	LECA – UMR CNRS 5553	
Professeure Emérite	GRILLOT	RENEE	-	Oui
MCF	GUIEU	VALERIE	DPM – UMR 5063 CNRS	
CDD	HENNEBIQUE	AURELIE	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	
MCF	HININGER-FAVIER	ISABELLE	LBFA – INSERM U1055	
MCF	KHALEF	NAWEL	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	
MCF	KOTZKI	SYLVAIN	HP2 – UMR 51042	
MCF	KRIVOBOK	SERGE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	LEENHARDT	JULIEN	INSERM – U1039	
PU	LENORMAND	JEAN-LUC	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS, TheReX	Oui
PU	MARTIN	DONALD	TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS	Oui
PRCE	MATTHYS	LAURENCE	-	
AHU	MINOVES	MELANIE	HP2 – INSERM U1042	
PU	MOINARD	CHRISTOPHE	LBFA - INSERM U1055	Oui
PU-PH	MOSSUZ	PASCAL	IAB – INSERM U1209	Oui
MCF	MOUHAMADOU	BELLO	LECA – UMR 5553 CNRS	Oui
MCF	NICOLLE	EDWIGE	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF	OUKACINE	FARID	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PERES	BASILE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
MCF	PEUCHMAUR	MARINE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	PEYRIN	ERIC	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
AHU	PLUCHART	HELENE	TIMC-IMAG – UMR 5525 CNRS, TheMAS	
PU	RACHIDI	WALID	BGE/BIOMICS/ CEA	Oui
PU	RAVELET	CORINNE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui
PU	RIBUOT	CHRISTOPHE	HP2 – INSERM U1042	Oui
Professeure Emérite	ROUSSEL	ANNE-MARIE	-	Oui
PU-PH	SEVE	MICHEL	TIMC	Oui
MCF	SOUARD	FLORENCE	DPM – UMR 5063 CNRS	Oui

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE	HDR
MCF	SPANO	MONIQUE	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
MCF	TARBOURIECH	NICOLAS	IBS – UMR 5075 CEA CNRS	
CDD	TRUFFOT	AURELIE		
MCF	VANHAVERBEKE	CECILE	DPM – UMR 5063 CNRS	
MCF	WARTHER	DAVID	DPM	
Professeur Emérite	WOUESSIDJEW	DENIS	-	Oui

**AHU** : Assistant Hospitalo-Universitaire  
**ATER** : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches  
**BCI** : Biologie du Cancer et de l'Infection  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CIB** : Centre d'Innovation en Biologie  
**CRI** : Centre de Recherche INSERM  
**CNRS** : Centre National de Recherche Scientifique  
**DCE** : Doctorants Contractuels Enseignement  
**DPM** : Département de Pharmacochimie Moléculaire  
**HP2** : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire  
**IAB** : Institute for Advanced Biosciences  
**IBS** : Institut de Biologie Structurale  
**LAPM** : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes  
**LBFA** : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée  
**LCBM** : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux  
**LCIB** : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie  
**LECA** : Laboratoire d'Ecologie Alpine  
**LPSS** : Laboratoire Parcours Santé Systémique  
**LR** : Laboratoire des Radio pharmaceutiques  
**MAST** : Maître de Conférences Associé à Temps Partiel  
**MCF** : Maître de Conférences des Universités  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**PAST** : Professeur Associé à Temps Partiel  
**PRAG** : Professeur Agrégé  
**PRCE** : Professeur certifié affecté dans l'enseignement  
**PU** : Professeur des Universités  
**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
**SyMMES** : Systèmes Moléculaires et nanoMatériaux pour l'Energie et la Santé  
**TIMC-IMAG** : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation  
**UMR** : Unité Mixte de Recherche  
**UVHCI** : Unit of Virus Host Cell Interactions

## REMERCIEMENTS

---

Aux directrices de thèse :

Merci aux Dr Armance GRÉVY et Dr Prudence GIBERT d'avoir accepté d'encadrer notre travail. Nous souhaitons vous remercier pour votre accompagnement, votre temps accordé, votre bienveillance et votre gentillesse. Sans vous cette thèse n'aurait pu être possible.

Merci à toi Armance pour tes conseils, tes nombreuses relectures, ton soutien qui ont été sources d'encouragement et de motivation pour nous jusqu'à la fin.

Aux membres du jury :

Merci au Pr. Benoît ALLENET de nous avoir fait l'honneur de faire partie de notre jury et d'avoir accepté de le présider. Nous souhaitons également vous remercier pour votre aide et vos recommandations concernant l'élaboration du formulaire destiné aux proches aidants.

Nous souhaitons également remercier Dr Heddi BOUTI et Dr Amélie DELUNEL d'avoir accepté d'être membres de notre jury et d'avoir pris de votre temps pour évaluer notre travail.

Au tuteur universitaire :

Merci au Dr Sébastien CHANOINE pour votre implication dans notre étude et plus particulièrement nos analyses statistiques. Nous souhaitons vous remercier pour vos nombreux rendez-vous et votre disponibilité, votre aide nous a été indispensable.

Nous remercions toutes les personnes qui ont participé à cette thèse, notamment les proches aidants inclus dans l'étude sans qui ce travail n'aurait pu être possible.

A tous nos amis de faculté : Jasmine, Eva, Catia, Marine, Thibaud, Hugo, et Florian sans qui ces années à Grenoble n'auraient pas été les mêmes. Merci pour votre bonne humeur, pour votre aide, et pour tous ces moments passés ensemble.

Merci également à tous nos professeurs du parcours officine.

Remerciements personnels de Lise :

Je souhaite remercier Florence, Delphine, Guillaume, Hélène, Louise, Géraldine, Héloïse, Sabine, Pascal, Julie, Gaëlle, Hugo, Elisa et Camille de la Pharmacie du Forum. Merci pour votre aide et votre implication dans cette thèse, travailler à vos côtés a été un réel plaisir et enrichissant à tout point de vue.

Un grand merci à ma famille, plus particulièrement à mes parents et à ma sœur Clémence, pour votre présence, et de m'avoir toujours accompagnée dans mes choix et soutenue dans mes projets. J'ai également une pensée toute particulière pour mon grand-père.

Merci à mes amis et plus particulièrement à Mathieu pour ton soutien sans faille, à Sidonie, Noéline et Dein pour votre aide précieuse dans la relecture de la traduction anglaise, et à Benjamin, Emilie, Nathanaël, Cathy, Jodie, Océane, Vincent, Rayan,



Eulalie, Célia, Lucie et Malcom. Merci à tous pour votre présence depuis de nombreuses années, pour tous les beaux moments partagés et ceux à venir.

Enfin, un grand merci à toi Marine. Je n'aurais pu imaginer personne d'autre comme binôme de thèse. Merci pour tous ces moments passés ensemble depuis la 2<sup>e</sup> année, quel chemin parcouru jusqu'à cette thèse ! Je te suis reconnaissante pour ta motivation, ton soutien et ta bonne humeur toujours présente. On l'a fait !

Remerciements personnels de Marine :

Je souhaite remercier Amélie, Sophie, Magali, Virginie, Laurine, Tania, et Camille, constituant l'équipe soudée et bienveillante de la Pharmacie de l'Argentière. Merci de m'avoir aidée, accompagnée et soutenue. Je vous remercie pour votre collaboration, travailler à vos côtés est un réel plaisir et m'enrichit continuellement.

Merci également à toute l'équipe de la Pharmacie Centrale pour m'avoir accompagnée au début de la thèse et de m'avoir accueillie et formée pendant le stage de fin d'études. Travailler à vos côtés a été source de bienveillance, de bonne humeur et de plaisir.

Un grand merci à ma famille, plus particulièrement à mes parents et à mon frère, ainsi qu'à Pierre, pour leur présence quotidienne et leur soutien incommensurable. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir toujours soutenue, motivée et écoutée pendant toutes ces années.

Je souhaite également remercier mes amis, plus particulièrement, Laëtitia, Audrey, Carla, Cyrielle, Alexandre, pour votre présence et votre soutien. Merci pour ces nombreuses années passées ensemble et pour les futures à venir.

Pour terminer, un grand merci à toi Lise. Je n'aurais pu imaginer quelqu'un d'autre que toi à mes côtés pour cette thèse. Merci pour ta bonne humeur, ton soutien, ta motivation, ta gentillesse, ta bienveillance, pour tous ces moments passés ensemble et surtout pour les prochains à venir ! Merci !

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	6
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	10
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	10
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	11
<b>1. État des lieux de la population gériatrique en France</b> .....	12
1.1. Définition de la personne âgée .....	12
1.2. Vieillessement de la population française .....	12
1.3. La polyopathie et ses risques.....	15
1.4. La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé et ses risques.....	16
1.4.1. La iatrogénie liée au patient .....	17
1.4.2. La iatrogénie liée aux médicaments et aux prescriptions .....	18
1.5. Évaluation de la complexité des ordonnances : Échelle Medication Regimen Complexity Index (MRCI) .....	20
<b>2. État des lieux des proches aidants en France</b> .....	21
2.1. Définition du proche aidant .....	21
2.2. Épidémiologie des proches aidants et leurs caractéristiques .....	22
2.3. Les principaux besoins des proches aidants.....	23
2.3.1. Les besoins émotionnels et financiers.....	23
2.3.2. Les besoins d'informations.....	25
2.3.3. Les besoins concernant la prise en charge médicamenteuse .....	25
2.4. Constat à l'officine .....	27
<b>3. Matériel et Méthode</b> .....	28
3.1. Sélection des participants.....	28
3.2. Élaboration et diffusion du formulaire de recueil des besoins.....	28
3.3. Entretien avec les proches aidants .....	30
3.4. Évaluation de la complexité des prescriptions médicamenteuses .....	30
3.5. Analyses des données.....	31
3.6. Les critères de jugement .....	31
3.6.1. Critère de jugement principal .....	31
3.6.2. Premier critère de jugement secondaire.....	32
3.6.3. Deuxième critère de jugement secondaire .....	32
<b>4. Résultats</b> .....	33
4.1. Description de la population.....	33

4.1.1. Description des proches aidants .....	33
4.1.2. Description des proches aidés .....	35
4.2. Le besoin d'aide exprimé par les proches aidants .....	37
4.3. Recherche des facteurs associés à la complexité médicamenteuse.....	40
4.4. Analyse qualitative des entretiens individuels .....	42
<b>5. Discussion</b> .....	<b>46</b>
<b>6. Conclusion</b> .....	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>57</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>63</b>

## LISTE DES FIGURES

---

**Figure n°1** : D'après l'INSEE, pyramide des âges au 1er janvier 2020

**Figure n°2** : D'après l'INSEE, projections : pyramide des âges en 2070

**Figure n°3** : D'après la DREES, projection du nombre de bénéficiaires de l'APA selon trois scénarios en France entière

**Figure n°4** : D'après l'INSEE, mode de cohabitation des hommes et des femmes âgés de 65 ans ou plus en 2016

**Figure n°5** : Selon la cartographie de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) de 2016, fréquence de la polyopathie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe

**Figure n°6** : D'après la DREES, répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon l'âge

**Figure n°7** : D'après la DREES, répartition des aidants selon leur lien avec le senior aidé

**Figure n°8** : Répartition des missions réalisées par les proches aidants, N = 42

**Figure n°9** : Principales problématiques rapportées par les proches aidants en lien avec la prise en charge médicamenteuse

**Figure n°10** : Répartition du score MRCI en fonction du besoin d'aide ou non exprimé par chaque proche aidant

**Figure n° 11** : Score MRCI en fonction du score SOLO de chaque proche aidant

**Figure n° 12** : Répartition du score MRCI en fonction de la demande ou non d'un entretien

## LISTE DES TABLEAUX

---

**Tableau I** : D'après le site officiel de l'administration française, signification du GIR

**Tableau II** : Description des proches aidants

**Tableau III** : Description des proches aidés

**Tableau IV** : Description des proches aidants et aidés selon l'expression d'un besoin d'aide ou non par le proche aidant

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

ALD : Affection Longue Durée

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CSI : Caregiver Strain Index

DP : Dossier Pharmaceutique

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EIM : Évènement Indésirable Médicamenteux

FCMAHS : Family Caregiver Medication Administration Hassles Scale

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

MRCI : Medication Regimen Complexity Index

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

## 1. État des lieux de la population gériatrique en France

### 1.1. Définition de la personne âgée

Dans la littérature, il n'existe pas de définition universelle de la personne âgée. Des facteurs environnementaux, sociaux, culturels ainsi que des comportements en matière de santé influencent la qualité du vieillissement, au-delà du seul critère de l'âge. Définir un âge à partir duquel on serait considéré comme âgé est assez complexe. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) et la loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) (2), ont fait le choix de définir une personne âgée dès l'âge de 60 ans, tandis que la Haute Autorité de Santé (HAS) définit un sujet âgé comme une personne de plus de 75 ans ou de plus de 65 ans et polyopathologique (3).

Une institution française, le Centre d'Analyse Stratégique, a pris le parti dans son rapport "*Vivre ensemble plus longtemps*" d'intégrer différents facteurs tels que l'âge des individus, leur mode de vie, leur état de santé, leurs besoins, permettant *in fine* de distinguer trois groupes : "*les séniors*", "*les aînés*" et "*le grand âge*" avec des besoins différents en terme de santé (4).

Finalement, une mise à jour de la définition de l'OMS semble avoir été faite. Dans sa dernière version datant de 2017, la personne âgée est considérée comme "*une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance*" (5).

### 1.2. Vieillissement de la population française

En France, la population ne cesse de vieillir. D'après l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les personnes âgées d'au moins 60 ans représentant aujourd'hui 15 millions de personnes seront au nombre de 24 millions en 2060, les plus de 85 ans seront au nombre de 5 millions (6), et les plus de 65 ans représenteront la quasi-totalité de la hausse de la population française d'ici 2070 (cf figure n°1 et figure n°2) (7).

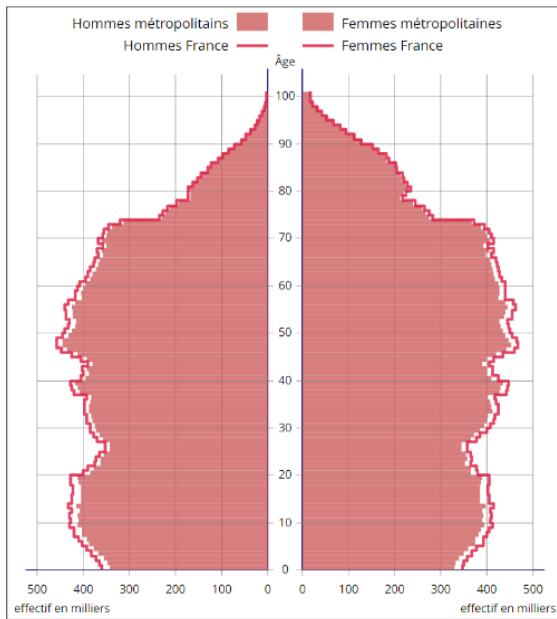


Figure n°1 : D'après l'INSEE (7), pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2020

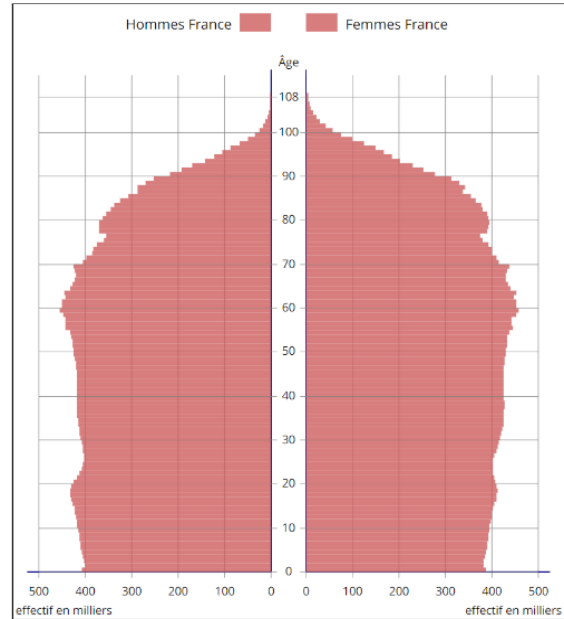


Figure n°2 : D'après l'INSEE (7), projections : pyramide des âges en 2070

En raison de cette avancée en âge de la population, le risque de perte d'autonomie ne cessera d'augmenter, puisque d'après l'INSEE le pays comptait en 2015 2,5 millions de personnes âgées en perte d'autonomie et en comptera 4 millions en 2050 (8).

Le niveau d'autonomie mesuré à l'aide de différents indicateurs, peut être évalué à l'aide des Groupes Iso Ressources (GIR) (cf Tableau I) (9), déterminant le droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et permettant de définir les personnes âgées les plus dépendantes. Dans le but de percevoir cette allocation destinée aux *“plus de 60 ans qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière”* (10), le demandeur doit avoir nécessairement un GIR compris entre 1 et 4. Actuellement, on dénombre 1,3 million de bénéficiaires en France (11).

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants  - Ou demandeur en fin de vie
Gir 2	- Demandeur confiné 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 demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Demandeur 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	- Demandeur n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement  - Ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Demandeur ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Demandeur encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Tableau 1 : D'après le site officiel de l'administration française (9), signification du GIR

Les projections de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) datant de 2007 suivent le même dynamisme, le nombre de bénéficiaires de l'APA va croître considérablement d'ici 2040 (cf figure n°3) (12).

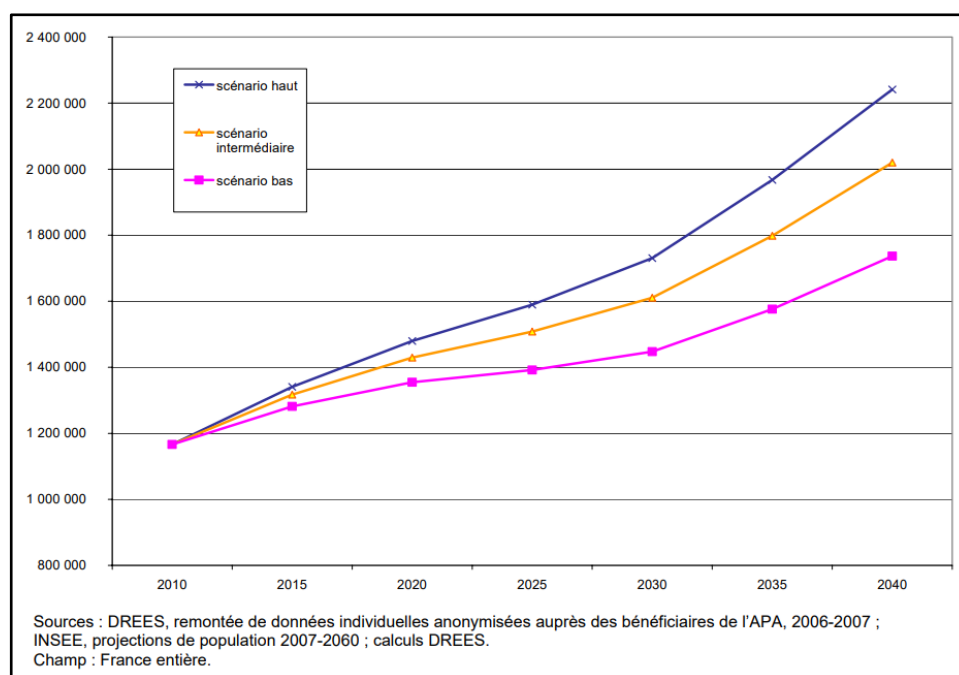


Figure n°3 : D'après la DREES (12), projection du nombre de bénéficiaires de l'APA selon trois scénarios en France entière



Néanmoins, même si la proportion de personnes dépendantes augmente, les séniors restent dans l'ensemble autonomes jusqu'à un âge avancé, puisque parmi l'ensemble des personnes âgées de 85 ans et plus, seul un tiers d'entre elles bénéficiaient de l'APA en 2018 (11). La vie à domicile est le mode de vie majoritaire puisqu'il concerne plus de 90% des séniors, y compris pour les plus de 90 ans. L'entrée en institution concerne, quant à elle, une minorité de séniors tous âges confondus (cf figure n°4) (13). Par conséquent, les proches aidants ont un rôle primordial notamment pour les personnes âgées les plus dépendantes étant donné que les séniors sont maintenus à domicile pour la majorité d'entre eux.

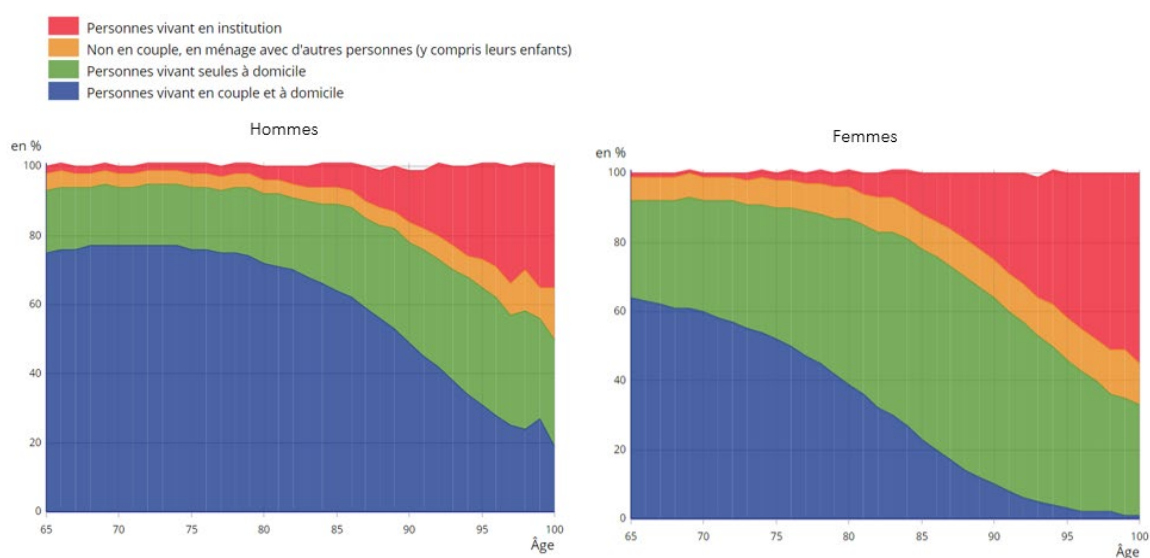


Figure n°4 : D'après l'INSEE, mode de cohabitation des hommes et des femmes âgés de 65 ans ou plus en 2016 (13)

### 1.3. La polyopathie et ses risques

Avec le vieillissement, le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques et polyopathologiques tend à augmenter. Il n'existe pas de définition unique des maladies chroniques, pas plus qu'il n'existe d'indicateur unique pour en évaluer l'impact.

Selon l'OMS, « *par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) [...]. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade.* » (14)

Le terme *polyopathologies* est, quant à lui, employé lorsque “*le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et particulièrement coûteux (ALD 32)*” (15).

En raison de l’allongement de l’espérance de vie, la prévalence des maladies chroniques augmente constamment. Il est très fréquent de retrouver la présence concomitante d’au moins 2 maladies chroniques à partir de 75 ans (14), la polyopathie étant plus présente dans les classes d’âges les plus élevées (cf figure n°5) (14) (16).

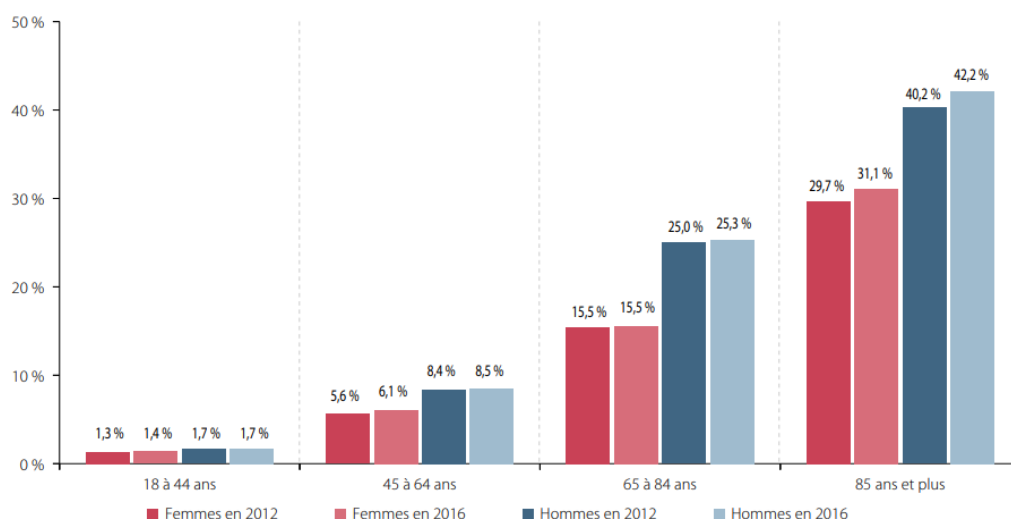


Figure n°5 : Selon la cartographie de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie (CNAM) de 2016 (16), fréquence de la polyopathie et évolution entre 2012 et 2016, selon l’âge et le sexe

#### 1.4. La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé et ses risques

La iatrogénie est définie par le Ministère des Solidarités et de la Santé comme “*l’ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l’intervention médicale [...] ou de recours aux soins ou de l’utilisation d’un produit de santé*” (17).

La iatrogénie médicamenteuse est quant à elle définie d’après l’OMS comme “*toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l’homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement*” (18).

Elle serait responsable de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20% chez les octogénaires et une partie non négligeable serait évitable (19).

Ses causes sont multiples et peuvent être distinguées en deux grandes catégories : la iatrogénie liée au patient et celle liée aux médicaments et aux prescriptions.

#### 1.4.1. La iatrogénie liée au patient

Le vieillissement physiologique entraîne des **modifications physiques et psychiques**.

L'altération de certains organes tels que le foie ou le rein, les troubles de la vision, de la déglutition, de l'audition, les troubles articulaires, la faiblesse musculaire, la diminution des capacités cognitives ou encore les troubles de la mémoire entraînent une sensibilité accrue aux effets des médicaments et des difficultés dans la prise des traitements, augmentant ainsi le risque iatrogène (20) (21).

Les **difficultés d'adhésion thérapeutique** sont également à prendre en compte, puisqu'on estime que 50% des patients ont des difficultés à prendre leur traitement (22). Une étude s'intéressant aux accidents médicamenteux chez des sujets âgés en ambulatoire, a montré que dans 21,1% des cas ces accidents étaient liés à un défaut d'adhésion (23). L'adhésion thérapeutique est un comportement complexe. L'âge en soi ne serait pas un facteur d'inobservance. Les difficultés d'adhésion chez le patient âgé seraient associées à la polymédication, ainsi qu'à certaines comorbidités, comme la dépression ou les troubles cognitifs (19). D'autres causes peuvent être citées telles qu'une perte de motivation du patient, un manque d'information ou encore une difficulté de compréhension concernant la prise en charge médicamenteuse (20) (22).

Ajouté à cela, les **différentes formes galéniques** telles les comprimés difficiles à couper ou à écraser, les collyres difficilement instillables, les gros comprimés à avaler, les compte-gouttes parfois lents à couler ou encore certains sprays et inhalateurs nécessitant une bonne coordination main/poumons sont sources également de difficultés de prises et d'erreurs (20).

La **confusion de dénomination** est également source d'erreurs et de iatrogénie. Effectivement, il peut être difficile pour les personnes âgées d'associer le générique délivré à la prescription médicale, notamment si le nom du princeps est prescrit. Cette source de confusion peut mener à prendre le mauvais médicament, ou à un arrêt du traitement par le patient (20) (24).

D'autres types d'erreurs peuvent augmenter le risque iatrogénique telles que les **erreurs de prise ou d'administration**, ou encore celles liées au **pilulier**. Prendre les médicaments du conjoint à la place des siens, ne pas respecter les moments de prise, reprendre son traitement en pensant ne pas l'avoir pris, ou encore mettre le mauvais médicament dans le pilulier sont des exemples retrouvés dans la littérature (25). Une étude américaine menée chez des personnes de plus de 65 ans en ambulatoire a montré que près de 32% des Évènements Indésirables Médicamenteux (EIM) survenaient suite à une erreur au moment de l'administration ou de prise des médicaments (26).

Une étude belge s'est intéressée aux erreurs de remplissage du pilulier chez 27 personnes cognitivement saines et âgées de 71 ans et plus. Au moins une erreur de remplissage du pilulier (omission ou ajout) a été observée chez 67% d'entre eux et 56% en ont produit au moins trois. Ces erreurs sont renouvelées dans 85% des cas. De plus, les prescriptions complexes ont mené à un taux d'erreurs plus élevé (27).

**L'automédication** sans avis médical peut mener à des conséquences néfastes pour le patient augmentant par conséquent le risque iatrogène. L'automédication concerne également la consommation de médicaments conseillés par un proche et prise dans l'armoire à pharmacie familiale (20) (21).

#### 1.4.2. La iatrogénie liée aux médicaments et aux prescriptions

Outre les facteurs de risques liés au patient, ceux liés aux médicaments eux-mêmes et aux multiples prescriptions sont également à prendre en compte.

La polypathologie entraînant une **polymédication** accrue au sein de la population gériatrique est source de iatrogénie, le risque iatrogène augmentant avec le nombre de médicaments prescrits (28). Selon l’OMS, elle peut être définie comme étant “*l’administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l’administration d’un nombre excessif de médicaments*” (29). D’après une revue suisse, 50% des français de plus de 65 ans prennent entre cinq et dix médicaments différents (30).

La **multiplicité des ordonnances et prescripteurs** ainsi que les **modifications de prescription** sont sources de iatrogénie (20) (31). L’étude américaine citée précédemment a montré que près de 42% des erreurs liées aux patients conduisant à un EIM se sont produites lors d’une modification de la prescription médicamenteuse par le médecin (26).

Plusieurs études internationales ont démontré une association significative entre la **polymédication**, la **survenue d’effets indésirables**, les **interactions médicamenteuses** et les **prescriptions inappropriées** (31) (32) (33) (34) (35) (36). Les études ont également montré que les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans (20) (21) et que les patients ayant six médicaments ou plus sont plus susceptibles de présenter un événement indésirable lié à des médicaments potentiellement inappropriés (36).

Des outils d’aide à la réévaluation des prescriptions ont été développés afin d’essayer de limiter le nombre de médicaments potentiellement inappropriés dans la population gériatrique : la liste européenne *STOPP/START* (37) (38) adaptée aux plus de 65 ans, la liste de *LAROCHE* (39) s’adressant aux plus de 75 ans et les critères de *BEERS* (liste américaine actualisée en 2015, moins applicable à la pratique française) (40).

De plus, de récents outils tels que le Bilan Partagé de Médication, la conciliation médicamenteuse hospitalière ou encore le Dossier Médical Partagé permettent une

communication et une coordination entre les professionnels de santé et le patient pour réduire la iatrogénie médicamenteuse.

#### 1.5. Évaluation de la complexité des ordonnances : Échelle Medication Regimen Complexity Index (MRCI)

Un outil publié par J. George et al. en 2004, nommé "Medication Regimen Complexity Index" (MRCI) permet de quantifier la complexité d'un schéma thérapeutique pour un patient donné à l'aide des informations recueillies sur son(ses) ordonnance(s) (41) (cf. Annexe 1).

Cet outil se compose de 65 items répartis en 3 parties distinctes : une partie A centrée sur la forme galénique de chaque médicament, une partie B comptabilisant la fréquence de prise de chaque médicament sur 24h et enfin une partie C s'intéressant aux modalités additionnelles de prises mentionnées par le médecin sur l'ordonnance. La complexité du régime médicamenteux est obtenue en additionnant les 3 parties A, B et C.

Le MRCI, étant un index ouvert, ne présente pas de limite supérieure concernant le nombre de médicaments prescrits ou le nombre d'instructions supplémentaires possibles. L'automédication du patient n'étant pas prise en considération, confère une limite à cet outil.

Il a été testé et adapté dans plusieurs pays afin de tenir compte des différences culturelles et des habitudes de prescription, on peut le retrouver dans des publications Turque (42), Espagnole (43), Portugaise (44), et Allemande (45). Néanmoins, à notre connaissance, aucune adaptation française validée n'a été retrouvée dans la littérature.

Il a été démontré dans plusieurs études que la complexité d'un régime médicamenteux était corrélée aux difficultés d'adhésion thérapeutique des personnes âgées : plus l'ordonnance était complexe, plus l'adhésion thérapeutique était difficile (46) (47). Il a également été mis en évidence un lien entre un MRCI élevé et la survenue d'effets indésirables et de réadmissions non planifiées à l'hôpital (48) (49) (50).

En conclusion, la prise en compte de la complexité d'un régime médicamenteux est un aspect important dans la prise en charge de la population gériatrique. Le MRCI constitue un outil fiable et validé afin de se rendre compte de cette complexité.

## **2. État des lieux des proches aidants en France**

### **2.1. Définition du proche aidant**

Dans la littérature, plusieurs types d'aidants sont distingués suivant leur fonction, leur statut et suivant les missions qu'ils effectuent. Peuvent être cités les aidants professionnels, les aidants familiaux et les aidants naturels.

Selon le Code de l'action sociale et de la famille (Article R245-7), modifié par décret n°2008-450 du 7 mai 2008-art1 : "*Est considéré comme un aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du bénéficiaire, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine et qui n'est pas salarié pour cette aide*" (51).

Depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (dite loi ASV), le proche aidant d'une personne âgée a été défini.

La législation française dans l'article L113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles donne une définition du proche aidant comme suit : "*Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.*" (52)

Ainsi, le terme de "proche aidant" ne supposant pas de lien familial entre l'aidant et l'aidé présente une définition plus large que celui "d'aidant familial".

## 2.2. Épidémiologie des proches aidants et leurs caractéristiques

En conséquence du vieillissement de la population et de l'augmentation de la perte d'autonomie, le nombre de proches aidants augmente. Selon les enquêtes "CARE" de la DREES reposant sur des données de 2015 et 2016, le nombre de proches aidants déclarés par une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile et apportant une aide régulière s'élèverait à près de 4 millions en France métropolitaine (53). Cependant, en fonction de la méthode d'estimation utilisée, le nombre de proches aidants déclarés peut varier considérablement.

Un article publié en 2011 (54), ayant pour objectif de faire un état des lieux de l'aide reçue par les personnes âgées vivant à domicile, a montré que huit personnes âgées aidées sur dix reçoivent au moins l'aide de leur entourage et cinq sur dix au moins celle de professionnels (cf figure n°6).

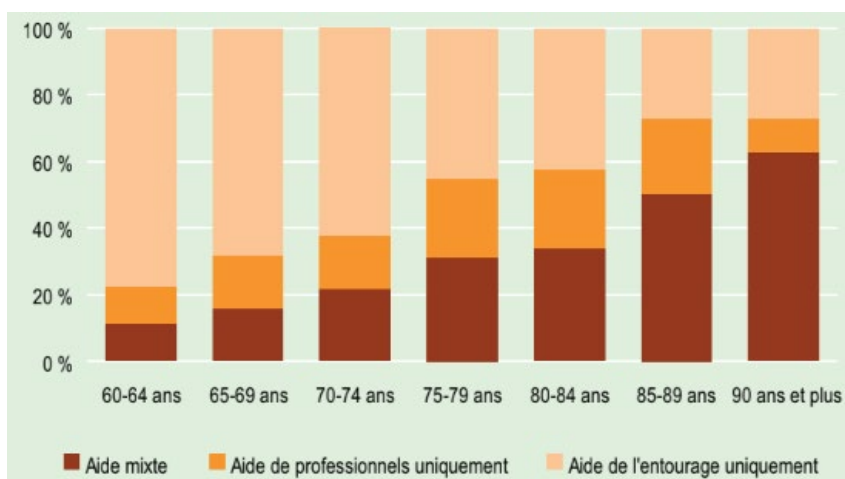


Figure n°6 : D'après la DREES, répartition des personnes âgées aidées par type d'aide reçue, selon l'âge (54)

Le recours à une aide est fortement lié à l'âge du bénéficiaire de soins et à son degré de dépendance. Par conséquent, plus le degré de dépendance est élevé, plus le nombre d'aidants augmente.

L'aide de l'entourage peut, suivant les foyers, suivant l'âge des proches aidants et suivant le nombre constituant le foyer, provenir d'un ou de plusieurs aidants.



Plus de la moitié des aidants sont des enfants du proche aidé, un quart représente le/la conjoint(e), et un aidant sur dix représente des autres membres de la famille (cf figure n°7).

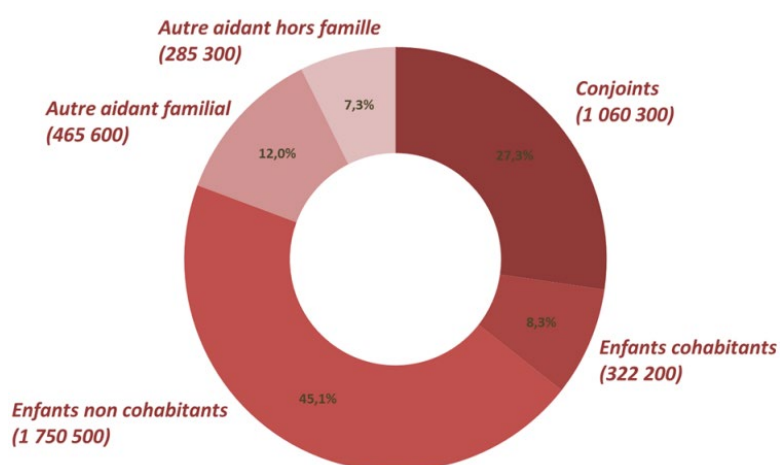


Figure n°7 : D'après la DREES, répartition des aidants selon leur lien avec le senior aidé (53)

L'entourage apporte une aide diversifiée combinant le plus souvent une aide aux tâches de la vie quotidienne, un soutien moral et parfois une aide financière. Près de 60% des personnes âgées aidées reçoivent au moins une aide à la vie quotidienne de la part de leur entourage. Malgré l'implication des proches, une personne âgée aidée sur trois déclare ressentir le besoin d'une aide supplémentaire, et plus particulièrement les personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2) (54).

### 2.3. Les principaux besoins des proches aidants

Les principaux besoins des proches aidants, analysés dans de nombreuses publications internationales à l'aide d'outils spécifiques et validés peuvent être classés en quatre grandes parties : les besoins émotionnels, financiers, d'informations et ceux concernant la prise en charge médicamenteuse.

#### 2.3.1. Les besoins émotionnels et financiers

Les conséquences négatives d'un point de vue psychologique, social et physique sont observées dans de nombreuses études. Près de 9 conjoints ou enfants aidants sur 10

perçoivent leur aide comme un devoir et près de 47% des aidants déclarent au moins une conséquence négative sur leur santé (53).

Près de 20% des aidants se sentent proches de l'épuisement, nombre d'entre eux mentionnent des sacrifices au niveau familial, certains d'entre eux rencontrent des difficultés au niveau des relations sociales et la majorité ressentent un stress permanent. De plus, certains sentiments tels que la colère ou l'anxiété ont également été observés dans plusieurs articles et revues (53) (55) (56) (57) (58) (59).

L'aide financière apportée par les proches aidants, qui consiste majoritairement à régler les dépenses courantes, concerne 14% des bénéficiaires de soins (54).

Bien que ces besoins ne soient pas la majorité de ceux ressentis par les proches aidants, certains rencontrent des difficultés notamment au niveau de leur activité professionnelle. Aider un proche prend du temps, or près de 40% des aidants ont un emploi. Certains se voient par conséquent dans l'obligation de réduire leur temps de travail, de s'absenter voire de quitter leur emploi afin de s'occuper à plein temps de leur proche. De plus, d'autres difficultés financières peuvent être mentionnées telles que, le paiement des Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), le paiement de certaines assurances ou encore le paiement des médicaments conseils.

*In fine*, tous ces facteurs ont un impact financier négatif pour le proche aidant (57) (59).

Afin d'évaluer la charge émotionnelle, physique et financière que représente la prise en charge d'une personne âgée, l'échelle de Zarit et le Caregiver Strain Index (CSI) ont été élaborés et validés (cf Annexes 2 et 3).

L'échelle de Zarit est un questionnaire permettant d'évaluer la charge émotionnelle, physique et financière que peuvent ressentir les aidants (60) (61). Le CSI, quant à lui, est un outil de dépistage, comportant 13 questions dichotomiques et comprenant au moins un élément pour chacun des grands domaines suivants : l'impact professionnel, financier, physique, et sur la vie sociale (62).

### 2.3.2. Les besoins d'informations

Plusieurs besoins d'informations ont été observés dans diverses études. Le besoin d'information sur le processus de la maladie, c'est-à-dire sur la clinique, le diagnostic, l'évolution de la maladie du bénéficiaire de soins, sur sa prise en charge ainsi que sur les traitements associés, a été le plus fréquemment observé (59) (63). De même, un manque d'information concernant l'accès et les ressources sur les différents services de santé et établissements de santé dont peut bénéficier l'entourage a été mentionné (59). Un manque de formation, notamment sur les soins à prodiguer a été également révélé, certains ressentent une peur à l'idée de ne pas fournir des soins appropriés (63).

### 2.3.3. Les besoins concernant la prise en charge médicamenteuse

Plusieurs études dont une étude "*Medication Administration Hassles Reported by Family Caregivers of Dependent Elderly Persons*" menée par Travis & al. en 2000 (64), ont évoqué les principales problématiques des proches aidants liées à l'administration des médicaments des personnes âgées. Dans cette étude, des problèmes liés à la "logistique de planification" ont été mentionnés par 29,5% des aidants interrogés. Étaient cités dans cette catégorie la gestion du stock des médicaments, la gestion des différentes ordonnances ainsi que la planification des prises médicamenteuses dans l'emploi du temps du proche aidant (64).

L'administration des traitements par l'entourage comprenant la gestion de médicaments à posologies variables tels que les anticoagulants à adapter en fonction de l'International Normalized Ratio (INR), mais également l'administration des médicaments en temps voulu ou encore la compréhension des modalités de prises présentes sur les ordonnances, ont également été évoqués comme sources de difficultés par 31,9% des aidants interrogés (64). 38,6% d'entre eux mentionnaient également des problèmes liés à la sécurité faisant référence aux effets indésirables, à la reconnaissance des situations d'urgence associées ainsi que l'attitude à adopter face à ces événements (64).

Le manque de communication entre le bénéficiaire de soins et les professionnels de santé a aussi été observé (63).

Des thématiques similaires ont été mentionnées dans une étude britannique (65).

En s'appuyant sur leur étude citée précédemment (64), Travis & al ont développé et testé en 2003 une échelle multidimensionnelle, nommée "*Family Caregiver Medication Administration Hassles Scale*" (FCMAHS), afin de mesurer les problèmes liés à l'administration des médicaments effectuée par les aidants familiaux (66). Pour cela, ils ont élargi la typologie des problèmes ressentis par les proches aidants et ont inclus d'autres domaines tels que la recherche d'information et la polypharmacie. La création de l'échelle a nécessité plusieurs phases : des groupes de discussions avec les aidants, le développement de l'outil, des essais pilotes et des essais sur le terrain. Environ 180 aidants familiaux de catégories socio-économiques et d'origines ethniques variées ont participé à l'étude.

Cette échelle (cf. Annexe 4) se compose d'un questionnaire de 24 items répartis en quatre sous échelles (66) :

- **recherche d'informations / partage d'informations** (comprenant 9 éléments),
- **problèmes de sécurité** (comprenant 5 éléments),
- **planification de la logistique** (comprenant 7 éléments)
- **polypharmacie** (comprenant 3 items)

Cet outil, allant de 0 à 120, présente pour chaque item une cotation de 0 à 5, 0 étant l'absence de problème et 5 étant l'un des pires problèmes. Par conséquent, plus le score final est élevé, plus les besoins des proches aidants sont importants.

L'avantage de cette échelle est la présence de diverses sous-échelles permettant de cibler plus de thématiques que le CSI (62) et l'échelle de Zarit (60) (61). Le principal inconvénient est qu'elle est chronophage, elle ne permet pas une détection rapide, limitant par conséquent son utilisation directement au comptoir officinal et nécessitant un temps dédié avec le proche aidant.

#### 2.4. Constat à l'officine

Le nombre de personnes âgées vivant à domicile va continuer à augmenter en parallèle du vieillissement de la population, notamment vu les difficultés actuelles pour trouver une place disponible dans des établissements spécialisés tels que les EHPAD et de par la volonté fréquente d'un maintien à domicile le plus longtemps possible.

Actuellement, le nombre de proches aidants se présentant à la pharmacie d'officine pour venir récupérer les traitements de leur proche est considérable. Au comptoir, la difficulté sur la gestion des médicaments se fait ressentir, puisqu'il n'est pas rare de rencontrer des ordonnances arrivant à échéance, de devoir parfois effectuer des délivrances exceptionnelles suite à des difficultés d'anticipation des rendez-vous médicaux, de rencontrer des aidants épuisés moralement, physiquement, et présentant une grande incompréhension concernant le domaine médicamenteux.

Il n'existe à notre connaissance pas d'outils français permettant d'identifier et de détecter les besoins des proches aidants en lien avec leur implication dans la gestion médicamenteuse. De plus, peu d'études évaluent le rôle que le pharmacien d'officine pourrait jouer dans l'accompagnement des aidants sur cette thématique, alors même qu'il rencontre régulièrement les aidants lors de leur passage à la pharmacie.

Ce sont les raisons pour lesquelles nous avons voulu nous intéresser à la détection des besoins des proches aidants concernant la gestion médicamenteuse, dans le but de recueillir leurs problématiques et de renforcer leur prise en charge au comptoir.

Par conséquent, cette étude a pour objectif principal de déterminer le nombre de proches aidants exprimant un besoin d'aide sur les missions qu'ils effectuent concernant la prise en charge médicamenteuse de l'aidé.

Le premier objectif secondaire est de décrire les principales problématiques qu'ils rencontrent en lien avec la prise en charge médicamenteuse.

Le second objectif secondaire consiste quant à lui, en la recherche d'un lien entre le niveau de besoins des proches aidants et la complexité des prescriptions médicamenteuses du sénior.

### **3. Matériel et Méthode**

Cette étude prospective et observationnelle a été menée au sein de deux pharmacies d'officine de quartier, situées en Isère et en Savoie entre décembre 2021 et juin 2022.

Ces pharmacies présentent une patientèle régulière à l'année et touristique lors des périodes hivernale et estivale.

#### 3.1. Sélection des participants

Sont inclus dans l'étude les proches aidants majeurs s'occupant d'une/de personne(s) âgée(s) de plus de 60 ans prenant au moins un médicament sur ordonnance et dépendant du proche aidant pour effectuer au moins une des activités suivantes :

- Récupérer les médicaments du bénéficiaire de soins à la pharmacie,
- Anticiper et/ou planifier les rendez-vous chez le(s) médecin(s),
- Administrer les médicaments,
- Préparer le pilulier.

Sont exclues de l'étude les personnes suivantes : toute personne mineure, les proches aidants s'occupant d'une personne de moins de 60 ans, d'une personne âgée d'au moins 60 ans mais ne prenant aucun médicament sur ordonnance, les proches aidants travaillant dans le médical/paramédical ainsi que les aidants professionnels.

#### 3.2. Élaboration et diffusion du formulaire de recueil des besoins

Il n'existe à notre connaissance aucun outil validé en France permettant de recueillir les besoins des proches aidants en lien avec la prise en charge médicamenteuse de leur proche, et adapté à une utilisation rapide par le pharmacien d'officine.

Parmi les outils internationaux décrits dans la littérature, l'échelle FCMAHS (66) (cf Annexe 4) s'intéresse aux besoins des proches aidants sur la prise en charge médicamenteuse. Cependant, il n'existe pas de traduction validée en français, cet outil est adapté à la pratique anglo-saxonne et ses vingt-quatre items rendent son application difficilement applicable au comptoir d'une pharmacie d'officine. Le test de cette échelle auprès de deux proches aidants a aussi montré que la formulation des items est sujette à interrogation.

Un formulaire plus simple, adapté à la pratique officinale française et diffusable rapidement au comptoir a donc été élaboré pour cette étude, en s'inspirant des thématiques abordées dans l'échelle FCMAHS.

Ce formulaire est constitué de deux parties (cf Annexe 5).

La première partie permet de caractériser le proche aidant et l'aidé. Ont été notamment recueillis : sexe, âge, nationalité, lien de parenté entre aidant et aidé, activité professionnelle éventuelle de l'aidant, lieu d'habitation du proche aidé et partage ou non du domicile avec le proche aidant, missions réalisées par le proche aidant en lien avec la prise en charge médicamenteuse, formations éventuelles, et aides existantes.

La deuxième partie du questionnaire explore en 8 items les problématiques médicamenteuses auxquelles le proche aidant peut être confronté. Chaque proposition est évaluée par le proche aidant à l'aide d'une échelle de Likert en quatre points. La proposition "je n'effectue pas cette mission" a été ajoutée.

Le formulaire a été distribué aux proches aidants éligibles directement au comptoir de l'officine lors de leur venue, entre décembre 2021 et mai 2022. Une lettre d'information ainsi qu'une fiche de recueil de consentement permettant une analyse des données et une récupération des ordonnances des bénéficiaires de soins ont également été distribuées (cf Annexes 6 et 7). Les documents ont été rapportés par les proches aidants au comptoir de l'officine.

### 3.3. Entretien avec les proches aidants

Afin de faire émerger d'autres problématiques éventuellement rencontrées par les proches aidants lors de la prise en charge médicamenteuse et non explorées dans le formulaire, des entretiens semi-directifs ont été proposés à la fin du formulaire et réalisés avec le pharmacien pour les proches aidants le souhaitant.

Ces entretiens avaient pour but d'obtenir le ressenti du proche aidant concernant ses missions en lien avec la prise en charge médicamenteuse et d'approfondir ses besoins et ses problématiques.

Les entretiens semi-directifs se sont déroulés du 4 mai au 24 juin 2022, au sein des officines, dans une salle dédiée. Les dates ont été fixées à la convenance des participants. Ils ont été enregistrés en format audio, avec l'accord préalable des participants, puis ont été retranscrits en format Word® et anonymisés.

Les échanges ont débuté par des remerciements et un rappel de l'objectif et de la finalité de l'entretien. Le formulaire a servi de support, et des thématiques libres non abordées dans le formulaire ont été discutées.

### 3.4. Évaluation de la complexité des prescriptions médicamenteuses

Les ordonnances du proche aidé ont été obtenues par l'intermédiaire du logiciel interne de la pharmacie ou par l'intermédiaire du proche aidant et ont été anonymisées.

Pour évaluer la complexité des prescriptions médicamenteuses, le score MRCI (41) (cf Annexe 1) a été calculé pour chaque ordonnance des bénéficiaires de soins par les deux investigateurs, pour limiter la subjectivité. Pour les résultats discordants, une moyenne des deux scores a été réalisée.



### 3.5. Analyses des données

#### Analyse des données issues du formulaire et des ordonnances :

Les variables qualitatives du formulaire ont été décrites en fréquence et pourcentage, et les variables quantitatives en moyenne et écart-type. Le test de Khi-deux ou, le cas échéant le test exact de Fisher, a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Un test non paramétrique a été réalisé pour la comparaison des variables quantitatives. Un test de corrélation de Spearman a également été utilisé pour évaluer la relation entre deux variables continues ou ordinales. Les analyses ont été réalisées selon le *Consort statement for non pharmacological study* en utilisant le seuil alpha usuel de 0,05.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.4 statistical software (SAS Institute, Cary, NC, USA).

#### Analyse qualitative des données des entretiens :

Les entretiens semi-directifs ont fait l'objet d'une description qualitative. Une analyse thématique des verbatims a été réalisée. Des catégories de codage étaient prédéterminées et issues du formulaire, et des nouvelles catégories ont émergé des entretiens lors du codage.

La classification des verbatims a été réalisée conjointement par les deux investigateurs de l'étude.

Pour deux entretiens, afin d'effectuer une triangulation, l'analyse a été effectuée par une tierce personne, à l'aveugle, et la catégorisation a été comparée avec celle obtenue par les deux investigateurs. La catégorisation s'est révélée identique.

### 3.6. Les critères de jugement

#### 3.6.1. Critère de jugement principal

**Le critère de jugement principal est le pourcentage de proches aidants exprimant au moins une problématique dans la réalisation des missions qu'ils effectuent en lien avec la prise en charge médicamenteuse.**

Tous les proches aidants ayant répondu au moins un “d’accord” ou “tout à fait d’accord” aux items 2 à 6 et 8 du formulaire ou un “pas d’accord” ou “pas du tout d’accord” à l’item 7 (cotation inverse car affirmation négative) ont été comptabilisés. Ce nombre est par la suite rapporté au nombre total de répondants.

L’item 1 n’a pas été comptabilisé ici car c’est une affirmation générale, elle n’est pas spécifique d’une mission.

### 3.6.2. Premier critère de jugement secondaire

**Le premier critère de jugement secondaire est la proportion de proches aidants exprimant un besoin pour chaque mission.**

Pour chaque item, le nombre de “d’accord” et de “tout à fait d’accord” est comptabilisé. Ce nombre est ensuite rapporté au nombre total de proches aidants effectuant la mission.

De même que pour l’objectif principal, l’item 1 n’est pas comptabilisé et l’item 7 a une cotation inverse.

### 3.6.3. Deuxième critère de jugement secondaire

**Le deuxième critère de jugement secondaire est l’existence d’une corrélation entre l’indice de complexité du traitement médicamenteux du proche aidé (score MRCI) et le score final des besoins soulevés par les proches aidants (score SOLO).**

Un score numérique SOLO a été créé pour déterminer le niveau de besoins des proches aidants, à partir d’une conversion numérique de l’échelle likert pour les items 2 à 8.

Pour les items 2,3,4,5,6 et 8, la cotation suivante a été appliquée :

- la réponse “pas du tout d’accord” correspond à un score de 1
- la réponse “pas d’accord” correspond à un score de 2
- la réponse “d’accord” correspond à un score de 3
- la réponse “tout à fait d’accord” correspond à un score de 4
- la réponse “je n’effectue pas cette mission” correspond à un score de 0.

Pour l'item 7, la cotation est inversée (affirmation négative dans la formulation), de 4 pour la réponse "pas du tout d'accord" à 1 pour la réponse "tout à fait d'accord".

Pour chaque proche aidant, le score SOLO est calculé en additionnant le score obtenu à chaque affirmation. Le score SOLO maximal pouvant être atteint s'élève à 28.

Exemple : un proche aidant répondant "d'accord" aux affirmations 2, 3, 4 (= sous score 9); répondant "tout à fait d'accord" aux affirmations 5, 6 (= sous-score de 8); répondant un "pas d'accord" à l'affirmation 7 (= sous-score de 3); et enfin répondant "je n'effectue pas cette mission" à l'affirmation 8 (= sous-score de 0) obtient un score SOLO de  $9 + 8 + 3 + 0 = 20$

Une fois le score SOLO et le score MRCI obtenus pour chaque proche aidant, une corrélation entre ces deux scores a été recherchée.

## **4. Résultats**

### 4.1. Description de la population

#### 4.1.1. Description des proches aidants

Cette étude a inclus 42 proches aidants, dont 31 femmes (73,8%). Ils étaient âgés de 23 à 83 ans, avec un âge moyen de 59,4 ans, un écart-type de 11,63 et une valeur médiane de 58,5 ans. Tous les proches aidants parlaient couramment français.

Plus de la moitié d'entre eux avaient une activité professionnelle (N = 23 ; 54,8%) et 45,2% (N = 19) cohabitaient avec l'aidé (cf tableau II).

Les aidants de l'entourage étaient des aidants familiaux à l'exception d'un voisin.

	Effectif	Pourcentage
<b>Sexe</b>		
Femme	31	73,8
Homme	11	26,2
<b>Tranche âge (fréquence manquante = 2)</b>		
≤ 60 ans	23	57,5
> 60 ans	17	42,5
<b>Lien avec le proche aidé</b>		
Conjoint	9	21,4
Enfant	Cohabitant	11
	Non cohabitant	18
Autres (nièce, beau-parent, petite-fille, voisin)	4	9,5
<b>Profession</b>		
Actif professionnellement	23	54,8
Non actif	19	45,2
<b>Domicile</b>		
Cohabitant	19	45,2
Non cohabitant	23	54,8

*Tableau II : Description des proches aidants  
Effectif total : N = 42*

Concernant les **missions réalisées** par l'entourage en lien avec la prise en charge médicamenteuse, 41 (97,6%) proches aidants allaient récupérer les médicaments à la pharmacie, 37 (88,1%) renouvelaient les rendez-vous médicaux de leur proche et les accompagnaient, 33 (78,8%) géraient le stock des médicaments, 23 (54,8%) remplissaient le pilulier et 20 (47,6%) administraient les traitements à la personne aidée (cf figure n°8).

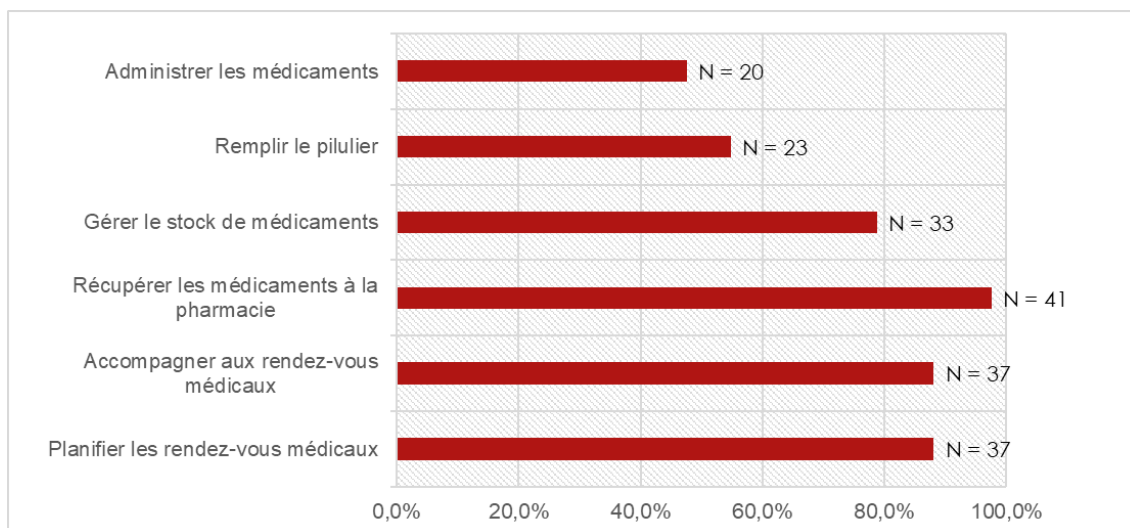


Figure n°8 : Répartition des missions réalisées par les proches aidants, N = 42

A propos des **formations effectuées** pour réaliser les missions de proche aidant, seulement une personne a été formée via l'association *France Alzheimer*.

#### 4.1.2. Description des proches aidés

Les 42 bénéficiaires de soins comptaient 24 femmes (57,1%) (cf tableau III). Ils étaient âgés de 68 ans à 98 ans avec un âge moyen de 82,8 ans, un écart-type de 6,9 et une valeur médiane de 83 ans. La tranche d'âge des 76 - 85 ans était la plus représentée avec 47,5% (N = 19) des individus. Tous les proches aidés vivaient dans une habitation individuelle et tous parlaient français à l'exception d'un sénior.

Plus de 8 proches aidés sur 10 percevaient une aide extérieure en plus de celle du proche aidant (N = 34 ; 81%), principalement une aide-ménagère ou un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE). Cette proportion est encore plus importante pour les séniors âgés de plus de 86 ans (N = 15 ; 93,8% d'aide mixte).

	Effectif	Pourcentage
<b>Sexe</b>		
Femme	24	57,1
Homme	18	42,9
<b>Tranches d'âges (Fréquence manquante = 2)</b>		
65 - 75 ans	5	12,5
76 - 85 ans	19	47,5
Plus de 86 ans	16	40
<b>Aides extérieures</b>		
Aide uniquement du proche aidant	8	19
Aide mixte	34	81
Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat	23	67,7
Aide-ménagère	24	70,6
Auxiliaire de vie	13	38,2
Autre (Kinésithérapeute, portage repas)	3	8,8
<b>Nombre de prescripteurs</b>		
1 prescripteur	21	50,0
2 prescripteurs	18	42,9
3 prescripteurs	3	7,1

Tableau III : Description des proches aidés  
Effectif total : N = 42

Le nombre moyen de médicaments pris par les bénéficiaires de soins a été chiffré à 9,7 médicaments avec un écart-type de 3,9.

La complexité des prescriptions médicamenteuses a été évaluée grâce au score MRCI, calculé selon les différentes ordonnances de chaque proche aidé. Ce score allait de 3 à 58,7, avec une moyenne de 33,2, un écart-type de 14,5 et une médiane à 32,8.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été obtenu entre le MRCI et le nombre de prescripteurs (p-value = 0.2355) ; ni entre le MRCI et l'âge du sénior (p-value = 0.5189; rho = 0)

#### 4.2. Le besoin d'aide exprimé par les proches aidants

45,2% (N = 19) des proches aidants ont rapporté au moins un besoin d'aide sur les missions qu'ils effectuaient concernant la prise en charge médicamenteuse du proche aidé.

Parmi les aidants exprimant un besoin d'aide, 89,5% étaient des femmes (N = 17), 63,2% avaient une activité professionnelle (N = 12), 63,2% ne cohabitaient pas avec l'aidé (N = 12), et 38,9% souhaitaient un entretien (N = 7). Parmi les aidants n'exprimant pas de besoin, 6 (26,1%) souhaitaient un entretien individuel avec le pharmacien (cf Tableau IV).

		Aidant exprimant un besoin d'aide (%)	Aidant n'exprimant pas un besoin d'aide (%)	P-value
<b>Proche aidant</b>				
Sexe	Femme	17 (89,5%)	14 (60,9%)	0.0753
	Homme	2 (10,5%)	9 (39,1%)	
Tranche d'âge (Fréquence manquante = 2)	≤ 60 ans	9 (52,9%)	14 (60,9%)	0.7492
	> 60 ans	8 (47,1%)	9 (39,1%)	
Lien	Conjoint	5 (26,3%)	4 (17,4%)	0.6224
	Enfant	13 (68,4%)	16 (69,6%)	
	Autre	1 (5,3%)	3 (13,0%)	
Activité professionnelle	Actif professionnellement	12 (63,2%)	11 (47,8%)	0.3657
	Non actif	7 (36,9%)	12 (52,2%)	
Domicile	Cohabitant	7 (36,8%)	12 (52,2%)	0.3657
	Non cohabitant	12 (63,2%)	11 (47,8%)	
Souhait d'un entretien (Fréquence manquante = 1)	Oui	7 (38,9%)	6 (26,1%)	0.5033
	Non	11 (61,1%)	17 (73,9%)	
<b>Proche aidé</b>				
Sexe	Femme	10 (52,6%)	14 (60,9%)	0.7555
	Homme	9 (47,4%)	9 (39,1%)	
Tranches d'âges (Fréquence manquante = 2)	Entre 65 ans et 75 ans	3 (17,7%)	2 (8,7%)	0.7461
	Entre 76 ans et 85 ans	8 (47,1%)	11 (47,8%)	
	86 ans et plus	6 (35,3%)	10 (43,5%)	
Aides extérieures	Oui	18 (94,7%)	16 (69,6%)	0.0541
	Non	1 (5,3%)	7 (30,4%)	

Tableau IV : Description des proches aidants et aidés selon l'expression d'un besoin d'aide ou non par le proche aidant  
Effectif total : N = 42

L'analyse d'un lien entre l'expression d'un besoin d'aide ou non par les proches aidants et les différentes caractéristiques de l'aidant et de l'aidé a été réalisée. Aucun lien statistiquement significatif n'a été obtenu (cf tableau IV). Deux tendances ont été observées : une tendance entre le besoin d'aide exprimé et le sexe féminin (p-value =



0.0753) et une tendance entre le besoin d'aide exprimé et la présence d'une aide extérieure (p-value = 0.0541).

Plus de la moitié des personnes (N = 10 ; 55,6%) exprimant un besoin d'aide ont répondu ne pas avoir assez d'informations concernant les missions qu'ils effectuaient (question 1 du formulaire). Un lien statistiquement significatif entre les aidants exprimant un besoin d'aide et le ressenti d'un manque d'information (évalué par la question 1 du formulaire) a été observé (p-value = 0.0011).

Aucun lien statistiquement significatif n'a été trouvé entre l'activité professionnelle du proche aidant et les difficultés rencontrées pour effectuer ses missions.

Dans l'ensemble, des difficultés ont été rapportées pour toutes les missions. Un peu moins d'un tiers des proches aidants considérait la gestion des rendez-vous médicaux comme problématique (31,6% ; N = 12), 27% (N = 10) considéraient la gestion du stock de médicaments comme étant une difficulté et 25% (N = 6) ressentaient une problématique pour planifier la prise des médicaments de leur proche (cf figure n°9).

La mission "récupérer les médicaments à la pharmacie" est celle représentant le moins de soucis pour les aidants, puisque seulement 12,2% (N = 5) la considérait comme étant problématique (cf figure n°9).

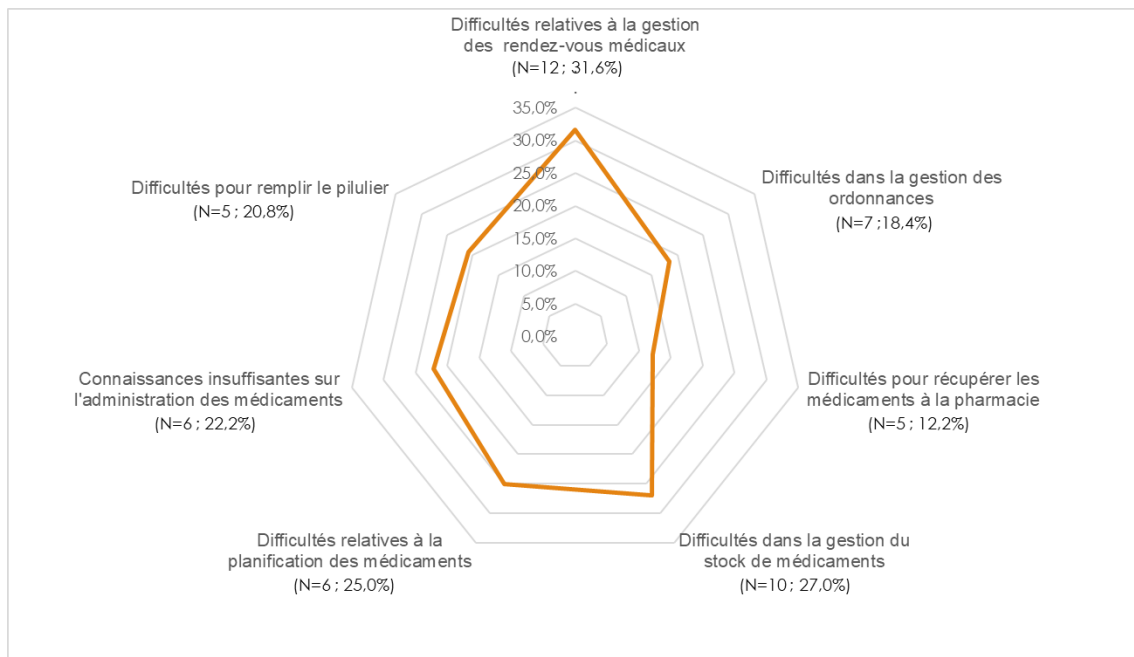


Figure n°9 : Principales problématiques rapportées par les proches aidants en lien avec la prise en charge médicamenteuse

Le score SOLO de chaque proche aidant a été calculé. Son score minimal est de 1 et son score maximal de 26, la moyenne s'élevant à 9,9, l'écart-type à 5,8 et la médiane à 8,5.

#### 4.3. Recherche des facteurs associés à la complexité médicamenteuse

Dans un premier temps, la relation entre la complexité du régime médicamenteux (MRCI) et l'expression par les proches aidants d'au moins un besoin d'aide a été analysée. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre ces deux variables (cf figure n°10).

Le deuxième facteur testé associé à la complexité médicamenteuse (MRCI) était le score final des besoins soulevés par les proches aidants (score SOLO).

Les points obtenus présentent une répartition hétérogène. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre ces variables (cf figure n°11).

Enfin, la relation entre la demande d'un entretien de la part du proche aidant et le score MRCI du régime médicamenteux du bénéficiaire de soins a été testée. Là encore, il n'a pas été retrouvé de lien entre ces deux variables (cf figure n°12).

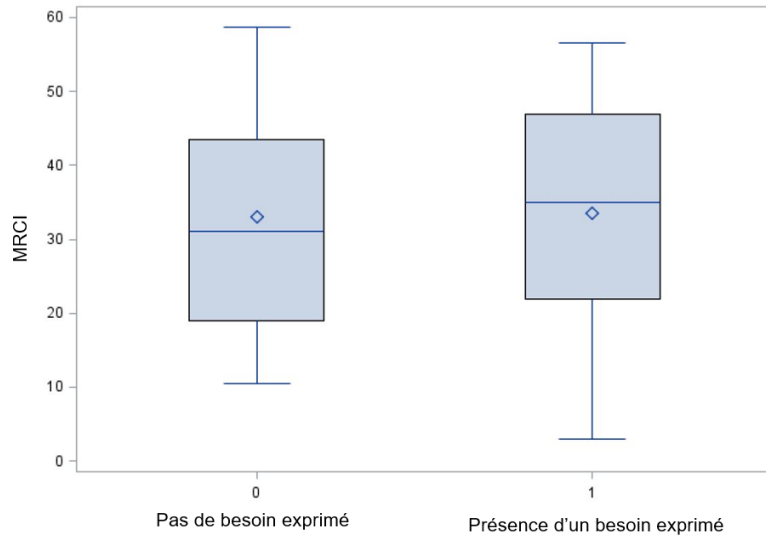


Figure n°10 : Répartition du score MRCI en fonction du besoin d'aide ou non exprimé par chaque proche aidant

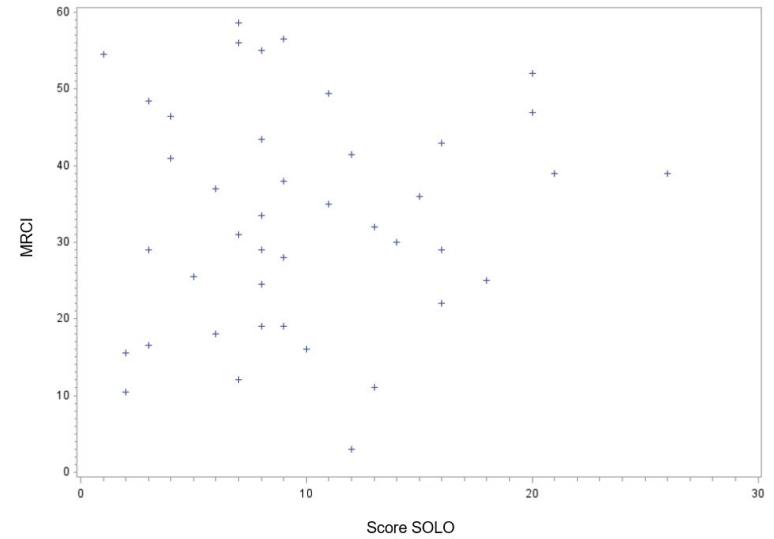


Figure n°11 : Score MRCI en fonction du score SOLO de chaque proche aidant

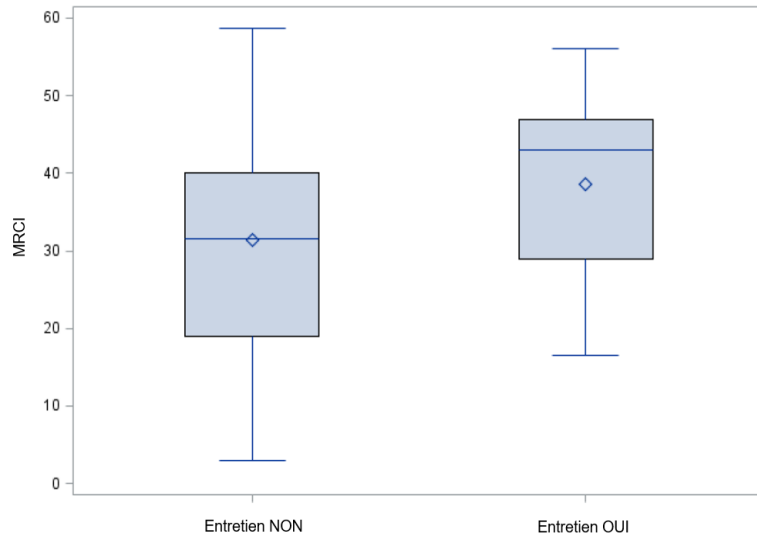


Figure n°12 : Répartition du score MRCI en fonction de la demande ou non d'un entretien

#### 4.4. Analyse qualitative des entretiens individuels

Parmi les 42 proches aidants inclus dans l'étude, 13 (31,0%) souhaitaient un entretien dont 10 enfants (76,9%), 2 conjoints (15,4%) et un voisin (7,7%). L'âge moyen des participants était de 59 ans, avec un âge minimum de 38 ans et un âge maximum de 75 ans. Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes.

L'analyse thématique des verbatims a dégagé 11 catégories. Sept catégories étaient prédéfinies et issues des thématiques abordées dans le formulaire ; 4 catégories ont émergé suite aux entretiens : la communication et la collaboration avec les professionnels de santé, l'adaptation de l'environnement du proche aidé, la charge psychologique et physique et le placement en EHPAD.

La thématique abordée dans la question une du formulaire, relative au **besoin d'information**, a fait l'objet de divergences. Lors de six entretiens, les aidants ont mentionné ne pas avoir reçu assez d'informations : *“c'est moi qui vais chercher les informations”*, mais aussi *“les connaissances, je les ai cherchées moi-même, au fur et à mesure de la maladie, on m'a informé au début, et plus par la suite”*.

Les sujets sur la connaissance du statut de proche aidant et des aides existantes ont également été sources de dissemblances. La majorité des proches aidants ne savaient pas que le statut d'aidant familial était reconnu administrativement puisque certains n'avaient *“jamais entendu le terme proche aidant auparavant”*, à l'exception de deux aidants : *“je sais que ce statut peut être reconnu et rémunéré”*.

Différents types de droits, en sus de l'APA, ont vu leur apparition ces dernières années tels que le droit au répit ou encore le congé du proche aidant. Parmi les entretiens réalisés, deux aidants les connaissaient mais regrettaient d'en avoir été informés tardivement : *“ils parlent des cafés des aidants, des solutions de répit, des accueils de jour, je suis au courant des aides possibles, mais j'ai été au courant très tard. J'ai découvert les aides au fur et à mesure de la maladie”*. Un de ces aidants mentionne

aussi s'être renseigné via *France Alzheimer*. Certaines associations ont été également rapportées par les aidants telles que l'association *Cassiopée* à proximité de Grenoble.

Les autres aidants considéraient avoir assez d'informations et ne ressentait pas l'impression d'en manquer.

Pour certains aidants actifs professionnellement, la **gestion des rendez-vous médicaux et des renouvellements d'ordonnances** ont été mentionnés comme des missions demandant une grande organisation. Quatre proches aidants ont rapporté une *"intervention du médecin traitant à domicile"*, facilitant la mission. Deux des quatre ont mentionné une tâche *"plus compliquée en ce qui concerne les rendez-vous avec les spécialistes"*. Il a été évoqué une organisation par rapport aux horaires de travail, avec un accompagnement *"après le travail"* ou *"le midi"*. L'organisation vis-à-vis d'un proche aidé *"se déplaçant difficilement"* a été mentionnée.

A contrario, pour certains aidants retraités ou pré-retraités, la gestion des rendez-vous médicaux est plus facile, s'intégrant *"plus facilement dans le planning"*. La proximité géographique a été aussi mentionnée comme facilitant cette mission.

Concernant le fait de **recupérer les médicaments**, les proches aidants ont majoritairement mentionné l'organisation mise en place avec la pharmacie comme une aide importante. Trois proches aidants ont souligné que *"la préparation des ordonnances par la pharmacie en amont"* les aidait beaucoup, en les appelant *"quelques jours avant le renouvellement"*. Un autre aidant a mentionné la communication médecin-pharmacien avec l'envoi des ordonnances par messagerie sécurisée (messagerie MonSISRA), *"la pharmacie reçoit l'ordonnance, cela se passe beaucoup mieux ainsi"*.

Un seul aidant a abordé la thématique de la **gestion du stock** comme problématique pour lui : *"il m'arrive d'en avoir trop ou pas assez, c'est parfois la pagaille"*. Concernant le reste des proches aidants interrogés en entretien, ceux-ci n'ont mentionné aucune problématique ou n'effectuaient pas cette mission.

Lors d'un entretien un proche aidant a expliqué plus en détail la **planification de la prise de médicaments**, en indiquant qu'il lui arrivait parfois *"de dormir au domicile"* du proche aidé afin de *"donner la dose d'un médicament le matin tôt avant l'arrivée des infirmières, pour la gestion de son anxiété"*. Lors d'un autre entretien, un proche aidant a évoqué des difficultés concernant la planification des prises médicamenteuses en raison d'une incompatibilité avec les horaires de son activité professionnelle.

**Les connaissances concernant l'administration des médicaments** ont été une thématique problématique pour deux proches aidants. Tous deux ignoraient que certains médicaments ne pouvaient être écrasés et *"pensaient que tous les médicaments pouvaient se couper"*.

Certains ont évoqué l'intervention des infirmières pour le **remplissage du pilulier**. Un autre aidant a lui abordé son organisation concernant le pilulier de son proche *"j'ai fait un pilulier maison : j'ai des boîtes en plastique, je mets des bandes de couleur pour différencier le matin, le midi et le soir"*.

La **communication et la collaboration avec les professionnels de santé**, catégorie ayant émergé des entretiens, a été pour la majorité des proches aidants un atout et a été qualifiée comme *"bonne"* et *"rassurante"*. Un proche aidant a souligné la *"bienveillance"* et *"la prise du temps nécessaire"* des professionnels de santé comme *"appréciable"*. Quatre proches aidants ont mentionné que la communication était parfois source de confusion avec *"des informations différentes entre le médecin, les infirmières et la pharmacie"*, aspect pouvant être *"pesant"* pour eux.

D'autres missions non liées à la gestion médicamenteuse, aux rendez-vous médicaux ou aux ordonnances ont été mentionnées lors de plusieurs entretiens. Ces missions étaient relatives à l'**adaptation de l'environnement du proche aidé**. Un aidant a mentionné avoir *"cherché des solutions pour qu'il reste le plus longtemps chez lui"*, un autre passe au moins une fois par semaine pour *"réadapter et vérifier le matériel"*

*médical*” et un autre aidant a mentionné préparer, apporter et donner à manger à son proche.

**La charge psychologique et physique** ressentie par l’aidant a été une partie importante abordée dans la majorité des entretiens. Certains ont qualifié leur rôle de *“très compliqué”* avec *“des décisions parfois difficiles à prendre”*. Il a été mentionné un impact négatif sur la santé et l’aspect psychologique pour certains d’entre eux qualifiant ce statut comme un *“fardeau”* et ressentant un *“poids”* ou une *“fatigue physique et psychologique”*. Il a été retrouvé l’aspect de *“nécessité”* de s’occuper de son proche, *“il faut le faire”* et *“je n’ai pas le choix”* sont deux verbatims ayant été relevés lors des entretiens. L’aspect psychologique a été aussi mentionné avec la nécessité de *“ne pas craquer”* mais également de *“la peur constante qu’il se passe quelque chose de grave”*. D’autres parlent de la difficulté de *“tout devoir gérer seul”* mais aussi de difficulté au fait d’observer la maladie de son proche, notamment lors de démence ou maladies neurologiques, *“ce qui est le plus difficile, c’est la maladie, elle ne me reconnaît plus du tout”* a mentionné un proche aidant.

L’entourage familial a été évoqué comme *“un moyen de s’évader”* et une *“aide”* importante, *“j’ai des enfants et un mari compréhensifs”* a rapporté une personne interrogée.

**Le placement en EHPAD** a été un sujet plusieurs fois abordé lors des entretiens. La majorité des proches aidants interrogés ont exprimé leur souhait de ne pas placer leurs proches en EHPAD et qu’ils restent le plus longtemps possible dans leur habitation individuelle. Un proche aidant a mentionné *“un choix”* de sa part, malgré la difficulté engendrée. Il a été rapporté lors d’un autre entretien *“qu’il soit placé que lorsque cela sera nécessaire”*.

## **5. Discussion**

Comprendre la nature et les différentes problématiques liées à la gestion médicamenteuse peut être très utile pour les différents professionnels de santé dans le but de venir en aide plus précocement aux proches aidants. Dans cette étude, un état des lieux des proches aidants et aidés a été effectué, les différentes missions et problématiques rencontrées par les aidants ont été étudiées et l'analyse de la complexité médicamenteuse des ordonnances a été réalisée, afin de déterminer les potentielles populations types à cibler directement au comptoir d'une pharmacie d'officine.

### **Limites et biais de l'étude**

Cette étude a inclus un faible effectif de proches aidants, rendant difficile la généralisation des résultats à une population plus large. Le type de recrutement, effectué uniquement au comptoir en pharmacie, bien que volontaire afin d'identifier la place du pharmacien d'officine, permet difficilement d'obtenir un grand nombre de sujets à inclure.

La constitution de l'échantillon n'ayant pas été effectuée par tirage au sort pourrait être sujette à un biais de sélection et pourrait expliquer le nombre important de femmes aidantes incluses dans nos travaux (73,8%). Néanmoins, les résultats des enquêtes "CARE" (53) et "Handicap-santé" (54) et une étude brésilienne (63) montrent le même dynamisme général. Il est à noter qu'un biais de désirabilité sociale de la part des participants peut être suspecté puisque le formulaire a été écrit par des étudiants en pharmacie et les entretiens ont également été menés par ces derniers.

### **Un réel besoin d'aide exprimé par les proches aidants**

En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la dépendance, les proches aidants sont impliqués dans des soins de plus en plus nombreux et complexes, sans formation préalable pour la plupart. Les entretiens et les réponses du formulaire de notre étude ont mis en évidence des aidants très impliqués dans la prise en charge médicamenteuse. Les 6 missions listées dans le formulaire (planifier les rendez-vous



médicaux, accompagner aux rendez-vous médicaux, récupérer les médicaments à la pharmacie, gérer le stock de médicaments à la maison, remplir le pilulier, administrer les médicaments) étaient toutes réalisées par quasiment 50% des aidants (de 47.6% à 97.6% selon les missions).

La présente recherche a montré que 45,2% des aidants exprimaient au moins un besoin d'aide concernant leur implication dans la prise en charge médicamenteuse de leur proche. Cette proportion considérable, reflet d'un réel besoin des proches aidants, nécessite d'être prise en considération.

Une étude britannique suit le même dynamisme que notre recherche. Cette étude s'est intéressée à ce sujet, montrant que 67% des proches aidants avaient exprimé au moins un problème dans leur(s) mission(s) réalisée(s) en lien avec la gestion médicamenteuse (65). Bien que ce pourcentage ne puisse être comparé en l'état avec notre étude en raison des critères de recueil des besoins différents, un réel besoin d'aide est exprimé par les aidants en France et à l'international.

### **La gestion des rendez-vous médicaux, la gestion du stock de médicaments et la planification des prises médicamenteuses : trois principales thématiques problématiques**

Récupérer les médicaments des personnes aidées à la pharmacie constituait la principale mission effectuée avec 97,6% d'aidants, résultat prévisible puisque les proches aidants ont été inclus au comptoir de l'officine. Cette mission était cependant perçue comme la moins problématique, puisque seuls 12,2% exprimaient une difficulté sur ce point. L'implication des pharmaciens officinaux apportant déjà diverses solutions, citées également dans les entretiens, telles que la livraison des traitements à domicile (65), la préparation des ordonnances en amont par appel téléphonique de l'aidant, l'envoi des ordonnances sur le site internet de la pharmacie et la présence d'une boîte aux lettres à ordonnances, peut expliquer cette faible proportion d'aidants nécessitant de l'aide sur ce point.

La gestion des rendez-vous médicaux (planification et accompagnement) et la gestion du stock de médicaments constituent les autres principales missions avec respectivement 88,1% et 78,8% des proches aidants concernés. Il est à noter que ce sont les activités considérées comme les plus problématiques avec respectivement 31,6% et 27,0% de proches aidants en difficulté, problématiques identiques retrouvées dans l'étude de Travis & al (67) et dans une étude britannique (65). Dans cette étude, lors des entretiens, plusieurs aidants ont mentionné l'aspect chronophage de ces missions, et qu'une organisation importante était nécessaire plus particulièrement pour les aidants actifs professionnellement. Contrairement à l'étude de Travis & al (67), et bien que mentionné à plusieurs reprises dans les entrevues, aucun lien statistiquement significatif entre ces problématiques et une activité professionnelle n'a été retrouvé. La gestion des rendez-vous médicaux peut être facilitée d'une part par une visite à domicile du médecin traitant, comme souligné par un proche aidant lors d'un entretien et d'autre part à l'aide d'outils dédiés tels qu'un agenda spécifique, ou la mise en place de rappels téléphoniques suggérés par le pharmacien.

La gestion du stock de médicaments, considérée comme problématique par 29% des aidants, est retrouvée dans l'étude de Travis & al. comme étant la plus problématique, toutes missions confondues (67). Aspect très souvent observé lors de la pratique officinale au comptoir, il n'est pas rare d'être confronté à un aidant demandant un renouvellement précoce ou au contraire tardif des médicaments de son proche, signe d'une difficulté de gestion du stock. Des erreurs de prise par le proche aidé, ou encore l'absence d'intervention d'aide extérieure, notamment des infirmier(e)s peuvent expliquer ce phénomène. Le pharmacien doit donc faire preuve d'une vigilance accrue dans la surveillance des renouvellements et des dépannages médicamenteux en s'aidant d'outils mis à sa disposition tels que le logiciel de la pharmacie ou encore l'accès au Dossier Pharmaceutique (DP). Il peut également suggérer des solutions adaptées

aux modes de vie de l'aidant et de l'aidé telles que des piluliers journaliers ou hebdomadaires afin de faciliter la gestion du stock de médicaments.

La planification des prises médicamenteuses considérée comme une difficulté par 25,0% des proches aidants dans notre étude, est également retrouvée comme une des principales problématiques (22%) dans l'étude menée par Travis & al (67). Des paramètres tels que la présence d'une activité professionnelle (N = 23 ; 54,8% dans notre étude et non statistiquement significatif avec le besoin d'aide exprimé), les différentes tâches et missions quotidiennes relatives à sa vie de famille ainsi que la distance géographique avec l'aidé, peuvent expliquer ce fait. Les conjoints prenant potentiellement leurs traitements médicamenteux en même temps que l'aidé pourraient exprimer également moins de difficultés sur la planification des prises médicamenteuses contrairement aux enfants aidants, prédominants dans notre étude. Décaler certaines prises médicamenteuses si la galénique ou les modalités de prise le permettent peut être une solution proposée par les pharmaciens pour les aidants en difficulté sur cette thématique. Par conséquent, questionner les aidants sur leur organisation concernant les prises médicamenteuses permettraient d'améliorer leur qualité de vie.

Les missions relatives à l'administration des médicaments et le remplissage du pilulier étaient les missions les moins réalisées par les proches aidants dans notre étude avec respectivement 47,6% et 54,8% des proches aidants concernés. La proportion de seniors bénéficiant d'une aide mixte et notamment d'un(e) infirmier(e) (67,7%) peut expliquer cette observation. Néanmoins, ces thématiques étaient problématiques pour respectivement 22,2% et 20,8% de proches aidants. Le manque d'informations données par les professionnels de santé concernant la galénique des médicaments, les techniques d'injection parfois difficiles, et des piluliers potentiellement inadaptés peuvent expliquer ces observations. Par conséquent, le pharmacien doit s'assurer que les informations sur les médicaments sont à la fois fournies et comprises par l'aidant. Un service de réalisation de pilulier, la communication sur des cabinets infirmiers existants

à proximité et la mise à disposition de la liste des médicaments écrasables/sécables (68) peuvent être des solutions proposées par les pharmaciens pour limiter les aidants en difficulté sur ces thématiques.

La gestion des ordonnances de plusieurs prescripteurs était considérée comme la deuxième mission la moins problématique avec seulement 18,4% des aidants concernés. Un prescripteur unique retrouvé chez 50% des bénéficiaires de soins dans notre étude peut expliquer ce fait. Toutefois, un service de conservation des ordonnances renouvelables ainsi que d'annoter la date de fin d'échéance des ordonnances peuvent être suggérés par les pharmaciens afin de venir en aide à cette population.

### **Le MRCI : un outil limité pour identifier les proches aidants en difficulté**

Dans nos travaux, aucun lien statistiquement significatif n'a été observé entre la complexité du traitement médicamenteux analysée via le MRCI et l'expression d'au moins un besoin d'aide de la part de l'aidant ; ni entre cette complexité et le score final des besoins soulevés par les proches aidants (score SOLO). Aucun lien entre le score MRCI et la demande d'un entretien par le proche aidant n'a été retrouvé.

En suivant nos résultats, il semble donc difficile de se baser sur la seule évaluation du MRCI pour cibler au comptoir les proches aidants en difficulté et sélectionner ceux nécessitant en priorité un soutien. L'établissement d'un seuil MRCI à partir duquel il serait primordial d'intervenir ne paraît pas adapté. L'approche est plus complexe et multifactorielle, puisqu'elle dépend de paramètres inhérents à l'aidant tels que ses capacités d'organisation, de gestion, son caractère et sa manière de réagir à une situation donnée.

Contrairement à notre étude, les travaux menés par Travis & al. ont permis de mettre en évidence un ensemble d'associations entre l'échelle FCMAHS et les caractéristiques des proches aidants et aidés ainsi qu'entre cet outil et la complexité du régime

médicamenteux (67). Une association linéaire entre les scores des problématiques liés à l'administration des médicaments (issus de l'échelle FCMAHS) et la complexité médicamenteuse déterminée via l'outil MRCI a été observée (69). Ainsi, une plus grande complexité des ordonnances était associée à un score de problématiques plus élevé.

La différence dans le recueil des problématiques selon l'étude menée ainsi que l'écart important entre les valeurs de la complexité médicamenteuse calculées dans l'étude de Travis & al. (moyenne de 13,29 ; écart-type de 9,13) (69) et dans notre étude (moyenne de 33,2 ; écart-type = 14,5) pourraient expliquer ces divergences. Une différence d'âge moyen entre les deux études est à souligner, la moyenne d'âge des bénéficiaires de soins s'élevant à 77,8 ans dans l'étude de Travis & al. et à 82,8 ans dans notre étude pourrait également expliquer cette dissemblance. De plus, la différence dans les pratiques américaine et française relatives aux prescriptions pourraient être la cause de cette disparité dans les valeurs du MRCI. Une étude française corrobore nos résultats (moyenne de 33,2 ; écart-type = 14,5) puisque la moyenne du MRCI de cette étude s'élevait à 35,2 avec un écart-type de 12,3 (48).

### **Le formulaire : un outil pour le pharmacien officinal**

Le formulaire, outil de détection élaboré pour cette étude, a permis de montrer une association entre le besoin d'aide exprimé par les proches aidants et leur ressenti sur leurs connaissances générales concernant leurs missions (p-value = 0.0011).

Par conséquent, une question simple et générale, telle que "Avez-vous l'impression d'avoir assez d'informations concernant vos missions de proche aidant ?" posée directement à l'aidant pourrait permettre de détecter cette population en difficulté et de guider les professionnels de santé.

Notre étude a montré que d'une part, 26,1% (N = 6) d'aidants n'exprimant pas de besoin souhaitaient un entretien individuel avec le pharmacien, et d'autre part que de nouvelles problématiques ont été rapportées par les aidants lors des entretiens. Ainsi, le formulaire ne permettant pas une identification de profil type de proches aidants ayant besoin

d'aide, constitue néanmoins un support intéressant pour engager la conversion au comptoir de l'officine.

Le simple fait d'aborder le sujet constitue déjà une première étape. Néanmoins, de nombreux aidants ne se considérant pas comme tel et ne connaissant pas le terme, comme constaté dans les entretiens, ne s'identifieront pas. Certaines conjointes aidantes sollicitées au comptoir ont refusé de participer à l'étude puisqu'elles ne se considéraient pas comme proches aidantes malgré leur implication dans la prise en charge médicamenteuse de leur conjoint.

Par conséquent, le formulaire à distribuer à l'officine peut amener les aidants à s'interroger, et les inciter à échanger sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

### **Une variabilité et une multiplicité des besoins des proches aidants**

Dans notre étude, la nécessité d'une aide extérieure supplémentaire malgré les aides existantes a été rapportée. Une tendance d'association ( $p$ -value = 0.0541), appréciant les aides extérieures perçues par le proche aidé et le besoin d'aide exprimé par les proches aidants, suggère que les aides extérieures perçues ne suffisent pas. Malgré l'implication importante de l'entourage et des professionnels, un tiers de l'ensemble des adultes aidés déclarerait avoir besoin d'une aide humaine supplémentaire d'après les enquêtes "*Handicap-Santé*" (54).

Lors de l'analyse des entretiens, les proches aidants ont spontanément rapporté un épuisement moral et physique. Cette thématique psycho-sociale a fait l'objet de nombreuses études internationales (56) (57).

Une vision hétérogène des aidants concernant les connaissances générales autour de leurs missions et l'accès à l'information a été constatée. Le statut de proche aidant, reconnu administrativement, ainsi que les différentes formations, associations (*France Alzheimer* et *Association Française des Aidants* par exemple) et aides existantes telles que le congé du proche aidant ou encore le droit au répit (70), restent pour la plupart étrangers. Diffuser et communiquer autour de ces thématiques permettrait aux aidants

de pouvoir déléguer et d'être soulagés afin de limiter les surmenages psycho-sociaux souvent observés.

### **La place du pharmacien dans l'accompagnement des aidants**

Le pharmacien d'officine, professionnel de santé expert du médicament, joue non seulement un rôle important concernant la dispensation, la sécurité, l'optimisation et la surveillance du médicament pour éviter les risques iatrogéniques, mais également un rôle important dans le parcours de soins de par son accessibilité et sa disponibilité.

En faisant preuve d'écoute active, et par son contact très régulier avec sa patientèle, le pharmacien d'officine bénéficie d'une position privilégiée pour identifier les proches aidants et joue un rôle important dans l'aide et l'accompagnement de ces personnes.

Dans notre étude, le manque d'informations perçu par les proches aidants peut potentiellement révéler un manque de formation des professionnels de santé concernant les différents outils et aides à communiquer aux aidants (71) (72). Au vu du nombre d'aidants en difficulté et de leur augmentation prévisible dans les prochaines décennies, il paraît nécessaire et important aux pharmaciens et aux professionnels de santé de pouvoir accompagner cette population. Par conséquent, intégrer la thématique des aidants dans le cursus universitaire actuel permettrait aux futurs pharmaciens de pouvoir guider et orienter plus précocement les aidants en difficulté.

Connaître les différentes aides, ressources, associations a changé notre pratique officinale. Ainsi, prendre quelques minutes au comptoir de l'officine avec un aidant permet d'identifier ses difficultés, et lui permet de se confier, de se renseigner et d'être accompagné. Ce sont les raisons pour lesquelles nous invitons tous les professionnels de santé à s'intéresser au sujet et notamment à se former dans le but d'accompagner cette population d'aidants.

Les retours des proches aidants concernant le formulaire ont été très positifs, et tous ont apprécié l'implication du pharmacien. Le formulaire, rempli à domicile ou au comptoir de l'officine par l'aidant, constitue un outil de détection applicable et réalisable dans une

pharmacie d'officine puisqu'il ne nécessite pas de matériaux spécifiques et qu'il peut être distribué par toute l'équipe officinale.

Les échanges effectués pendant les entretiens individuels ont été très intéressants et enrichissants tant pour le pharmacien que pour les aidants. L'aspect psychosocial, thématique importante dégagée lors des entrevues, est un point que le pharmacien doit également prendre en compte. Non seulement le pharmacien s'intéresse aux difficultés pouvant être rencontrées sur le domaine médicamenteux mais il peut proposer également un soutien, une écoute active et un accompagnement sur la sphère psychosociale et doit être en mesure de réorienter l'aidant vers un spécialiste s'il considère que la situation le nécessite.

Communiquer au sein de l'officine sur la thématique des aidants à l'aide d'affiches ou de posters, peut être en sus des solutions simples et applicables à mettre en place (71) (73). Communiquer également en inter-professionnalité constitue un enjeu majeur. Pour un suivi et un parcours de soins optimal, une démarche pluri-professionnelle est requise. Malgré des avancées considérables sur la collaboration entre les professionnels de santé, il est probablement impossible de proposer une prise en charge sans aucune problématique perçue par les aidants. Cela est particulièrement vrai lorsque l'on s'attend à ce que les aidants effectuent des missions de plus en plus complexes et diversifiées. Par conséquent, en sachant que presque la moitié des proches aidants exprimait au moins un besoin d'aide et que des difficultés ont été rapportées pour toutes les missions, il paraît nécessaire et important d'intervenir afin d'apporter des solutions adaptées.

L'évaluation globale des besoins des proches aidants comprenant la sphère psychosociale ou encore l'évaluation du niveau de formation des professionnels de santé sur l'accompagnement des proches aidants, mais également l'impact de la distance géographique entre l'aidant et l'aidé dans sa prise en charge seraient certainement des domaines intéressants pour les recherches futures avec des échantillons plus grands.



## **6. Conclusion**

**THÈSE SOUTENUE PAR** : Marine CACERES-COBOS et Lise MARIAT

**TITRE** : DÉTECTION EN PHARMACIE D'OFFICINE DES BESOINS DES PROCHEs AIDANTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

### **CONCLUSION :**

La prise en charge des proches aidants des sujets âgés est aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique en raison du vieillissement de la population française et de l'augmentation de la dépendance de la population gériatrique. L'optimisation de la prise en charge des proches aidants par les professionnels de santé devient un objectif majeur afin de les soulager et de les guider dans leurs missions. Des recherches antérieures portant sur les difficultés rencontrées par les proches aidants ont révélé que la gestion médicamenteuse est une thématique pouvant être problématique.

Cette étude a pour objectif principal de détecter et de déterminer le nombre de proches aidants exprimant un besoin d'aide sur les missions qu'ils effectuent concernant la prise en charge médicamenteuse de l'aidé et de décrire les principales problématiques qu'ils rencontrent. La recherche d'un lien entre la complexité des prescriptions médicamenteuses du séniör et les besoins des proches aidants a été explorée.

Cette étude prospective et observationnelle a été menée au sein de deux pharmacies d'officine situées en Isère et en Savoie entre décembre 2021 et juin 2022 sur un échantillon de 42 proches aidants majeurs s'occupant d'une/de personne(s) âgée(s) de plus de 60 ans prenant au moins un médicament sur ordonnance et dépendant du proche pour effectuer certaines activités.

Un formulaire à l'attention des proches aidants a été élaboré et diffusé au comptoir de l'officine dans le but de recueillir leurs besoins et problématiques rencontrés. Les ordonnances des bénéficiaires de soins ont été collectées afin d'analyser la complexité

médicamenteuse. Pour les proches aidants le désirant, des entretiens individuels ont été réalisés en vue d'approfondir les différentes thématiques.

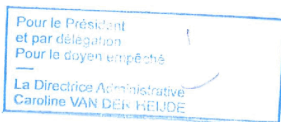
Les résultats mettent en évidence que 45,2% (N = 19) de proches aidants rapportent au moins un besoin d'aide sur les missions qu'ils effectuent. Les principales problématiques rencontrées comprenaient la gestion des rendez-vous médicaux, la gestion du stock de médicaments et la planification des prises médicamenteuses. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'expression d'un besoin d'aide par les proches aidants et la complexité des prescriptions médicamenteuses. L'analyse des entretiens a mis en évidence d'autres problématiques perçues par les proches aidants notamment sur le plan psycho-social.

Le pharmacien d'officine, professionnel de santé expert du médicament, est bien placé non seulement pour accompagner les aidants dans les difficultés qu'ils rencontrent sur le domaine médicamenteux, et leur proposer des solutions adaptées ; mais aussi pour leur proposer un soutien et une écoute active, de par son accessibilité et son positionnement dans le parcours de soins. Au vu du nombre d'aidants en difficulté et de leur augmentation prévisible dans les prochaines décennies, il paraît nécessaire et important de renforcer la formation des pharmaciens officinaux dans le but d'améliorer la prise en charge de cette population.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le :

5/10/22

LE DOYEN DE LA  
FACULTÉ DE PHARMACIE



Pr Michel SÈVE

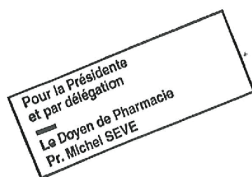
LE DIRECTEUR / LA DIRECTRICE DE THÈSE

Dr Armance GREVY  
Pharmacien Praticien Hospitalier  
CHU GRENOBLE ALPES  
Pôle Pharmacie  
N° carte section 163944-H  
N° RPPS 10101210413

Dr GRÉVY Armance

LE TUTEUR / LA TUTRICE UNIVERSITAIRE

Dr CHANOINE Sébastien



## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Organisation Mondiale de la Santé. Vieillir en restant actif : cadre d'orientation. OMS; 2002.
2. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-a-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
3. Haute Autorité de Santé. Évaluation et amélioration des pratiques : Prescrire chez le sujet âgé, HAS; 2006
4. Gimbert V, Godot C. Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Paris: la Documentation française; 2010.
5. World Health Organization. Integrated care for older people, Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
7. Institut national de la statistique et des études économiques. Tableaux de l'économie française. Insee Références; édition 2020.
8. Larbi K, Roy D. Insee Première : 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050. Institut national de la statistique et des études économiques; 2019, n°1767.
9. Service Public : le site officiel de l'administration française. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir? [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
10. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). [Internet]. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
11. Diallo C, Leroux I. L'aide et l'action sociales en France Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. Panoramas de la DRESS; édition 2020.
12. Lecroart A. Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 : Sources, méthode et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2011 n°23.
13. Institut national de la statistique et des études économiques. France, portrait social. Insee Références; édition 2019.

14. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polyathologique en soins primaires. HAS; mars 2015.
15. Ministère de l'Intérieur. Prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) par l'Assurance maladie [Internet]. [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/prise-charge-affection-longue-duree-ald-assurance-maladie>
16. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, CNAM; 2018.
17. Ministère des Solidarités et de la Santé et de la Prévention. Iatrogénie [Internet]. [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/iatrogenie>
18. Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique. Outils de priorisation en pharmacie clinique : Guide d'utilisation. OMEDIT de Normandie; 2018.
19. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS; 2005.
20. Assurance Maladie Pays de la Loire. Dossier de presse : Campagne de prévention contre l'iatrogénie médicamenteuse. Pays de la Loire; 2019;
21. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Mise au point Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Afssaps; 2005.
22. Lopez A, Compagnon C. Rapport sur la pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance. Inspection générale des affaires sociales. 2015-037R
23. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 5 mars 2003;289(9):1107-16.
24. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. La gestion des erreurs médicamenteuses [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: [https://ansm.sante.fr/page/la-gestion-des-erreurs-medicamenteuses?fbclid=IwAR0i6MHPBdtVSrr40-ePCa81KHsQOdcXj\\_f3N8E3rfUYWRX6xAXouKSM76o](https://ansm.sante.fr/page/la-gestion-des-erreurs-medicamenteuses?fbclid=IwAR0i6MHPBdtVSrr40-ePCa81KHsQOdcXj_f3N8E3rfUYWRX6xAXouKSM76o)
25. Leblanc F, Jacques-Gagnon O. Surdoses accidentelles chez la personne âgée : le flacon de comprimés mélangés. Bulletin d'information toxicologique, INSPQ. 2016;32(1):6-9.
26. Field TS, Mazor KM, Briesacher B, DeBellis KR, Gurwitz JH. Adverse Drug Events Resulting from Patient Errors in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2007;55(2):271-6.
27. Coumans C, Vandenberghe M, Fery P. Taux élevé d'erreurs de remplissage du pilulier chez des personnes âgées cognitivement saines. Geriatrie et Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2017;(15(3)):273-82.

28. Assurance Maladie. Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents (iatrogénie) [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse>
29. Andrews M. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Centre for Health Development, 2004; 5:111.
30. Wotquenne P, Petermans J, Scheen AJ. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée : que devons-nous savoir ? Rev Médicale Suisse. 2006; 2:1878-83.
31. Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, González-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well ? Br J Gen Pract. 2012;62(605):e821-6.
32. Rahmawati F. Potentiality of drug-drug interactions in hospitalized geriatric patients in a private hospital, yogyakarta, indonesia. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research. 2010; 3(3):191-194
33. Obreli-Neto PR, Nobili A, Júnior DP de L, Pilger D, Guidoni CM, Baldoni A de O, et al. Incidence and Predictors of Adverse Drug Reactions Caused by Drug-Drug Interactions in Elderly Outpatients: A Prospective Cohort Study. J Pharm Pharm Sci. 2012;15(2):332-43.
34. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. EMC - Médecine. 2005;2(2):127-36.
35. Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. Age Ageing. 2008;37(1):96-101.
36. Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. Age Ageing. 2008;37(6):673-9.
37. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015;44(2):213-8.
38. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. Un outil à jour pour la qualité de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus. Louvain Médical. 2015; 134(5):219-223
39. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Eur J Clin Pharmacol. 2007;63(8):725-31.
40. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015; 63(11):2227-46.
41. George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DCM, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. Ann Pharmacother. 2004;38(9):1369-76.

42. Okuyan B, Babi B, Sancar M, Ay P, Yücel E, Yücel A, et al. Validation of the Turkish version of medication regimen complexity index among elderly patients. *J Eval Clin Pract.* 2016;22(5):732-6.
43. Saez de la Fuente J, Such Diaz A, Cañamares-Orbis I, Ramila E, Izquierdo-Garcia E, Esteban C, et al. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Medication Regimen Complexity Index Adapted to Spanish. *Ann Pharmacother.* 2016;50(11):918-25.
44. Melchioris AC, Correr CJ, Fernández-Llimos F. Translation and validation into Portuguese language of the medication regimen complexity index. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):210-8.
45. Stange D, Kriston L, Langebrake C, Cameron LK, Wollacott JD, Baehr M, et al. Development and psychometric evaluation of the German version of the Medication Regimen Complexity Index (MRCI-D). *J Eval Clin Pract.* 2012;18(3):515-22.
46. Corsonello A, Pedone C, Lattanzio F, Lucchetti M, Garasto S, Carbone C, et al. Regimen complexity and medication nonadherence in elderly patients. *Ther Clin Risk Manag.* 2009;5:209-16.
47. Mansur N, Weiss A, Beloosesky Y. Looking beyond polypharmacy: quantification of medication regimen complexity in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2012;10(4):223-9.
48. Lo Presti C, Payan A, Berod T. Indice de complexité du traitement médicamenteux (MRCI) des patients gériatriques : un outil pour le pharmacien clinicien ? *Pharm Hosp Clin.* 2017;52(2):147-51.
49. Willson MN, Greer CL, Weeks DL. Medication regimen complexity and hospital readmission for an adverse drug event. *Ann Pharmacother.* 2014;48(1):26-32.
50. Schoonover H, Corbett CF, Weeks DL, Willson MN, Setter SM. Predicting potential postdischarge adverse drug events and 30-day unplanned hospital readmissions from medication regimen complexity. *J Patient Saf.* 2014;10(4):186-91.
51. République française. Article R245-7 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000018782122/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018782122/)
52. République française. Article L113-1-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031716507/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031716507/)
53. Besnard X, Brunel M, Couvert N, Roy D. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée : Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). Les dossiers de la DREES; 2019 n°45.
54. Soullier N, Weber A. L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Études et résultats*; 2011 n°771.
55. Leduc F. Les proches aidants en France. *Gerontol Soc.* 2020;42161(1):31-5.

56. Mollard J. Aider les proches. *Gérontologie Société*. 2009;32 / 128-129(1-2):257-72.
57. Roberto KA, Jarrott SE. Family Caregivers of Older Adults: A Life Span Perspective. *Fam Relat*. 2008;57(1):100-11.
58. Robinson C, Bottorff J, Pesut B, Zerr J. Development and Implementation of the Family Caregiver Decision Guide. *Qual Health Res*. 19 nov 2019;30:104973231988716.
59. Silva A, Teixeira H, Teixeira MJ, Freitas S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: An integrative review. *Scand J Caring Sci*. 4 janv 2013;27.
60. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden<sup>1</sup>. *The Gerontologist*. 1 déc 1980;20(6):649-55.
61. Hébert R, Bravo G, Girouard D. Fidélité de la traduction française de trois instruments d'évaluation des aidants naturels de malades déments. *Can J Aging Rev Can Vieil*. ed 1993;12(3):324-37.
62. Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. mai 1983;38(3):344-8.
63. Bierhals CCBK, dos Santos NO, Fengler FL, Raubustt KD, Forbes DA, Paskulin LMG. Needs of family caregivers in home care for older adults 1. *Rev Lat Am Enfermagem*. 6 avr 2017;25:e2870.
64. Travis SS, Bethea LS, Winn P. Medication Administration Hassles Reported by Family Caregivers of Dependent Elderly Persons. *J Gerontol Ser A*. 2000;55(7):M412-7.
65. Smith F, Francis SA, Gray N, Denham M, Graffy J. A multi-centre survey among informal carers who manage medication for older care recipients: problems experienced and development of services. *Health Soc Care Community*. 2003;11(2):138-45.
66. Travis SS, Bernard MA, McAuley WJ, Thornton M, Kole T. Development of the family caregiver medication administration hassles scale. *The Gerontologist*. juin 2003;43(3):360-8.
67. Travis SS, Greene R, McAuley WJ, Bernard MA. Differences in the Ways that Family Caregivers Experience Medication Administration Hassles. *J Aging Pharmacother*. 1 janv 2006;13(2):35-51.
68. Omedit Normandie. Liste des médicaments écrasables en partenariat avec la SFPC [Internet]. Mise à jour en mai 2022. [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <https://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>
69. Travis SS, McAuley WJ, Dmochowski J, Bernard MA, Kao HFS, Greene R. Factors Associated With Medication Hassles Experienced By Family Caregivers of Older Adults. *Patient Educ Couns*. avr 2007;66(1):51-7.
70. Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. Guide Ministériel du Proche Aidant. Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance; octobre 2021

71. McMillan SS, King MA, Stapleton H, Sav A, Kelly F, Wheeler AJ. A pharmacy carer support service: obtaining new insight into carers in the community. *Int J Pharm Pract.* 1 févr 2019;27(1):34-44.
72. Smith F, Jamieson E, O'Neill R, Craigie J, Edwards S, Soni A, et al. Supporting family carers of older people in community pharmacy: a review of guidelines and qualitative study. *Pharm Res UK.* 1 févr 2016:1-59
73. Carer Aware Project - Resources for community pharmacies. Carers Trust Wales [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://carers.org/carer-aware-project/resources-for-community-pharmacies-1>



## ANNEXES

---

## ANNEXE 1 - LE MRCI (41)

### Appendix II. Medication Regimen Complexity Index (MRCI)

#### MEDICATION REGIMEN COMPLEXITY INDEX

Patient ID: -----  
 Total no. of medications (including prn/sos medications): -----

**Instructions**

1. MRCI applies only to prescribed medications. All entries are to be made only based on information on the label or drug chart (at the time of dispensing or discharge). No assumptions are to be made based on clinical judgement.
2. There are three sections in the scale. Complete each section before proceeding to the next. At the end, add the scores for the three sections to give the MRCI.
3. If the same medication (same brand and same dosage form) is present more than once in different strengths in a regimen (e.g. Marevan 5mg, 3mg and 1 mg mdu), it is still considered as one medication.
4. In cases where the dosage is optional, choose the dosing instruction with the smallest dose/frequency. (e.g. Ventolin MDI 1-2 puffs, 2-3 times daily will get weightings for 'metered dose inhalers', 'variable dose' and 'twice daily'; but not for 'multiple units at one time')
5. In certain cases the dosing frequency needs to be calculated (e.g. Ranitidine 1mane and 1nocte is 1twice daily)
6. It is possible that with certain 'use as directed' instructions, the regimen will not get a score under dosing frequency (e.g. Prednisolone 5mg mdu)
7. If there is more than one dosing frequency direction, they should be scored for all the dosing frequency directions (e.g. Ventolin MDI 2 puffs bd and prn, will get scores for 'metered dose inhalers', 'multiple units at one time', 'twice daily' as well as 'prn')
8. Instances where two or more medications are mutually exclusive, they need to be scored twice or more as prn with the recommended dosing frequency (e.g. Ventolin MDI or Ventolin nebuliser twice daily will get scores for both 'metered dose inhalers' and 'nebuliser' under dosage forms, but needs to be scored two times for 'twice daily prn')
9. In cases where there is no matching option, choose the closest option (e.g. six times daily could be considered as 'q4h')

A) Circle the weighting corresponding to each dosage form (ONCE ONLY) present in the regimen.

	Dosage Forms	Weighting
<b>ORAL</b>	Capsules/Tablets	1
	Gargles/Mouthwashes	2
	Gums/Lozenges	2
	Liquids	2
	Powders/Granules	2
	Sublingual sprays/labs	2
<b>TOPICAL</b>	Creams/Gels/Ointments	2
	Dressings	3
	Paints/Solutions	2
	Pastes	3
	Patches	2
	Sprays	1
<b>EAR, EYE &amp; NOSE</b>	Ear drops/creams/ointments	3
	Eye drops	3
	Eye gels/ointments	3
	Nasal drops/cream/ointment	3
	Nasal spray	2
<b>INHALATION</b>	Accuhalers	3
	Aerolizers	3
	Metered dose inhalers	4
	Nebuliser	5
	Oxygen/Concentrator	3
	Turbuhalers	3
<b>OTHERS</b>	Other DPIs	3
	Dialysate	5
	Enemas	2
	Injections: Prefilled	3
	Ampoules/Vials	4
	Pessaries	3
	Patient controlled analgesia	2
	Suppositories	2
Vaginal creams	2	
<b>Total for Section A</b>		

DPI = dry-powder inhaler; MDI = metered-dose inhaler.

(continued on page 1375)

**Appendix II. Medication Regimen Complexity Index (MRCI) (continued)**

B) For each medication in the regimen tick a box [√] corresponding to the dosing frequency. Then, add the no. of [√] in each category and multiply by the assigned weighting. In cases where there is no exact option, choose the best option.

Dosing Frequency	Medications	Total	Weighting	Weighting × No. of medications
Once daily			1	
Once daily prn			0.5	
Twice daily			2	
Twice daily prn			1	
Three times daily			3	
Three times daily prn			1.5	
Four times daily			4	
Four times daily prn			2	
q 12h			2.5	
q 12h prn			1.5	
q 8h			3.5	
q 8h prn			2	
q 6h			4.5	
q 6h prn			2.5	
q 4h			6.5	
q 4h prn			3.5	
q 2h			12.5	
q 2h prn			6.5	
prn/sos			0.5	
On alternate days or less frequently			2	
Oxygen prn			1	
Oxygen <15hrs			2	
Oxygen >15hrs			3	
<b>Total for Section B</b>				

C) Tick a box [√] corresponding to the additional directions, if present in the regimen. Then, add the no. of [√] in each category and multiply by the assigned weighting.

Additional Directions	Medications	Total	Weighting	Weighting × No. of medications
Break or crush tablet			1	
Dissolve tablet/powder			1	
Multiple units at one time (e.g. 2 tabs, 2 puffs)			1	
Variable dose (e.g. 1-2 caps, 2-3 puffs)			1	
Take/use at specified time/s (e.g. mane, nocte, 8 AM)			1	
Relation to food (e.g. pc, ac, with food)			1	
Take with specific fluid			1	
Take/use as directed			2	
Tapering/increasing dose			2	
Alternating dose (e.g. one mane & two nocte, one/ two on alternate days)			2	
<b>Total for Section C</b>				

Medication Regimen Complexity = Total (A) + Total (B) + Total (C)=

DPI = dry-powder inhaler; MDI = metered-dose inhaler.

## ANNEXE 2 - ECHELLE DE ZARIT (60) (61)

### Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

#### Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

#### À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

## ANNEXE 3 - LE CSI (62)

### Caregiver Strain Index (CSI)

I am going to read a list of things that other people have found to be difficult. **Would you tell me whether any of these apply to you?** (GIVE EXAMPLES)

	Yes = 1	No = 0
Sleep is disturbed (e.g., because . . . is in and out of bed or wanders around at night)		
It is inconvenient (e.g., because helping takes so much time or it's a long drive over to help)		
It is a physical strain (e.g., because of lifting in and out of a chair; effort or concentration is required)		
It is confining (e.g., helping restricts free time or cannot go visiting)		
There have been family adjustments (e.g., because helping has disrupted routine; there has been no privacy)		
There have been changes in personal plans (e.g., had to turn down a job; could not go on vacation)		
There have been emotional adjustments (e.g., because of severe arguments)		
Some behavior is upsetting (e.g., because of incontinence; . . . has trouble remembering things; or . . . accuses people of taking things)		
It is upsetting to find . . . has changed so much from his/her former self (e.g., he/she is a different person than he/she used to be)		
There have been work adjustments (e.g., because of having to take time off)		
It is a financial strain		
Feeling completely overwhelmed (e.g., because of worry about . . . ; concerns about how you will manage)		
<b>Total Score</b> (Count yes responses. Any positive answer may indicate a need for intervention in that area. A score of 7 or higher indicates a high level of stress.)		

Robinson, B. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38:344-348. Copyright © The Gerontological Society of America. Reproduced by permission of the publisher.

Permission is hereby granted to reproduce this material for non-for-profit educational purposes only, provided **The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing, New York University** is cited as the source. Available on the internet at [www.hartfordign.org](http://www.hartfordign.org). E-mail notification of usage to: [hartford.ign@nyu.edu](mailto:hartford.ign@nyu.edu).

ANNEXE 4 - ECHELLE FCMAHS (66)  
**Family Caregiver Medication Administration Hassles Scale**

*(Caregivers were instructed to rate each of the following tasks associated with managing medications for a care-recipient on a scale from 0 = “not a hassle” to 5 = “one of the worst of all hassles”)*

Subscale	Item
Subscale 1: Information Seeking/Information Sharing (9 items)	Knowing what to do if an emergency occurs Finding clear information about the medication Knowing why a medication is being given and if it is having the desired effect Being comfortable talking to the doctor about medications Having someone available to answer questions Getting information within a reasonable time frame Feeling comfortable about making medication decisions Knowing what questions to ask the physician Understanding the directions and information I am given
Subscale 2: Scheduling Logistics (7 items)	Giving medications on time Scheduling multiple medications throughout the day Arguing with the care-recipient about when to take medications Working medication schedules into my daily routine Coordinating my medication schedules with those of the care-recipient Sharing the responsibility with the care-recipient for keeping medication schedules
Subscale 3: Safety Issues (5 items)	Remembering to give medications according to schedule Admitting to the physician or others that I made a mistake Knowing when to hold, increase, decrease a dose or discontinue the medication Understanding when medications can be crushed, mixed, dissolved, etc. Recognizing adverse (bad) side effects
Subscale 4: Polypharmacy (3 items)	Knowing how to give medication safely Keeping medication prescriptions filled Planning ahead to keep prescriptions filled over weekends and holidays Managing medication prescriptions written by multiple physicians

## ANNEXE 5 - LE FORMULAIRE

Ce questionnaire a pour but d'identifier vos éventuels besoins en tant qu'aidant concernant les missions autour de la gestion des médicaments de votre proche.



### Quelques informations vous concernant :

**Sexe :**

- Homme  
 Femme

**Age :**

**Lien de parenté avec mon proche :**

- Conjoint/Conjointe  
 Enfant  
 Frère/Sœur  
 Parent  
 Autre : .....

**Activité professionnelle :**

- Oui  
 Non

**Je parle couramment français :**

- Oui  
 Non

**Domicile :**

- Partagé avec mon proche  
 Séparé de celui de mon proche

**Missions réalisées pour mon proche :**

- Renouveler/Planifier les rendez-vous médicaux  
 L'accompagner aux rendez-vous médicaux  
 Récupérer les médicaments à la pharmacie  
 Gérer le stock de médicaments à la maison  
 Remplir le pilulier  
 Administrer les médicaments à mon proche  
 Autre (précisez) : .....

**Avez-vous été formé ou conseillé pour être proche aidant ?**

- Oui, précisez : .....  
.....  
 Non

### Quelques informations concernant votre proche :

**Sexe :**

- Homme  
 Femme

**Age :**

**Je parle couramment français :**

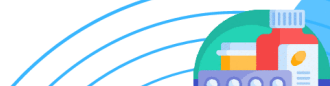
- Oui  
 Non

**Lieu d'habitation :**

- Domicile individuel  
 Foyer logement  
 EHPAD  
 Autre (précisez) : .....  
.....

**Aides existantes :**

- Oui (si oui, précisez)  
o Infirmier(e)  
o Aide-ménagère  
o Auxiliaire de vie sociale  
o Autre (précisez) : .....  
.....  
 Non



Évaluez chacune de ces propositions à l'aide de l'échelle suivante :

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    

**1 De manière générale, j'ai l'impression d'avoir assez d'informations pour effectuer mes missions de proche aidant**

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord

—————  —————  —————

**2 La gestion des rendez-vous médicaux de mon proche est problématique pour moi**

( exemple : repérer la date de validité de l'ordonnance afin de prendre rendez-vous chez le médecin, anticiper les rendez-vous chez les spécialistes etc.)

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    

**3 La gestion des ordonnances de différents prescripteurs de mon proche est problématique pour moi**

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    

**4 Récupérer les médicaments à la pharmacie pour mon proche est problématique pour moi**

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    

**5 La gestion du stock de médicaments de mon proche est problématique pour moi**

(Exemple : suivre les ordonnances pour avoir assez de médicaments sans excès)

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    

**6 Planifier la prise des médicaments à différents moments de la journée est problématique pour moi**

(Exemple : planifier les prises de médicaments du matin, midi et soir, savoir à quel moment donner le médicament)

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    

**7 J'ai l'impression d'avoir assez de connaissances concernant l'administration des médicaments à mon proche**

(Exemple : est-ce que la gélule peut-elle être ouverte ou le comprimé écrasé, le pilulier est-il bien adapté aux médicaments de mon proche, la manipulation des comprimés ou gélules est-elle problématique pour moi, en cas d'utilisation de stylo injectable, est-ce difficile pour moi de réaliser les injections)

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    



**8 La mission de remplir le pilulier de mon proche est problématique pour moi**

Pas du tout d'accord    Pas d'accord    D'accord    Tout à fait d'accord    Je n'effectue pas cette mission

—————  —————  —————    



Pour terminer, souhaitez-vous que l'on prenne le temps d'aborder ces thématiques ensemble lors d'un entretien ?

Oui     Non



Nous vous remercions pour votre temps consacré.





## ANNEXE 6 - CONSENTEMENT DE PARTICIPATION



### CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

<b>Titre identifiant la recherche :</b> Détection besoins proche-aidant en officine	
Etude réalisée par MARIAT Lise et CACERES Marine Coordonnées : <a href="mailto:theseofficinale@gmail.com">theseofficinale@gmail.com</a>	Etude encadrée par : - GIBERT Prudence, Pharmacien praticien hospitalier au CHU Grenoble-Alpes - GREVY Armance, Pharmacien assistant hospitalier au CHU Grenoble-Alpes - ALLENET Benoit, Professeur des universités-praticien hospitalier au CHU Grenoble-Alpes

Je soussigné(e), Mme, M. ....  
accepte librement de participer à la recherche qui m'est proposée par CACERES Marine et MARIAT Lise, étudiantes en 6ème année de pharmacie à l'Université Grenoble Alpes.

En signant ce consentement, vous acceptez les conditions ci-dessous :

- J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant l'objectif de cette recherche, la façon dont elle va être réalisée et ce que ma participation va impliquer ;
- Je peux demander toutes informations complémentaires ;
- J'ai compris que ma participation est libre et que je pourrai interrompre ma participation à tout moment, sans encourir la moindre responsabilité et préjudice pour la qualité des soins qui me seront prodigués ;
- J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement informatisé ;
- J'accepte que les données pourront donc être transmises à des partenaires, sous une forme qui ne permettra pas mon identification directe ou indirecte ;
- J'accepte que les données pourront également être utilisées lors de recherches ultérieures pour des fins scientifiques ; en cas de retrait de consentement et sauf précision de ma part, les données collectées jusqu'à cette date pourront être utilisées ;
- Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

<b>PROCHE-AIDANT VOLONTAIRE :</b> Nom : Prénom : Date : Signature du volontaire	<b>PROCHE AIDÉ VOLONTAIRE :</b> Nom : Prénom : Date : Signature du volontaire	<b>INVESTIGATEUR :</b> Nom : Prénom : Date : Signature de l'investigateur
---	---	---

# ANNEXE 7 - LETTRE D'INFORMATION



## LETTRE D'INFORMATION

**Titre identifiant la recherche :** Etude d'un outil de détection des besoins des proches-aidants en officine liés à la gestion des médicaments et analyse d'une corrélation entre la complexité des ordonnances et le nombre de besoins soulevés.

**Titre court :** Détection besoins proche-aidant en officine

Cette lettre a pour but de vous informer que dans le cadre de notre projet de recherche, nous souhaitons récupérer des données concernant votre(vos) prescription(s) médicamenteuse(s) issue(s) de votre médecin généraliste et/ou spécialiste(s). Nous souhaitons ainsi recueillir votre consentement quant à la consultation de ces données.

Madame, Monsieur,

MARIAT Lise et CACERES Marine, deux étudiantes en 6ème année de pharmacie étudiant à la faculté de pharmacie à Grenoble, vous proposent de participer à une recherche concernant les besoins des proche-aidants autour de la gestion des médicaments et la complexité médicamenteuse des ordonnances des personnes aidées.

Cette recherche est encadrée par GIBERT Prudence, Pharmacien praticien hospitalier au CHU de Grenoble et GREVY Armance, Pharmacien assistant au CHU de Grenoble. Un Professeur des universités-praticien hospitalier ALLENET Benoit, supervise également cette recherche.

### DESCRIPTIF DE L'ÉTUDE

Cette étude consiste en l'identification des besoins et des problématiques des proches-aidants effectuant des missions autour de la gestion des médicaments de leur(s) proche(s) âgés de plus de 60 ans et prenant au moins un médicament sur ordonnance.

Lors de ce projet de recherche, l'(es) ordonnance(s) du proche aidé sera(ont) récupéré(es) pour analyser la complexité de celle(s)-ci basée sur trois critères principaux : la forme d'administration des médicaments mentionnés sur l'ordonnance, leur fréquence d'administration et enfin la présence ou non de directives additionnelles mentionnées par le médecin.

In fine, une analyse sera menée pour démontrer s'il existe une corrélation entre la complexité des prescriptions médicamenteuses et le nombre de problématiques évoquées par le proche-aidant.

#### Déroulé chronologique de l'étude :

Cette étude débutera par l'identification des proches-aidants au comptoir, avec par la suite, la distribution d'un questionnaire présenté sous forme de flyer et cette lettre d'information.

Des données concernant le proche-aidant et le proche aidé seront recueillies grâce aux réponses du questionnaire. Pour ce qui est des ordonnances du proche aidé, celles-ci seront récupérées par l'intermédiaire du logiciel de la pharmacie ou par l'intermédiaire du proche-aidant.

Par la suite, un entretien individuel personnalisé sera proposé au proche aidant pour approfondir les



besoins et problématiques évoqués dans le questionnaire et aborder des pistes d'outils et de solutions possibles.

Le recueil de données de cette étude sera réalisé de décembre 2021 à mai 2022.

### CONFIDENTIALITE DES DONNEES

Dans le cadre de la recherche à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats au regard de l'objectif de l'étude qui vous a été présenté. A cette fin, les données personnelles et médicales obtenues seront anonymisées, analysées et présentées dans une thèse de fin d'étude. Par conséquent, les données ne permettront pas de remonter à l'identité des personnes participantes.

Le traitement des données a pour fondement juridique l'article 6.1.e du règlement UE 2016/679 (Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)) c'est-à-dire l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable de traitement. De plus, au titre de l'article 9.2.j du RGPD le responsable de traitement peut de manière exceptionnelle traiter des catégories particulières de données, incluant des données de santé notamment à des fins de recherche scientifique.

Il est à noter que les données pourront également être transmises aux autorités de santé françaises ainsi qu'à d'autres constitutions du CHU Grenoble Alpes, tout en respectant confidentialité et anonymat.

Cette lettre vous informe de cette étude, et vous pouvez être inclus dans l'étude sans obligation et sans opposition de votre part.

### VOS DROITS

Vous disposez d'un droit :

- d'accès et de rectification de vos données
- d'opposition à l'utilisation et la transmission de vos données
- à la suppression de vos données et du droit à l'oubli
- à la limitation de l'utilisation de vos données

### COMMENT PARTICIPER À L'ÉTUDE ?

Si vous souhaitez participer à l'étude, il vous suffit de remplir et de signer le formulaire présent à la fin de ce document. Ce document sera à rapporter en même temps que le questionnaire distribué.

### VOS CONTACTS

Pour toutes questions sur l'étude, vous pouvez nous contacter via les adresses mail suivantes :

[theseofficinale@gmail.com](mailto:theseofficinale@gmail.com)

[pgibert@chu-grenoble.fr](mailto:pgibert@chu-grenoble.fr)

[agrevy@chu-grenoble.fr](mailto:agrevy@chu-grenoble.fr)

## ANNEXE 8 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS

	Proche aidant										Proche aidé					Réponses au formulaire										
	Sexe	Age	Lien	Profession	Domicile	Missions effectuées						Sexe	Age	Aide	MRCI	Médicaments	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4	Q 5	Q 6	Q 7	Q 8	Score SOLO	Entretien
						Rdv	Accompagner rdv	Pharma	Stock	Pilulier	Administration															
1	F	63	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	F	89	Oui	35	11	3	2	2	2	1	0	2	1	11	Non
2	H	60	E	Oui	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	86	Non	41,5	11	3	2	2	2	2	1	3	1	12	Non
3	F	75	C	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	79	Oui	32	11	2	3	1	1	3	1	3	2	13	Non
4	F	50	BP	Oui	Séparé	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	H	80	Oui	33,5	10	3	1	1	1	1	1	3	1	8	Non
5	F	75	C	Non	Partagé	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	H	82	Non	15,5	7		0	0	1	1	0	0	0	2	Non
6	F	64	N	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	91	Oui	41	12	3	1	1	1	1	0	0	0	4	Non
7	F	45	E	Oui	Partagé	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	F	77	Oui	58,7	13	4	1	1	1	1	1	4	1	7	Non
8	H	79	C	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	76	Non	16	6		1	1	1	1	1	1	1	10	
9	H	60	E	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	88	Oui	12	3	3	1	1	1	1	1	4	1	7	Non
10	F	75	C	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	76	Oui	25	7	2	3	3	2	3	3	3	2	18	Oui
11	F	58	E	Oui	Partagé	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	F	83	Non	19	5	3	2	2	2	2	0	0	0	8	Non
12	H	63	E	Oui	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	F	90	Oui	30	10	2	2	2	2	2	2	3	2	14	Oui
13	F	70	E	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	H	93	Oui	29	8	3	1	1	1	0	0	0	0	3	Oui
14	F	65	C	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	75	Oui	39	13	2	3	4	4	4	4	1	3	26	Non
15	F	49	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	H	84	Oui	49,5	14	2	3	2	3	0	0	2	0	11	Oui
16	F	65	C	Non	Partagé	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	H	68	Non	54,5	12	4	0	0	1	0	0	0	0	1	Non
17	F	75	E	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	98	Oui	46,5	14	4	1	1	1	1	0	0	0	4	Oui
18	F	67	E	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	96	Oui	31	9	4	1	1	1	1	1	4	1	7	Non
19	H	55	E	Non	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	87	Oui	43,5	10	3	2	2	2	2	0	0	0	8	Oui
20	F	53	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	91	Oui	52	13	3	2	2	2	4	4	2	3	20	Oui
21	F	69	C	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	70	Oui	43	12	2	3	2	2	2	3	3	2	16	Oui
22	H	46	E	Oui	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	H	82	Oui	24,5	7	3	1	1	1	1	2	4	1	8	Oui
23	F	61	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	F	87	Oui	56	17	2	3	2	2	0	0	0	0	7	Oui
24	H	45	E	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	F	76	Non	48,5	12	2	1	1	1	0	0	0	0	3	Non
25	F	83	C	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	83	Non	29	9	4	1	1	1	1	1	3	1	8	Non

26	H	48	E	Oui	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	72	Oui	55	21	3	1	2	1	1	1	4	1	8	Non
27	F	23	PF	Non	Séparé	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	80	Oui	3	1	3	0	2	1	3	2	3	2	12	Non
28	F	58	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	83	Oui	18	6	3	2	1	1	2	0	0	0	6	Non
29	H	56	E	Non	Partagé	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	82	Non	10,5	4	4	0	0	1	1	0	0	0	2	Non
30	F	73	C	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	76	Oui	38	12	3	2	2	1	1	1	4	1	9	Non
31	F	58	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	84	Oui	47	13	1	4	3	2	4	3	3	2	20	Oui
32	H	55	V	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	H	87	Oui	16,5	7	2	1	0	1	1	0	0	0	3	Oui
33	F	38	E	Oui	Sépare	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	H	76	Oui	39	13	1	3	4	3	3	2	2	3	21	Oui
34	F	59	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	F	87	Oui	19	5	2	3	3	0	3	0	0	0	9	Non
35	F	45	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	H	70	Oui	36	8	3	2	3	1	1	4	2	1	14	Non
36	F	55	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F	80	Oui	25,5	7	3	1	1	1	1	0	4	0	5	Non
37	H	65	E	Non	Partagé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	F	87	Oui	11	6	2	4	3	1	1	2	4	1	13	Non
38	F		E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	F		Oui	28	7	3	3	2	1	3	0	0	0	9	Non
39	F		E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	H		Oui	56,5	13	3	3	2	1	3	0	0	0	9	Non
40	F	58	E	Oui	Partagé	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	F	84	Oui	29	10	2	2	2	3	2	2	3	3	16	Non
41	F	57	E	Oui	Séparé	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	F	89	Oui	37	11	4	1	1	1	1	1	4	0	6	Non
42	F	58	E	Oui	Partagé	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	H	87	Oui	22	6	2	2	2	3	2	2	3	3	16	Non

Les cellules vides correspondent aux données manquantes.

Légende :

H : Homme  
F : Femme  
E : Enfant  
C : Conjoint  
BP : Beau-parent  
N : Nièce  
PF : Petite-fille  
V : Voisin

Réponses au formulaire :

0 : N'effectue pas la mission  
1 : Pas du tout d'accord  
2 : Pas d'accord  
3 : D'accord  
4 : Tout à fait d'accord

*Faculté de Pharmacie,  
Université Grenoble Alpes*



## **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(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**

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

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

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

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

DÉTECTION EN PHARMACIE D'OFFICINE DES BESOINS DES PROCHES  
AIDANTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

RÉSUMÉ :

La prise en charge des proches aidants des sujets âgés est aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique en raison du vieillissement de la population française et de l'augmentation de la dépendance de la population gériatrique. Dans la littérature, des difficultés rencontrées par les proches aidants ont révélé que la gestion médicamenteuse est une thématique pouvant être problématique.

L'étude menée dans cette thèse a pour objectif de déterminer la proportion de proches aidants exprimant un besoin d'aide sur les missions qu'ils effectuent en lien avec la prise en charge médicamenteuse, de décrire les principales problématiques qu'ils rencontrent et d'analyser le lien entre la complexité médicamenteuse et leurs besoins.

Quarante-deux proches aidants d'une/de personne(s) âgée(s) de plus de 60 ans ont été inclus au comptoir de deux pharmacies d'officine. Leurs besoins ont été recueillis à l'aide d'un formulaire élaboré pour cette étude, et d'entretiens semi-directifs.

Presque la moitié des proches aidants (N = 19 ; 45,2%) exprimaient un besoin d'aide. Les principales problématiques rencontrées comprenaient la gestion des rendez-vous médicaux, la gestion du stock de médicaments et la planification de la prise médicamenteuse. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'expression d'un besoin d'aide par les proches aidants et la complexité des prescriptions médicamenteuses.

Le pharmacien d'officine, professionnel de santé expert du médicament, est bien placé non seulement pour accompagner les aidants dans les difficultés qu'ils rencontrent sur le domaine médicamenteux, et leur proposer des solutions adaptées ; mais aussi pour leur proposer un soutien et une écoute active, de par son accessibilité et son positionnement dans le parcours de soins.

MOTS CLÉS : Proches aidants, Patients âgés, Besoins et problématiques médicamenteuses, Détection en officine, MRCI

FILIÈRE : Officine