



**L'AUTOMEDICATION
ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE
CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 70 ANS**

Analyse sociologique et repères bibliographiques

Septembre 2003

Etude réalisée par l'Observatoire régional de la santé de Franche-Comté

ORS de Franche-Comté - 3, rue RODIN - 25 000 BESANCON
Tél. : 03 81 41 12 40 - Fax : 03 81 41 12 41 - ors.fc@wanadoo.fr

Urcam de Franche-Comté - 1 bis rue DELAVELLE - 25 000 BESANCON
Tél. : 03 81 40 12 60 - Fax : 03 81 41 10 54 - franchecomte@urcam.org

A la demande de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté, l'Observatoire régional de la santé (ORS) a réalisé une étude sociologique sur les comportements d'automédication et l'observance thérapeutique des personnes âgées de 70 ans et plus. Pour se faire, l'ORS a notamment recueilli le point de vue de pharmaciens et de médecins généralistes et rencontré des personnes âgées. Nous tenons donc à remercier vivement les personnes et professionnels qui ont été sollicités et ont accepté de se prêter à la réalisation d'entretiens.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
<i>Contexte</i>	7
<i>Objectifs & méthode</i>	8
<i>Définition</i>	9
<i>Présentation des résultats</i>	9
I - AUTOMEDICATION	11
<i>L'acquisition de médicament sans ordonnance</i>	11
<i>L'automédication au sens large du terme</i>	13
<i>Le point de vue des personnes âgées</i>	16
II - OBSERVANCE THERAPEUTIQUE	17
<i>Une bonne observance déclarée...</i>	17
<i>... mais des signes d'observance</i>	
III - L'ENTOURAGE PROFESSIONNEL ET FAMILIAL DES PERSONNES AGEES	21
<i>Les réseaux médico-sociaux</i>	21
<i>Les infirmières</i>	21
<i>Le médecin généraliste et le pharmacien</i>	22
<i>Les aides à domicile</i>	22
<i>La famille et les amis</i>	22
IV - LES FACTEURS PERMETTANT DE LIMITER LES ACCIDENTS IATROGENES	23
<i>Le rôle des pharmaciens</i>	23
<i>Le rôle des médecins généralistes</i>	24
<i>La politique du médicament</i>	25
<i>Le rôle des laboratoires pharmaceutiques</i>	26
<i>Des actions concrètes</i>	26
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	31

Introduction

*« Je suis tombé par terre, c'est la faute aux effets secondaires,
me suis trouvé en surdosage, c'est la faute à mon grand âge ».*

Gérontoche

J. Ankri, *La revue Prescrire*, 1984

Contexte

Les personnes âgées constituent une population particulièrement exposées aux conséquences iatrogènes des médicaments. La consommation de médicaments peut générer, en cas de surprescription, de prise inadaptée ou d'incompatibilité entre médicaments, des chutes, des accidents de santé, des hospitalisations ainsi que des décès. Malgré l'absence d'enquête en population générale, l'ampleur de ce risque et ses conséquences en terme d'hospitalisation et de mortalité ont été démontrées par de nombreuses études épidémiologiques et de pharmacovigilance. Aujourd'hui, on estime en France, selon les études, entre 5 et 10% la part des hospitalisations de personnes âgées de plus de 65 ans liées à une intoxication médicamenteuse. Cette proportion s'élèverait à 20% chez les personnes de plus de 80 ans. On considère d'ailleurs qu'au moins un tiers de ces accidents iatrogènes pourraient être évités.

Les facteurs incriminés dans la survenue des accidents iatrogènes chez les personnes âgées sont multiples : polypathologie, polymédication, baisse de la fonction rénale pour l'élimination des médicaments, altérations des fonctions sensorielles et cognitives, rareté des essais thérapeutiques en gériatrie, mode d'administration inadéquat... A cela s'ajoutent les propres comportements des personnes âgées vis-à-vis des médicaments et notamment l'automédication, l'inobservance des traitements prescrits et leur mésusage. C'est d'ailleurs sur ces derniers facteurs que l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté a choisi d'agir pour limiter la survenue d'accidents iatrogènes souvent invalidants dans la population âgée.

Au préalable, l'Urcam a sollicité l'Observatoire régional de la santé (ORS) de Franche-Comté pour effectuer une étude permettant de mieux connaître les comportements d'automédication et d'inobservance thérapeutique chez les personnes âgées de plus de 70 ans. Ce rapport en présente les principaux résultats.

Objectifs & méthode

La mise en œuvre d'actions de prévention des accidents iatrogènes médicamenteux chez les personnes âgées nécessite de connaître les caractéristiques des comportements liés aux médicaments chez les personnes âgées, et notamment de comprendre l'automédication et l'inobservance thérapeutique.

Cette étude s'est donc donnée pour objectif de décrire ces comportements en s'appuyant sur une enquête qualitative basée sur le témoignage d'une dizaine de personnes âgées et le point de vue d'une dizaine de professionnels, pharmaciens et médecins généralistes. Une analyse bibliographique a également été menée de façon complémentaire. De là, il s'agissait d'identifier des pistes d'actions destinées à limiter la survenue d'accidents iatrogènes dans la population âgée.

21 entretiens ont été réalisés entre le 28 août et le 19 septembre 2003. Par souci de donner une dimension régionale à l'étude, les personnes interviewées habitent les 4 départements francs-comtois.

La représentativité de l'échantillon de la population étudiée n'a pas été recherchée ; il s'agissait plutôt de s'assurer de la variété des personnes interrogées et de vérifier qu'aucune situation importante pour le problème traité ne soit omise lors du choix des sujets. Les sites d'enquête sont donc : le centre-ville d'une ville de taille importante, deux quartiers à forte précarité sociale, une petite ville et deux villages de campagne. Pour chaque site, des entretiens ont généralement été réalisés auprès d'un pharmacien, d'un médecin traitant et de 2 personnes âgées de plus de 70 ans.

L'enquête auprès des professionnels a concerné 5 médecins généralistes et 6 pharmaciens. Les entretiens ont duré de 20 minutes à 1 heure, 40 minutes en moyenne. A l'exception de deux entretiens téléphoniques auprès de médecins, les entretiens se sont déroulés soit dans le bureau du pharmacien, soit dans le cabinet de consultation pour les médecins généralistes.

L'enquête auprès des personnes âgées a concerné 7 femmes et 3 hommes âgés de 70 à 82 ans (75 ans en moyenne). Les entretiens ont duré de 10 à 20 minutes. Ils se sont déroulés dans la pharmacie, dans la salle d'attente du médecin ou à proximité de ces lieux (jardins, cours). A l'exception d'un homme âgé de 72 ans, qui se déplaçait à l'aide d'une béquille, les personnes âgées recrutées pour cette enquête ne présentaient pas de pathologies très invalidantes. La plupart souffre cependant de pathologie chronique (diabète, hypertension, arthrose...). Elles ont accepté de s'entretenir avec l'enquêtrice, laquelle se présentait ou était présentée (par le pharmacien ou le médecin) comme travaillant avec le pharmacien ou le médecin généraliste sur la santé des personnes âgées et les médicaments.

Définitions

La définition de **l'automédication** retenue dans le cadre de cette enquête est l'automédication au sens large, telle que la définit le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes)*. "L'automédication consiste à faire devant la perception d'un trouble de santé, un auto-diagnostic et à se traiter sans un avis médical." "Le malade analyse ses symptômes, leur intensité, leur durée et décide en première intention de ne pas consulter un médecin, mais soit d'utiliser un médicament dont il dispose dans sa pharmacie familiale, soit d'acquérir un médicament sans ordonnance. A un sens plus restreint, c'est ce mode de traitement : l'acquisition d'un produit sans ordonnance."

Concernant **l'observance thérapeutique**, elle se définit comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu (en terme de prise de médicaments notamment) et les prescriptions ou recommandations médicales **. Au delà de cette définition se pose le problème du seuil à partir duquel on considère le patient comme non-observant : quand il prend moins de 30%, 50% ou 90% de son traitement ? Sur ce point, J. Ankri souligne dans l'un de ces articles l'absence de consensus qui existe entre les différentes études réalisées ***. Aussi, la proportion de sujets non-observants peut varier considérablement d'une étude à l'autre. Cependant, notre enquête étant qualitative, nous n'avons pas été confrontés à cette difficulté. Notre intérêt s'est davantage porté sur **le mésusage du médicament** dans son ensemble.

Présentation des résultats

Une présentation thématique des entretiens est réalisée. Pour chaque thème, les propos des professionnels et des personnes âgées sont décrits avec, en complément, un rappel des idées rencontrées actuellement sur le thème dans la littérature.

* T. Lecomte, "Chiffres de l'autoconsommation en France et à l'étranger", in *ADSP* n°27 juin 1999 Dossier "Médicament et santé publique", p. 30-31.

** CRES d'Ile-de-France, *Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Synthèse documentaire*, colloque, novembre 2001, 35 p.

*** J. Ankri, D. Le Disert, JC Henrard, "Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie. Analyse de la littérature", in *Santé publique*, 1995/12, vol. 7, p. 427-441.

I ~ Automédication

Lorsqu'il a été demandé aux médecins et aux pharmaciens de donner leur point de vue sur l'automédication de leur clientèle âgée de plus de 70 ans, 6 professionnels se sont attachés, dans un premier temps, à quantifier l'automédication au sens restreint du terme, c'est-à-dire l'acquisition en pharmacie de médicaments à prescription facultative. Les zones rurales et les quartiers à forte précarité sociale sont représentés dans cet échantillon de professionnels.

Ensuite, leur discours s'est élargi et a rejoint celui des autres professionnels pour évoquer l'automédication au sens large du terme, telle qu'elle est définie en introduction.

● L'acquisition de médicaments sans ordonnance

La première idée exprimée est que, comparé aux jeunes générations, **l'achat de médicaments à prescription facultative sans ordonnance est un comportement relativement rare chez les personnes âgées.**

En zone rurale comme en quartier "difficile", l'élément explicatif principal est **le coût du médicament**.

A la campagne, la tradition du médicament remboursé est forte à la fois au niveau économique et au niveau des représentations sociales du médicament. Comme le décrit un pharmacien en zone rurale :

"Ici, les anciens sont plutôt allergiques aux médicaments et à tout ce qui vient de la pharmacie, car ce sont des produits chimiques. Pour eux, tout ce qui est remboursé est jugé efficace tandis que tout ce qui ne l'est pas est jugé inefficace".

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) du Credes, en 2000, en un mois, 8,6% des personnes âgées de plus de 65 ans achètent un médicament sans ordonnance et 4% des médicaments acquis par les personnes âgées le sont sans ordonnance. Ainsi, alors que le taux de consommateurs de pharmacie prescrite augmente avec l'âge, l'automédication a tendance à décroître : le taux de consommateurs de pharmacie non prescrite passe de 9,3% pour les enquêtés âgés de 65 à 74 ans à 7,5% pour les 75 à 84 ans et à 6,5% seulement pour les personnes les plus âgées (85 ans et plus).

Source : Credes, Enquête ESPS 2000

En zone urbaine "difficile", un nombre important de personnes âgées ont de faibles revenus et bénéficient de la Couverture maladie universelle ; aussi, le recours à l'achat de médicaments non remboursés est le moins fréquent possible. Un nombre important de personnes âgées maghrébines vivent dans ces quartiers ; pour elles, les pharmaciens remarquent que *"la référence au médecin est obligatoire"* et qu'il n'y a pas d'automédication.

En étudiant l'origine culturelle et religieuse des comportements liés aux médicaments et en particuliers l'automédication, S. Fainzang confirme que chez les musulmans, l'automédication est rejetée, à l'inverse des protestants qui la pratiquent dans des domaines pathologiques jugés peu graves et qui la considèrent comme un moyen d'assumer une plus grande responsabilité sur sa santé. A l'opposé, les musulmans se défendent de faire de l'automédication :

"De fait, je n'ai pas vu de médicaments achetés sans ordonnance, ou sans une prescription préalable lors d'un épisode pathologique. Un intellectuel musulman déplore le fait que certains malades jouent à l'apprenti sorcier en s'automédiquant et ne s'en tienne pas à l'avis du médecin. L'idée n'est pas rare, chez les musulmans, que le mélange de médicaments est une chose dangereuse (...) susceptible d'échapper au contrôle de l'individu qui s'y livre. Ainsi, les sujets ont connaissance des dangers que comporte l'interaction médicamenteuse dans le cas de molécules incompatibles, mais ils lui attribuent des effets comme la démence, justifiant leur refus de recourir à l'automédication".

FAINZANG S.

*Médicaments et société, le patient, l'ordonnance et le médecin.
Paris : PUF, 2001. 156 p. Collection Ethnologies Controverses*

Par ailleurs, beaucoup de personnes âgées souffrent de pathologie chronique, c'est notamment le cas des personnes que nous avons rencontrées. Elles ont par conséquent des rendez-vous très réguliers chez leur médecin traitant (tous les mois ou tous les deux mois), en particulier pour le renouvellement de leur ordonnance. Ainsi, elles ont des occasions régulières de se voir prescrire sur ordonnance des médicaments, y compris des médicaments à prescription facultative. Elles n'ont donc quasiment pas besoin de se rendre à la pharmacie sans ordonnance.

♣ **Selon un premier groupe de pharmaciens et médecins généralistes, les zones rurales et les quartiers urbains "difficiles" ont ceci en commun que les personnes âgées qui se rendent en pharmacie ont quasi-systématiquement rencontré au préalable leur médecin généraliste. Elles recourent donc relativement peu à l'achat de médicament sans ordonnance. C'est ce dont témoignent également les personnes âgées que nous avons rencontrées quel que soit leur lieu d'habitation : si elles ont besoin d'un médicament, elles en font la demande au moment de leur visite chez leur médecin traitant.**

● L'automédication au sens large du terme

S'il est possible d'estimer, chez les personnes âgées, le nombre de médicaments achetés sans ordonnance, il est plus difficile de connaître le nombre de médicaments réellement consommés sans avis médical. Sur ce point, les professionnels donnent des arguments et des points de vue différents.

• Les produits consommés en automédication

L'automédication des personnes âgées peut essentiellement se caractériser, selon les professionnels, par l'abus d'anti-inflammatoires pour les rhumatismes, d'antalgiques pour les douleurs, de laxatifs pour la constipation ou de tranquillisants pour les angoisses.

Plus que les autres tranches d'âges, les personnes âgées semblent avoir intégré ces médicaments dans leur vie quotidienne et montrent des habitudes d'utilisation de ces médicaments ; ils en sont même, selon certains médecins, "les plus grands consommateurs".

Ces produits peuvent être prescrits par le médecin à l'occasion de visite ou obtenus sans ordonnance ; plusieurs boîtes peuvent être stockées dans les pharmacies familiales. "Ce stockage rassure les personnes".

Selon les professionnels, la dangerosité du surdosage de ces produits ne présente pas les mêmes risques. C'est l'abus de tranquillisants, en particulier le soir, qui est parfois présenté comme le comportement présentant le plus de risque car entraînant des troubles de l'équilibre et des chutes. Le surdosage d'antalgiques et d'anti-inflammatoires est également cité comme potentiellement dangereux.

En 2000, le Di-Antalvic®, association de 2 antalgiques, était le médicament le plus acheté en France par les personnes âgées de 65 ans et plus. Le Kardégic®, acétylsalicylique à visée thrombolytique, est en deuxième position en fréquence, suivi par le Doliprane® (paracétamol) et le Vastarel® (trimétazidine). Parmi les 30 premiers médicaments achetés, en fréquence, on trouve 6 antalgiques, 3 vasodilatateurs et 3 veinotoniques. Par ailleurs, 8 des 30 premiers médicaments sont des produits pour lesquels la Commission de Transparence a rendu un avis de "service médical rendu" insuffisant (Réévaluation du service médical rendu de 4 500 spécialités pharmaceutiques, 2001).

*L.AUBRAY, C. SERMET
Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. Un état des lieux
Gérontologie et Société n°103, déc 2002, p. 13-27*

Concernant l'aspirine, les pharmaciens pensent que les personnes âgées en connaissent bien les risques hémorragiques et particulièrement digestifs et savent dans quels cas ne pas en prendre.

- **Le remède**

Un autre argument évoqué est que chez les personnes âgées, *"l'automédication vient essentiellement d'habitude de consommation anciennes et très ancrées dans l'esprit des personnes"*. Ces habitudes, le plus souvent familiales, sont difficiles à changer, même si on est pharmacien ou médecin. Les médicaments relevant de ces habitudes sont souvent considérés comme meilleurs que ceux prescrits par le médecin lui-même.

De plus, selon les professionnels, dans l'esprit des personnes âgées : *"plus un médicament est ancien, meilleur il est puisqu'il a fait ses preuves sur la durée. Il s'agit de vieux "remèdes" qui ne sont plus ou que très peu utilisés tel que la "quintonine" (tonique) ou, pour les douleurs d'estomac et pour soigner le foie : les "pilules carter" ou "l'hépatoum". Les personnes souhaitent retrouver ces remèdes efficaces de famille qui ne sont plus vendus ou non remboursés"*.

Comme cela est montré dans un prochain paragraphe, les personnes âgées évoquent spontanément ces "remèdes" au cours des entretiens que nous avons menés auprès d'une dizaine d'entre elles.

- **Les armoires à pharmacie familiales**

En campagne, l'automédication peut apparaître limitée dans la mesure où les armoires à pharmacie familiales sont supposées contenir peu de médicaments acquis sans ordonnance. Néanmoins, les pharmaciens et les médecins traitant sont amenés à reconnaître qu'ils ne connaissent pas l'ampleur de l'utilisation de ces médicaments prescrits antérieurement. Elle est estimée comme étant plus ou moins importante selon les professionnels.

Par ailleurs, le contenu des armoires à pharmacie familiales est connu lorsqu'un professionnel intervient au domicile des personnes (infirmières, pharmaciens, médecins...). Mais lorsque les personnes n'ont pas besoin d'aide et ne reçoivent pas la visite de professionnels de santé à domicile, le contenu des armoires à pharmacie n'est pas contrôlé et le recours aux produits stockés inconnu.

En ville, le témoignage d'un médecin urgentiste montre que la consommation de médicaments prescrits antérieurement et stockés dans la pharmacie familiale n'est pas négligeable ; cette automédication a selon lui un poids important parmi les facteurs à l'origine des accidents iatrogènes médicamenteux survenant au domicile des personnes âgées.

- **Les personnes âgées "déviantes" sont connues**

En campagne, *"tout le monde se connaît"*. Le médecin généraliste et le pharmacien connaissent bien les personnes âgées de leur zone ainsi que leur famille et disent savoir lesquelles ont des comportements à risque en matière de médicaments. Pour ces personnes, les professionnels de santé adoptent des attitudes de prudence : les conseils sont notamment répétés et le nombre de boîtes de médicaments limité ... En zone rurale, médecins et pharmaciens ont toujours connaissance de quelques patients âgés pratiquant une "automédication à risque".

- **Les références profanes**

L'influence des amis ou des voisins dans l'automédication des personnes âgées est citée et critiquée par les professionnels. *"Les conseils avisés des voisins sur l'efficacité de tel ou tel médicament sont importants pour les personnes âgées, en particulier en ville, et peuvent entraîner des pratiques d'automédication"*.

Ainsi, les références des personnes âgées en matière de médicaments peuvent être non médicales. La remarque faite par un pharmacien à ce sujet est d'ailleurs intéressante à noter : *"les personnes âgées écoutent les conseils "médicaux" de leurs voisins et amis du même âge, mais surtout pas ceux de leur famille et notamment de leurs enfants. Le conflit de génération est visible dans ce domaine."*

En revanche, dans un couple de personnes âgées, la personne dont le caractère domine peut prendre le rôle de prescripteur et intervenir dans les comportements d'automédication du conjoint. Une petite phrase anecdotique est citée par un pharmacien de centre-ville : *"Je voudrais ceci pour mon mari. Si, si, je vous assure qu'il en a besoin"*.

Par ailleurs, l'automédication semble influencée par la publicité, y compris chez les personnes âgées. Ainsi, en ville comme en campagne, les publicités transmises par la boîte aux lettres ou par le biais des magazines destinés aux seniors entraînent une automédication non négligeable. Les produits achetés sans ordonnance appartiennent souvent à la gamme de produits diététiques ou de phytothérapie. La phytothérapie semble être *"un nouvel intérêt pour les personnes âgées, notamment pour soulager la douleur dans certaines maladies chroniques"*.

Un problème se pose quand ces produits ne sont ni prescrits par le médecin traitant, ni assortis des conseils du pharmacien. Les produits sont alors obtenus par correspondance à l'aide de bons publicitaires disponibles dans les revues pour seniors. Dans ce cas, les coûts des produits tels que la "Gelée Royale" peuvent être *"exorbitants"*. Le risque majeur est que certaines personnes âgées arrêtent leur traitement habituel pour le remplacer par les produits achetés par correspondance et sans avis médical de leur médecin traitant. Des risques d'interaction avec les traitements habituels sont également mentionnés. Ces comportements sont révélés par les visites à domicile car les personnes concernées n'informent généralement ni le pharmacien, ni le médecin traitant.

A cela, s'ajoute l'impact des publicités télévisuelles de médicaments auxquelles sont sensibles certaines personnes âgées. Pour la campagne, l'opinion la plus répandue est que *"les anciens"* ne sont pas sensibles aux publicités télévisuelles. Ce n'est pas toujours le cas en ville où certaines personnes âgées ont des comportements de *"consommateurs"* face aux médicaments : *"la pharmacie est l'épicerie et le pharmacien l'épicier"*. Toutefois, cette façon de penser se rencontre plus souvent parmi les jeunes générations que chez les personnes âgées. Il est à noter qu'un pharmacien cite l'exemple d'une personne âgée citadine qui *"vient quasiment tous les jours acheter un produits pharmaceutique : une boîte de paracétamol, de pansements... comme elle va acheter sa baguette de pain."* L'interprétation du pharmacien se fait en terme de "consommation médicamenteuse", mais il faut peut-être y voir un manque de relation sociale et une recherche de contact.

▲ Les entretiens montrent que la plupart des professionnels rencontrés ont tendance à sous-estimer *a priori* l'automédication des personnes âgées. Leur discours commence généralement par minimiser le phénomène pour ensuite détailler différents comportements qui montrent que l'automédication au sens large existe bien chez les personnes âgées.

Seuls 2 professionnels, un pharmacien citadin et un médecin urgentiste ont considéré d'emblée l'automédication des personnes âgées comme un facteur explicatif des accidents iatrogènes médicamenteux graves.

● Le point de vue des personnes âgées

A la question "Vous arrive-t-il de prendre des médicaments qui ne vous sont pas prescrits par votre médecin ?", les personnes âgées ont tout d'abord répondu "non" à l'unanimité. Les personnes rencontrées se présentent généralement comme de "bons patients", suivant strictement les prescriptions faites par leur médecin traitant ainsi que les conseils du pharmacien.

Toutefois, après cette première réponse négative, les personnes citent des produits qui font exception à leur règle de bonne conduite. Il s'agit de produits pris en automédication, mais qui "*ne comptent pas*" car ils sont d'usage courant et banal. Leur usage est tellement habituel que ces produits sont considérés comme dénués de risque ; ils peuvent même avoir perdu leur statut de médicament dans l'esprit des gens. Il s'agit d'anti-douleurs, de laxatifs, de crème pour les piqûres d'insectes...

Dans son étude ethnologique du médicament, S. Fainzang a observé la même banalité d'utilisation de certains médicaments ; elle précise (quel que soit l'âge) : "A noter que ceux qui déclarent ne jamais s'automédiquer font une exception toutefois pour ce qui concerne l'aspirine, car c'est un médicament "connu et simple", si familier des usagers qu'il en perd presque son statut de médicament, ou acquiert un statut de médicament de base, de produit du quotidien. L'aspirine serait au médicaments ce que le pain serait à l'alimentation".

FAINZANG S.
Médicaments et société, le patient, l'ordonnance et le médecin.
Paris : PUF, 2001. 156 p. Collection Ethnologies Controverses

Quand elles ont un problème de santé particulier, les personnes âgées disent consulter le plus fréquemment leur médecin généraliste. Dans quelques cas, elles vont directement demander conseil au pharmacien. La référence au médecin semble toutefois quasi-systématique. Le pharmacien est davantage consulté pour expliquer l'ordonnance.

Les voisins et amis ne sont pas considérés comme des personnes de référence en matière de médication. Néanmoins, le thème des médicaments est un sujet de conversation important. Ainsi, il n'est pas rare que les pathologies et les traitements des amis ou des voisins soient connus. Bien que les personnes évoquent cela de manière anecdotique, il semble qu'une forme de surveillance mutuelle s'installe même entre amis-voisins : de part et d'autre, un contrôle de l'observance et de l'évolution de la santé s'effectue parfois de manière amicale.

II ~ Observance thérapeutique

● Une bonne observance déclarée...

Concernant les personnes âgées vivant à domicile et ne bénéficiant d'aucune aide, les médecins et les pharmaciens considèrent globalement que les personnes âgées qu'ils côtoient prennent correctement leur traitement et suivent la posologie prescrite. Dans le cas de pathologie chronique, les pharmaciens et médecins pensent que les personnes âgées connaissent bien leur maladie et les médicaments qu'elles prennent. Elles ont également connaissance des risques inhérents à leurs médicaments : notamment les oublis et les interactions dangereuses.

Les personnes âgées sont généralement considérées comme "*attentives aux conseils*" du pharmacien ou du médecin traitant. En campagne, les professionnels reconnaissent qu'ils gardent une "*aura*", c'est-à-dire un statut social particulier au regard des personnes âgées qui fait que leur savoir est respecté et leurs conseils écoutés. Néanmoins, malgré cette écoute et cette attention, certains affirment que les personnes n'ont pas réellement conscience des risques.

En campagne, les personnes âgées utilisent fréquemment le téléphone pour confirmer leur posologie ou un autre élément de leur ordonnance ; cela représente ainsi une vingtaine de coups de téléphone par jour pour une pharmacie située dans une petite ville rurale.

Dans le cas des personnes bénéficiant de la visite d'une infirmière à domicile, la médication est prise en charge par l'aidant. Ainsi, la préparation de piluliers peut être organisée quand les personnes montrent des difficultés à prendre leurs médicaments. Les piluliers sont utilisés pour limiter les erreurs et garantir une meilleure observance des traitements.

Dans le courant des entretiens avec les personnes âgées, celles-ci sont amenées à décrire brièvement leur quotidien et la place qu'occupent les médicaments. Ainsi, les journées sont souvent marquées par la prise régulière de médicaments, notamment dans le cadre de pathologie chronique. Les personnes âgées ne se rappellent pas forcément le nom des médicaments qu'elles prennent actuellement, mais elles en connaissent le plus souvent l'indication, le nombre de prises et parfois la posologie exacte.

La prise de médicaments s'accompagne de gestes qui semblent bien réglés et devenus routiniers. Les personnes citent les lieux où elles rangent leur traitement actuel : la cuisine, les entre-deux, la boîte à pharmacie, la corbeille dans le four à micro-ondes... L'ordonnance et les médicaments actuels sont rangés dans un même endroit ; la référence à l'ordonnance est effectivement décrite comme régulière.

Certaines personnes développent même des stratégies pour ne pas oublier de prendre leur traitement. Ainsi, le médicament pour le diabète est systématiquement laissé en évidence sur le buffet de la cuisine. Ailleurs, les médicaments sont entreposés dans une corbeille sur la table de la cuisine jusqu'à ce qu'ils soient pris, puis ils sont immédiatement rangés pour éviter de les prendre deux fois. La mise en place de rituels et la bonne connaissance des médicaments prescrits apparaissent donc comme des facteurs favorisant une bonne observance thérapeutique chez les personnes âgées autonomes.

● ...mais des signes d'inobservance

Quand ils évoquent l'inobservance des traitements, les professionnels l'attribuent plus à des erreurs qu'à des actes volontaires. L'exemple de la personne âgée qui a oublié qu'elle a déjà pris son médicament et qui le reprend à nouveau est cité.

En zone urbaine "sensible", les pharmaciens avouent jouer parfois le rôle d'assistante sociale quand ils s'aperçoivent que les personnes ne comprennent pas ou prennent mal leur traitement : des démarches pour obtenir une aide sont entreprises depuis la pharmacie.

La question de l'observance a retenu l'attention d'un grand nombre de sociologues et d'économistes qui ont tenté de déterminer, au moyen d'enquêtes statistiques, le rapport entre la non-observance et des facteurs tels que la classe sociale, l'âge, le sexe, l'éducation et le statut marital ou professionnel.

Après avoir examiné la littérature sur ce sujet et en particulier des études portant sur des échantillons de personnes âgées, J. Ankri, D. Le Disert et J.C. Henrard constatent qu'il y a peu de relations convaincantes, ou qu'il y a des relations contradictoires, entre l'observance d'une part, et l'âge, le sexe ou le niveau intellectuel des patients, d'autre part.

*ANKRI J., LE DISERT D., HENRARD J.C.
"Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature".
Santé publique, 1995, n° 4, p.427-441.*

L'inobservance décrite par les médecins et les pharmaciens s'apparente davantage à une sous-médication qu'à une surmédication.

Un exemple est fourni par le contrôle des pharmacies familiales au cours des visites des infirmières. Au terme des tris que les infirmières effectuent, les boîtes de médicaments ramenées aux pharmaciens indiquent que les personnes âgées ont plutôt tendance à la sous-médication. Les boîtes de comprimés à moitié consommées eu égard aux pathologies concernées et aux posologies habituellement prescrites en sont une preuve pour les pharmaciens.

Concernant les personnes âgées que nous avons rencontrées, la non-observance thérapeutique déclarée est faible. Les personnes âgées admettent néanmoins certains oublis qui ont essentiellement lieu quand la routine quotidienne est rompue : événement familial, visite à une amie, sortie... ou quand le traitement est modifié.

Les médicaments pris le soir sont cités par les médecins comme étant les plus souvent oubliés.

De même, certains professionnels affirment que les personnes âgées habituées à prendre certains médicaments sont perturbées par la suppression des médicaments en question de leur traitement ; elles continuent parfois à prendre le médicament supprimé malgré l'avis médical.

Dans une étude menée par le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France en 2001 auprès de personnes âgées et de leurs aidants à domicile et en institution, la stabilité de la prescription médicamenteuse est apparue comme un facteur favorisant l'observance, du moins chez les personnes âgées autonomes. Au terme de cette étude, il apparaissait donc nécessaire de prévoir un temps d'adaptation lors d'un changement de prescription.

CHATEIL S., BENNOUN I., TESSIER S.

*Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Résultats de l'étude menée en Ile-de-France
"Etude des représentations et pratiques des personnes âgées et de leurs aidants à domicile et en institution en Ile-de-France".
Paris : CRESIF, 2001. 28 p.*

III ~ L'entourage professionnel et familial des personnes âgées

En campagne, *"tout le monde se connaît"* et c'est notamment cette connaissance individuelle des personnes âgées qui permet de minimiser le risque de survenu d'un accident iatrogène. Les professionnels rencontrés déclarent de prime abord que ce genre d'accidents est rare en zone rurale. Néanmoins, ces propos sont relativisés au cours des entretiens quand d'autres effets liés à des interactions médicamenteuses sont cités : notamment les vertiges, les chutes et la déshydratation.

● Les réseaux médicaux-sociaux

L'existence de réseaux médico-sociaux autour de la personne âgée est apparue particulièrement importante, en particulier en zone rurale. Ces réseaux comprennent le médecin traitant, le pharmacien, les infirmières, les aides-soignantes ainsi que les aides à domicile, lesquels *"travaillent en coopération autour de la personne âgée"*. Le fonctionnement de ces réseaux informels semble nécessiter une *"bonne entente locale des professionnels de santé"*. C'est d'ailleurs le médecin généraliste qui est considéré par les pharmaciens et les infirmières comme le garant du bon fonctionnement du réseau. Sa capacité à collaborer avec les autres professionnels et à reconnaître les compétences et les rôles de chacun est appréciée.

Dans la petite ville rurale que nous avons visitée, une réunion mensuelle est ainsi organisée par le pharmacien avec tous les médecins généralistes de la zone.

En zone urbaine sensible, on retrouve dans les discours la même notion de réseau autour de la personne âgée. En revanche, en centre-ville, la situation est moins *"transparente"* et les relations entre professionnels moins évidentes. Le rôle commercial des médecins et des pharmaciens ainsi que la concurrence qui s'exerce entre professionnels introduit du flou dans les relations entre ces deux professions. Ainsi, en centre-ville, l'appel téléphonique d'un médecin par un pharmacien, en cas de doute sur une ordonnance par exemple, est jugé *"délicat"* car *"on peut se retrouver fâché avec le patient et le médecin si le problème n'est pas présenté avec diplomatie"*. L'appel téléphonique du médecin est rare ; il intervient dans des cas jugés *"limites"* par le pharmacien.

● Les infirmières

Le rôle des infirmières à domicile est cité par les pharmaciens et les médecins généralistes. Au cours de leurs visites, elles sont amenées à contrôler les armoires à pharmacie et à en trier le contenu. Toutefois, ce contrôle peut également être effectué par les pharmaciens, qui livrent parfois les médicaments à domicile.

● Le médecin généraliste et le pharmacien

Les personnes âgées considèrent généralement que les conseils donnés sur les traitements par le médecin et par le pharmacien sont suffisants. Toutefois, si les personnes se rendent compte qu'elles n'ont pas complètement compris leur traitement, elles s'adressent soit à leur pharmacien, soit à leur médecin généraliste en fonction des relations qu'elles entretiennent avec l'un ou l'autre des professionnels. Avec le pharmacien, l'existence de relations de type familial est parfois évoquée comme facilitant la demande de compléments d'information.

Quant au médecin généraliste, il garde auprès des personnes âgées une position sociale respectée. Néanmoins, cela ne les empêche de demander parfois aux médecins généralistes de rajouter des médicaments sur l'ordonnance, pour leur usage ou celui de la famille. Pour les médecins, la règle est que, sauf cas exceptionnel, ce genre de demande n'est pas satisfait quand le médicament est destiné à une tierce personne.

● Les aides à domicile

En zone rurale, les aides à domicile sont décrites par les pharmaciens et les médecins comme faisant partie intégrante du réseau de professionnels au service des personnes âgées. Les professionnels montrent ainsi l'importance qu'ils accordent au rôle des *"aides-ménagères"* lesquelles sont parfois amenées à jouer un rôle, voire un contrôle dans la médication des personnes : *"elles sont beaucoup écoutées par les personnes qu'elles aident, peut-être plus que la famille et les professionnels médicaux"*.

● La famille et les amis

Selon les professionnels, le rôle de la famille est évalué différemment. A la campagne, on considère généralement qu'elles participent au traitement de leurs parents. En ville, des reproches sont faits aux familles. Leur rôle par rapport aux personnes âgées est jugé déficitaire. L'exemple de la canicule est évoqué à plusieurs reprises : en ville, la canicule sert d'argument pour juger défavorablement les familles, à la campagne, à l'inverse, l'argument sert à montrer que les familles ne sont pas absentes puisqu'il semble ne pas y avoir eu de surmortalité. Selon les personnes âgées rencontrées, le rôle de la famille et notamment des enfants varie. En général, les enfants connaissent les maux et les traitements de leur parent, toutefois les personnes âgées restent généralement autonomes dans la prise de leurs médicaments. A l'inverse, certaines femmes âgées reconnaissent qu'elles exercent toujours un contrôle sur la santé de leurs enfants : cela s'illustre notamment par des conseils en matières d'hygiène de vie ou de visites médicales recommandées.

IV ~ Les facteurs permettant de limiter les accidents iatrogènes

● Le rôle des pharmaciens

Pour diminuer les risques d'accidents iatrogènes médicamenteux chez les personnes âgées, les pharmaciens pensent que leur rôle est de s'appuyer sur la répétition des conseils au moment où les personnes viennent acheter leurs médicaments. Les interactions médicamenteuses dangereuses, même si elles sont connues des personnes âgées, doivent être "*rabâchées*". En ce sens, certains pharmaciens parlent de "*faire passer oralement un message préventif*". C'est donc au moment de la délivrance du traitement que les pharmaciens considèrent qu'ils doivent "*faire preuve de vigilance*", "*avoir un rôle de surveillance*", "*savoir réagir au comptoir et apprendre à poser les bonnes questions*". Il faut s'assurer que les personnes savent utiliser les produits et noter les posologies prescrites sur les boîtes. De plus, "*quand il y a du monde et que la cadence s'accélère, il faut savoir repérer les personnes âgées qui n'osent pas demander plus de conseils ou d'explications et prendre quand même le temps (même si elles auraient pu venir à une autre heure de la journée)*".

Une prise de conscience des risques iatrogènes médicamenteux de la part de tout le personnel de la pharmacie (pharmaciens et préparateurs) est importante, notamment dans les grandes pharmacies où le personnel est en plus grand nombre. Certains considèrent d'ailleurs que des formations sont nécessaires.

Le pharmacien doit également se référer à l'historique du dossier du patient. Ce contrôle, en plus d'un appel à la mémoire du pharmacien, est complété par une vérification informatique. Tous les pharmaciens rencontrés dans le cadre de cette étude ont cité la référence à l'historique du patient comme facteur limitatif des accidents iatrogènes. Un logiciel spécifique est d'ailleurs utilisé pour cela. Il signale notamment les interactions médicamenteuses et comprend la liste de tous les médicaments prescrits pendant une année. Toutefois, ce logiciel ne permet pas de retrouver les médicaments achetés sans ordonnance, ni les médicaments prescrits achetés dans une autre pharmacie.

Pour un pharmacien de centre-ville, l'automédication doit restée accessible aux personnes âgées comme aux plus jeunes à condition d'être encadrée d'un conseil médical. "*Quel que soit l'âge, l'automédication doit être orientée et c'est le rôle du pharmacien, sinon elle est dangereuse même pour des produits très connus ou d'usage courant tel que l'aspirine. Par exemple, le Maalox® pris pour calmer des maux d'estomac peut cacher un cancer de l'estomac ou un antitussif un cancer de la gorge. Le rôle du pharmacien est d'orienter l'automédication, et plus généralement d'encadrer l'utilisation des médicaments*". Une idée communément admises par les pharmaciens est qu'il faut revenir sur l'idée reçue que les médicaments en vente sans ordonnance sont sans risque. Pour cela, les conseils sont à renouveler sans cesse.

● Le rôle des médecins généralistes

Selon les médecins généralistes, leur rôle en matière de limitation des risques d'accident iatrogène se situe essentiellement au niveau de "l'évaluation du patient âgé et notamment de sa capacité à lire et comprendre l'ordonnance ainsi qu'à utiliser les médicaments" au moment de la consultation.

L'éducation du patient est également évoquée comme facteur limitant la survenue d'accidents : un soin tout particulier doit donc être accordé aux conseils délivrés au moment de la consultation. Les médecins expliquent ainsi que "pour certains médicaments, il faut être très précis dans la posologie et expliquer que tel mélange est nocif, pour d'autres c'est moins important et on est plus souple".

Selon les pharmaciens, la limitation du nombre de produits prescrits est un élément majeur permettant de réduire les accidents iatrogènes. On retrouve ainsi dans le discours des pharmaciens un reproche qui est souvent fait aux médecins dans la littérature médicale : un trop grand nombre de médicaments sont prescrits sur les ordonnances. Voici ce que dit un pharmacien :

"Concernant les moyens de limiter les accidents iatrogènes, il faut savoir que quand il y a plus de 5 molécules sur 1 ordonnance, il y a un risque d'interaction. Donc lorsque l'on voit arriver des patients avec une ordonnance de 6, 7, voire 11 produits [il montre à l'enquêtrice des exemples qu'il a conservés], on se pose des questions sur le rôle du médecin et sur la pression que le patient exerce sur lui."

Toutefois, les médecins généralistes évoquent également ce thème de façon spontanée. Certains pensent qu'il est important de "savoir apprécier au plus juste la nécessité d'un médicament" et qu'il y a dans ce domaine "un énorme travail à fournir de la part des médecins". D'autres médecins évoquent certains de leurs patients âgés qui ont "de 15 à 20 médicaments à prendre chaque jour" ; mais ils insistent sur la difficulté qu'il y a à limiter le nombre de médicaments du fait des multiples pathologies dont souffrent ces personnes.

Selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS) du CreDES, en 2000, le plus souvent, la consultation d'un médecin généraliste donne lieu à une prescription de médicaments dans 91% des séances réalisées auprès des personnes âgées. En moyenne, les ordonnances de personnes âgées comportent 3,4 lignes, soit plus de 3 médicaments différents. 40% des ordonnances comportent plus de 3 lignes de prescription et 10% en comportent plus de 6. Les ordonnances ont d'ailleurs tendance à s'allonger avec l'âge du patient, notamment chez les généralistes. Pour eux, le nombre de lignes par ordonnance passe de 3,5 chez les personnes de 65 à 75 ans à 3,8 chez les personnes de 85 ans et plus.

Source : CreDES, Enquête ESPS 2000

● La politique du médicament

Parmi les médecins généralistes rencontrés, l'instauration des médicaments génériques est généralement considérée comme *"un désastre"* pour les personnes âgées. Un terme comme *"panique"* est notamment utilisé pour qualifier l'attitude des personnes âgées devant les génériques.

Les médecins accusent les médicaments génériques de provoquer des erreurs de prise chez les personnes âgées, dans la mesure où la couleur, la forme et la taille des boîtes de médicaments et des comprimés peuvent être modifiées. Pour une même pathologie, la présentation des médicaments est trop différente. Les habitudes des personnes âgées et notamment les rituels mis en place autour du médicament et qui constituent l'un des facteurs d'une bonne observance thérapeutique en sont bouleversés.

Ainsi, certains médecins avouent se sentir désarmés face à ce problème puisqu'ils ne savent plus exactement ce que leurs patients obtiennent en pharmacie. Les conseils donnés au moment de la consultation peuvent être obsolètes si le médicament prescrit est substitué par un générique, dont la galénique est différente.

Selon les médecins, les médicaments génériques induiraient également des erreurs d'automédication. L'explication donnée est qu'après avoir stocké les médicaments dans les boîtes à pharmacie familiales, les personnes n'ont plus de repères visuels quant à l'indication du médicament.

Face à cette difficulté, le médecin traitant peut-être tenté de préciser que le médicament prescrit n'est pas substituable par un générique. Mais les personnes âgées veulent être remboursées, le générique s'impose donc le plus souvent.

Un décalage entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladie est donc signalé dans la mesure où il y a trop de changements rapides : *"on ne sait plus quel médicament est remboursé. Il y a trop de médicaments génériques sans qu'on le sache"*.

Du point de vue des personnes âgées, le sentiment de *"panique"* exprimé par les médecins généralistes n'a pas été retrouvé chez les personnes interviewées. Les personnes âgées rencontrées connaissent généralement l'existence des génériques car elles ont souvent été mises au courant par leurs médecins. Elles n'expriment pas d'avis pour ou contre, en revanche l'opinion la plus répandue est qu'elles ne souhaitent pas que le pharmacien apporte des modifications à l'ordonnance du médecin. Ainsi, même dans le cas où les personnes âgées disent avoir des relations de type *"familial"* avec leur pharmacien, celui-ci ne doit pas modifier les prescriptions faites par le médecin traitant.

Les personnes âgées qui disent accepter la substitution du médicament prescrit par un générique évoquent une expérience vécue. Les explications du pharmacien et du médecin ainsi que l'évocation du motif de remboursement apparaissent à chaque fois nécessaires à l'acceptation du médicament générique par les personnes.

● Le rôle des laboratoires pharmaceutiques

Certains pharmaciens reprochent aux laboratoires pharmaceutiques de "*pousser à la consommation*", notamment par le biais de l'information médicale et de la formation continue des médecins généralistes qui est organisée par les laboratoires.

Par ailleurs, pour certains médicaments, il semblerait judicieux de limiter le nombre de comprimés par boîte. Il faudrait envisager un conditionnement au détail. C'est, selon un médecin, le seul moyen de limiter les risques d'une automédication dangereuse tout en diminuant les coûts pour la collectivité, puisqu'un grand nombre de médicaments prescrits ne sont pas utilisés.

Pour les génériques, une homogénéisation des présentations doit être réalisée par les laboratoires. Les médicaments génériques doivent avoir la même galénique que les médicaments qu'ils copient.

En ce qui concerne les boîtes de médicaments, un emplacement prévu spécialement à l'indication de la posologie est demandé par plusieurs professionnels (cf schéma ci-dessous). Cela garantit une meilleure lisibilité des posologies et diminue ainsi les risques d'erreur.

	Matin	Midi	Soir
Posologie	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

● Des actions concrètes

Outre le rôle propre à chaque profession médicale, les professionnels ont émis des idées sur les actions qu'il serait bon de développer pour réduire les risques d'accidents iatrogènes chez les personnes âgées :

- instauration d'un système d'alarme sur les cartes Vital pour signaler aux pharmaciens les risques d'interaction,
- utilisation systématique des piluliers (semainier ou journalier) qui peuvent être adaptés aux capacités de préhension des personnes,
- pour les génériques, faire des prescriptions utilisant le nom de la molécule suivi du nom commercial du médicament...

Concernant les messages de prévention, certains professionnels pensent que ce message est à faire passer par le biais des aides à domicile. D'autres citent la radio, la presse et les pages santé des magazines comme support de message préventif. En revanche, les brochures ou plaquettes ne sont pas considérées comme de bons supports de prévention pour les personnes âgées ; les écritures y sont notamment trop petites.

Conclusion

Selon les pharmaciens et les médecins généralistes que nous avons rencontrés lors de cette enquête, le recours au pharmacien sans un passage préalable chez le médecin généraliste est plutôt l'apanage des jeunes générations, confrontées aux contraintes du travail. Cette forme d'automédication ne concerne que très peu les personnes âgées pour lesquelles il est généralement important que les médicaments soient remboursés.

L'automédication des personnes âgées s'apparente donc davantage à un usage banalisé de médicaments, souvent obtenus sur ordonnance, et stockés dans les pharmacies familiales. Comme nous l'avons vu, il s'agit généralement d'anti-inflammatoires, d'antalgiques, de laxatifs ou de tranquillisants, dont l'utilisation peut présenter des risques de surdosage et d'interaction médicamenteuse. Cependant, dans l'esprit des personnes, l'usage habituel de ces produits fait qu'ils apparaissent comme dénués de risque.

L'inobservance thérapeutique est apparue relativement faible au cours des entretiens auprès des professionnels et des personnes âgées. Toutefois, il faut retenir notamment que les erreurs et les oublis de médicaments ont lieu quand la prise de traitement n'est plus encadrée des rituels mis en place par les personnes. Dans ce contexte, il apparaît judicieux de prendre des précautions au moment de la modification des traitements comme au niveau de l'introduction de médicaments génériques.

Pour limiter les accidents iatrogènes chez les personnes âgées, les pharmaciens et les médecins généralistes semblent avoir un rôle à jouer essentiellement en terme de conseils et de vigilance. La limitation du nombre de médicaments prescrits par les médecins généralistes apparaît comme un facteur important pour réduire les accidents iatrogènes, néanmoins les médecins généralistes n'expriment pas de consensus sur ce thème. Il semble donc indispensable que les médecins généralistes réfléchissent à leurs pratiques dans le domaine de la gériatrie. La responsabilité de la politique développée en matière de médicament et celle des laboratoires pharmaceutiques sont évoquées également par les professionnels.

Bibliographie

Etat des lieux de la littérature sur l'observance thérapeutique et/ou l'automédication :

- VIEIRA TEIXEIRA J.J., LEFEVRE F., CARDOSO DE CASTRO L. L., WITT DE PINHO SPINOLA A. *Drug compliance and the elderly : who is publishing, where, and when ?*. CAD. SAUDE PUBLICA, 2000/01-03, vol. 16, n° 1, p. 139-144.
- BAUER C., TESSIER S. *Observance thérapeutique chez les personnes âgées : synthèse documentaire*. Paris : CRESIF, 2001. 35 p.

Personnes âgées :

- ENNUYER B. "L'objet « Personne âgée »". In VEYSSET-PUJALON B. (éd.). *Etre vieux : de la négation à l'échange*. Paris : Autrement, 1991. p. 14-28. Mutations, n° 124.
- PERRON M. *Communiquer avec des personnes âgées : la « clé des sens »*. Paris : Chronique sociale, 2000/10. 157 p.

Personnes âgées et médicaments : les aspects médicaux :

- ATKIN P. A., FINNEGEAN T. P., IGLE S. J., SHENNFIELD G. M. "Functional ability of patients to manage medication packaging : a survey of geriatric in patient". *Age and Ageing*, 1994/03, vol. 23, n° 2, p. 113-116.
- CARBONNE A. "Toxicité des antibiotiques chez le sujet âgé". *La Revue de Gériatrie*, 1999, vol. 24, n° 4, p. 293-296.
- CATTENDOZ C., JEGO F., HOUSSET J.Y. "Prévention des syndromes confusionnels d'origine iatrogène". *L'année gériatrique*, 1998, p. 189-196.
- CHARLES I., DANIEL M.C. "Médicaments et personnes âgées". *Revue de l'infirmière*, 1990, n° 1, p. 37-41.
- COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS EN GERIATRIE. "Polypathologie et médicaments, iatropathologie". *Corpus de Gériatrie*, Janvier 2000, tome 1, p.121-129.
- DEGAIN J. "Personnes âgées : une consommation médicale qui inquiète l'assurance maladie". *Le Quotidien du médecin*, 10/09/2003, n° 7379.
- DOUCET J., CAPT C., TRIVALLE C. "Les personnes âgées et le haut risque thérapeutique". *Impact médecin hebdo*, 1999/10/08, n° 464, p. XVII-XIX.
- DOUCET J., JEGO A., CAPET C. "La confusion iatrogène". *Impact médecin*, 1999/10/08, p. IX- XI.
- EMERIAU J.P. "Les personnes âgées et leurs médicaments". *Revue hospitalière de France*, n° 2, p. 268-269.
- EMERIAU J.P., FOURRIER A., DARTIGUES J.F., et al. "Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées". *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1998, vol. 182, n° 7, p. 1419-1429.
- FANELLO S., DUTARTRE N., JOUSSET N., et al. "Les personnes âgées et leurs médicaments : niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier". *La revue de gériatrie*, 2000/03, tome 25, n° 3, p. 161-167.
- GEOFFROY C. E., MARTIN E., DOUCET J. "Les chutes et les médicaments". *Impact médecin*, 1999/10/08, p. VII-IX.
- GRILLON H. "Personnes âgées : attention à l'ordonnance". *Le Quotidien du médecin*, 2003/03/31, n° 7 306.
- HAMON-VILCOT B., LAHLOU A., NASR A., TISSANDIER O. "Pathologie iatrogène du sujet âgé". *Le généraliste et la gériatrie*, 1996, n° 25, p. 10-16.
- KERGOAT M.J., CHAMPOUX N. "Polymédication et médication inadéquate chez la personne âgée". *La Revue de gériatrie*, 1998, vol. 23, n° 8, p. 681-690.
- LE BOT M. "Dossier observance". *La revue du praticien médecine générale*, 1999/09/20, tome 13, n° 469, p. 1335-1348.
- SAHEBJAM M., SEILLIER A., BOUBAKER E. "La prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé". *La Revue du Généraliste et de la Gériatrie*, 2001, n° 74, p. 158-161.
- SERMET C. *La polypathologie des personnes âgées*. Paris : CREDES, 1994. 22 p.
- SERMET C., GRANDJEAN E., LERIDON H. *Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996*. Paris : INSERM, 1998. 334 p. Question en santé publique.

- SPIERS M. V., KUTZIK D. M. **"Self-reported memory of medication use by the elderly"**. *American Journal of Health System Pharmacology*, 1995/05, vol. 52, p. 985-990.

Personnes âgées et médicaments : les aspects sociologiques, anthropologiques et psychologiques :

- ANKRI J., BEAUFILS B., LEDISERT D., HENRARD J.C. **"Comportements vis-à-vis des médicaments et représentations de soi chez des personnes âgées souffrant de maladies chroniques"**. *Social Science and Medicine*, 1995, vol. 44, n° 3, p. 337-345.
- ANKRI J., LE DISERT D., HENRARD J.C. **"Comportements individuels face aux médicaments. De l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature"**. *Santé publique*, 1995, n° 4, p.427-441.
- ANKRI J. et al. **"Comportement vis-à-vis des médicaments et représentation de soi chez des personnes âgées souffrant de maladies chroniques"**. *Sociale Sciences Med.*, 1997, n° 44, p. 337-345.
- ARNOLD-RICHEZ F. **"Pour un bon usage du médicament"**. *La santé de l'homme*, novembre-décembre 1989, n° 284, p. 19-27.
- BEAUFILS B. **"Comportement vis-à-vis des médicaments"**. *Les cahiers Albert le Grand*, 1999/05-06, n° 40, p. 8-11.
- COLLIN J. **"La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées"**. *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n°2, p. 31-50.
- DALLAIRE-DUROCHER L. **"La prévention dans le domaine des médicaments chez les personnes âgées"**. *Le Gérontophile*, 1995, vol. 17, n° 4, p. 13-18.
- DEGAIN J. **"Médicaments et personnes âgées : le constat sévère de la Cour des comptes"**. *Le Quotidien du médecin*, 17/07/2003, n° 7 368, p.4.
- DESSAINTS C., ANKRI J., LE DISERT D. **Construction sociale de l'observance médicamenteuse : ses applications aux personnes âgées de 60 ans et plus**. DEA "Santé-société-vieillessement" : Université de Paris V, 1993. 52 p.
- DUPRE-LEVEQUE D. **"Psychotropes - milieu institutionnel - personnes âgées : quels rapports ? Pour une approche anthropologique du médicament psychoactif"**. *Les Cahiers de l'ACTIF*, 1998, n° 270-271, p. 143-153.
- FAINZANG S. **Médicaments et société, le patient, l'ordonnance et le médecin**. Paris : PUF, 2001. 156 p. Collection Ethnologies Controverses
- GOZLAN M. **"Observance thérapeutique : L'affaire de tous"**. *Pharmaceutiques*, 1998/06-07, n° 58, p. 73-77.
- LEBRUN T. **"La nécessaire prise en compte de l'utilité sociale du médicament dans l'évaluation du service médical rendu"**. *Le Quotidien du médecin*, 24/07/03, n° 7 369, p. 4-5.
- LEGRAIN S. **"Du bon usage des médicaments au cours du vieillissement"**. In SEBAG LANOE R. (dir.) *Vieillir en bonne santé*. Paris : Desclée de Brouwer, 1997. p.287-297.
- LE MOIGNE P. **"Consommation de psychotropes : vieillir sous influence ?"**. *Gérontologie pratique*, 2001, n° 124, 6 p.
- SABRAN V., HARDY P., HALFON P., FELINE A. **"Représentation mentale des médicaments : constructions de deux questionnaires appliqués à l'étude de patient traités par psychotropes ou hypoglycémiant oraux"**. *Annales médico-psychologiques*, 1995, n° 8, vol. 153, p. 536-542.
- FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. **"Médicaments et personnes âgées"**. *Gérontologie et Société*, 2002, n° 103, 215 p.

Consommations pharmaceutiques et caractéristiques économiques du vieillissement :

- AGUZZOLI F., SERMET C. **La consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution : enquête nationale France 1987-1988**. Paris : CREDES, 1993. 115 p.
- BOCOGNANO A., DUMESNIL S., FREROT L., et al. **Santé, soins et protection sociale en 1998 : Enquête sur la santé et la protection sociale : France 1998**. Paris : CREDES, [s. d.]. 2 volumes : 168 et 137 p.
- BRIAND A., CHAMBARETAUD S. **"La consommation de médicaments non prescrits"**. *Etudes et Résultats*, Mars 2001, n° 105, 8 p.
- CHAMBERTAUD S. **"La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés"**. *Etudes et résultats*, Janvier 2000, n° 47, 8 p.

- CONTE M. *Problématique du vieillissement dans l'offre de produits de la vie courante : analyse des pratiques des entreprises, synthèse et conclusion*. Paris : Egéris, MIRE, CNAV, 2000. 84 p.
- FOURRIER A., LETENNEUR L., DARTIGUES J.F., BEGAUD B. *Consommation de psychotropes chez le sujet âgé à partir de la cohorte PAQUID : déterminants socio-démographiques - état de santé et qualité de vie*. Paris : FNG, 1996. 105 p.
- FOURRIER A., LETENNEUR L., DARTIGUES J.F., et al. "**Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation des psychotropes**". *La Revue de gériatrie*, 1996, vol. 21, n° 7, p. 473-482.
- LE FUR G., GUILLOT F., ALEXANDER J., MULLER J.C. "**Stratégie de recherche de l'industrie pharmaceutique face aux problèmes du vieillissement**". *Medical Sciences*, 2002, vol. 325, p. 1-12.
- MANCIAUX M.A. *Thérapeutiques médicamenteuses en gériatrie*. Paris : Masson, 1993. 136 p.
- MAURAIN C., TABOULET F. "**Aspect économique des consommations médicales des personnes âgées**". *La revue de gériatrie*, 1996, vol. 21, n° 7, p. 489-494.
- MIZRAHI Andrée, MIZRAHI Arié. "**Evolution de la consommation médicale des personnes âgées**". *Gérontologie et société*, 1997, n° 81, p. 173-186.
- SERMET C. "**Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées**". *Les cahiers Albert Le Grand*, 1999/05/06, n° 140, p. 4-7.
- CREDES. "**Evolution de la consommation de médicaments à l'hôpital**". *Echos de la santé*, n° 24, 4 p.

Recommandations/guide :

- ANAES. *Information des patients : recommandations destinées aux médecins*. Paris : ANAES, 2000/03. 4 p.
- ANDEM. *Guide à l'intention des médecins et des pharmaciens d'officine. Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée*. Paris : Ministère du travail et des affaires sociales. Secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, 1996. 31 p.
- ANDEM. "**Recommandations et références médicales 1994 : Prescription plurimédicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans**". *Le concours médical*, 1997/12/06, p. 119-139.
- GOLAY A., LEHMANN T., JACQUEMET S., et al. "**Comment améliorer l'observance des patients ?**". *Psychothérapies*, 1995, vol. 15, n° 3, p. 137-144.
- OPDYCKE R. A., ASCIONE F. J., SHIMP L. A., ROSEN R. I. "**A systematic approach to educating elderly patients about their medications**". *Patient Education Counseling*, 1992/02, vol. 19, n° 1, p.43-60.
- QUENEAU P. *Rapport de Mission Ministérielle sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention*. Paris : Ministère de la santé, 1998/03. 82 p.
- ROLLASON V., BONNABRY P., VOGT N. "**Réduire la plurimédication chez la personne âgée : du vœu pieux à des solutions applicables**". *Médecine et hygiène*, 2000/04/12, n° 2296, p. 818-825.
- "**Recommandations : Critères de qualité des documents d'information aux patients**". *La revue Prescrire*, 1999/11, tome 19, n° 200, p. 788-791.

Définitions/concepts et mesure ; observance, automédication et risque iatrogène :

- ANKRI J. (coord.). "**Médicaments et santé publique**". *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 1999, n° 27, p. 19-74.
- ARNET I., HAEFELI W. E. "**Overconsumption detected by electronic drug monitoring requires subtle Interpretation**". *Clinical Pharmacology and therapeutics*, 2000, vol. 67, n° 1, p. 44-47.
- BARBEAU G., GUIMOND J., MALLER C. "**Observance du régime médicamenteux**". In *Médicaments et personnes âgées*. Paris : Maloine, 1991. 576 p.
- BERGMANN J.-F. "**Observance**". In *Méthodologie de l'évaluation thérapeutique*. Paris : Masson, 1993. p. 42-50.
- BLACKWELL B. "**Treatment adherence**". *British Journal of Psychiatry*, 1976, n° 129, p. 513-531.

- BLOCK P. "**L'automédication : controverses et perspectives**". *AMIP info*, 2002, n° 63, p. 88-90.
- BONTOUX N., BORE M., BERNAT Ch., et al. *L'observance thérapeutique et l'automédication chez le sujet âgé*. XXIII^{es} journées de gérontologie. 15-16 mai 1992. Nantes. Le Mans : Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre, 1992. 11 p.
- BUCLIN T., AMMON C., BARRAS V., et al. *L'automédication : pratique banale, motifs complexes*. Genève : Médecine et Hygiène, 2001. 288 p. Cahiers Médicaux-Sociaux.
- DAHAN R., DAHAN A., CADRANEL J., CAULIN C. "**La compliance : mesure de l'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique**". *Thérapie*, 1985, vol. 40, p. 17-23.
- DECCACHE A. "**Un cadre théorique pour comprendre et agir sur le problème de la non-compliance aux traitements**". *Bulletin d'éducation du patient*, 1995/03, vol. 13, n° 1, p. 6-12.
- FABRE J., ASSAL J. P., BALANT L., DAYER P. "**L'observance thérapeutique, un sujet de préoccupation en médecine pratique**". *Revue suisse de médecine*, 1992, vol. 81, n° 6, p. 129-132.
- GENETET A. "**L'automédication à l'étude**". *Impact Médecin Hebdo*, 1999, n° 473, p. 30-31.
- HELLING D. K., LEMKE J. H., SEMLA T. P., et al. "**Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65+ rural health study**". *Journal of the American Geriatrics Society*, 1987, vol. 35, p. 4-12.
- HUNTER K. A., FLORIO E. R., LANGBERG R. G. "**Pharmaceutical care for home-dwelling elderly persons: a determination of need and program description**". *The gerontologist*, 1996, vol. 36, n° 4, p. 543-548.
- ISAAC L. M., TAMBLYN R. M. "**Compliance and cognitive function : a methodological approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly**". *The gerontologist*, 1993/12, vol. 33, n° 6, p. 772-781.
- KLERK (DE) E., HEIJDE (VAN DER) D., TEMPEL (VAN DER) H., LINDEN (VAN DER) S. "**Development of a questionnaire to investigate patient compliance with antirheumatic drug therapy**". *The Journal of Rheumatology*, 1999, vol. 26, n° 12, p. 2635-2641.
- KRAVITZ R. L., HAYS R. D., SHERBOURNE C. D., et al. "**Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions**". *Archives Internal of Medecine*, 1993/08, vol. 153, n° 23, p 1869-1878.
- KRUSE W., KOCH-GWINNER P., NIKOLAUS T., et al. "**Measurement of drug compliance by continuous electronic monitoring : a pilot study in elderly patients discharged from hospital**". *Journal of the American Geriatrics Society*, 1992/11, vol. 40, n° 11, p. 1151-1155.
- LACROIX A., ASSAL J.-P. *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot, 1998. 205 p.
- LEGER S., BEDOUCH P., ALLENET B., CALOP J. "**Culture pharmaceutique - Perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé**". *Journal de Pharmacie Clinique*, 2001, vol. 20, n° 2, p. 110-113.
- MANCIAUX M. A. "**L'observance**". In *Thérapeutique médicamenteuse en gériatrie*. Paris : Masson, 1993. p. 56-62.
- MOLINA N. *L'automédication*. Paris : PUF, 1988, 264 p. Les champs de la santé.
- POUILLARD J. "**Risques et limites de l'automédication**". *Bulletin de l'Ordre des médecins*, Avril 2001, p. 10-12.
- QUENEAU P., ASSOCIATION PEDAGOGIQUE NATIONALE POUR L'ENSEIGNEMENT DE LA THERAPEUTIQUE (APNET). *Automédication, autoprescription, autoconsommation*. Montrouge : John Libbey Eurotexte, 1998. 133 p.
- RAIKOVIC M. "**Le médicament au cœur des problèmes de santé**". *Décision santé - Le pharmacien hôpital*, 2000, n° 48 suppl., p. 7-8.
- REACH G. "**Application de la théorie causale de l'action à l'analyse de la non-observance thérapeutique**". *La presse médicale*, 2000, vol. 29, n° 35, p. 1939-1946.
- SALZMAN C. "**Medication compliance in the elderly**". *Journal of clinical psychiatry*, 1995, vol. 56, suppl. 1, p. 18-22.
- THOMAS P., HAZIF-THOMAS C., POUPET J.Y. "**Mécanismes de la iatrogénie chez les personnes âgées**". *La Revue de Gériatrie*, 1994, vol. 19, n° 6, p. 371-378.
- URCAM HAUTE-NORMANDIE, URML HAUTE-NORMANDIE. *Prescription médicamenteuse chez la personne âgée en Haute-Normandie : étude du risque iatrogénique*. Mont-Saint-Aignan : URCAM, 2002.

Enquêtes :

- BAYADA J. M., PRAS P., BERTRAND F., et al. "**Observance médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans et analyse de la littérature**". *La revue de gériatrie*, 1985/10, tome 10, n° 10, p. 459-324.
- BRENAN T.A. et al. "**Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard medical Practice study**". *Engl. J. Med.*, 1991, n° 324, p. 6-370.
- CHATEIL S., BENNOUN I., TESSIER S. *Observance thérapeutique chez les personnes âgées. Résultats de l'étude menée en Ile-de-France "Etude des représentations et pratiques des personnes âgées et de leurs aidants à domicile et en institution en Ile-de-France"*. Paris : CRESIF, 2001. 28 p.
- DESROCHES L., BOURRINET P. *L'automédication chez les personnes âgées : enquête auprès de patients consultant à l'hôpital*. Thèse de pharmacie : Paris XI, 1998.
- DE WAZIERES B., CAROL C., VERNA J., LEDESERT B. "**Analyse de la prescription médicamenteuse chez les plus de 65 ans en Languedoc-Roussillon**". *Revue de médecine interne*, 2002, vol. 23, n° 9, p. 745-750.
- FORCADE P. *L'automédication des personnes âgées : enquête par questionnaires dans trois foyers-logements ruraux*. Thèse de médecine : Kremlin Bicêtre, 1997.
- JEANDEL C., BARRAT V., PIERSON H., et al. "**L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez le sujet âgé : enquête portant sur 300 patients hospitalisés**". *La revue de gériatrie*, 1991/09, tome 16, n° 7, p. 319-324.
- KASSABI BOROWIEC L. *Facteurs et modalités de l'automédication : enquête auprès de la clientèle de médecins généralistes de l'Est parisien*. Thèse de médecine : Paris VI, 2001.
- LEGER S., BEDOUCH P., ALLENET B., CALOP J. "**Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé**". *Journal pharmaceutique clinique*, 2001, vol. 20, p. 110-113.
- PERELES L., ROMONKO L., MURZYN T., et al. "**Evaluation of a self-medication program**". *Journal of the American Geriatrics Society*, 1996, vol. 44, p. 161-165
- RABEYRIN R., PENIN F. *Les prescriptions médicamenteuses des médecins généralistes aux personnes âgées, enquête auprès de la CPAM de Nancy*. Thèse de doctorat en médecine : Université de Nancy I, 1990. 255 p.

Le rôle du pharmacien :

- AUGER S., FICHTER C., BIAJOUX I., et al. "**Audit des prescriptions médicamenteuses en service de gériatrie. Intérêt de la présence d'un pharmacien dans l'unité de soins**". *La Revue de Gériatrie*, 1999, vol. 24, n° 1, p. 29-38.
- BAUGUIL G., CHAMBA G., GALLEZOT J. "**Mais à quoi sert le pharmacien ?**". *La revue prescrire*, 1998/11, tome 18, n° 189, p. 796-797.
- FOURNIER C. "**Médicaments et personnes âgées. Le rôle du pharmacien**". *Gérontologie et Société*, 2002, n° 103, p. 177-186.
- GALEZ-ETOURNEAU C. *Usages, intérêts, risques économiques et sanitaires de l'automédication comme choix thérapeutique*. Thèse de pharmacie : Nantes, 2002.
- GUINER I. *Le rôle du pharmacien dans l'automédication en France*. Thèse de pharmacie : Limoges, 1995.
- JACQUEMET S., CERTAIN A. "**Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien**". *Les nouvelles pharmaceutiques trimestrielles : bulletin de l'ordre des pharmaciens*, 2000/07, n° 367, p. 269-275.

L'ordonnance, la prescription et le rôle du médecin prescripteur :

- COLLIN J., DAMESTOY N., LALANDE R. "**La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription des psychotropes aux personnes âgées**". *Sciences sociales et santé*, 1999, vol. 17, n° 2, p. 31-52.
- FAINZANG S. *Médicaments et société, le patient, l'ordonnance et le médecin*. Paris : PUF, 2001. 156 p. Collection Ethnologies Controverses.
- JEANDEL C., GRAILLE M., FERRY J. C. "**La prescription médicamenteuse chez la personne âgée**". *Revue de gériatrie*, 1996, tome 21, n° 7, p. 483-488.

- LAMBERT L., CAPOBIANCO J., BASTIEN P., MOSNIER A. "**La rédaction de l'ordonnance : un travail partagé. Le patient et la gestion de ses médicaments**". *La revue du praticien médecine générale*, 1999/09/13, tome 13, n° 468, p. 1295-1299.
- MONETTE J. "**La prescription rationnelle des médicaments chez la personne âgée**". *La Revue de Gériatrie*, 1996, vol. 21, n° 7, p. 495-501.
- MOUMJID-FERDJAOUI N., CARRERE M.O. "**La relation médecin-patient- l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale**". *Revue française des affaires sociales*, 2000, n° 2, p. 73-88.
- PIGUET V., CEDRASCHI C., DESMEULES J., et al. "**Prescription médicamenteuse : les attentes des patients**". *Médecine et hygiène*, 2000/04/12, n° 2296, p. 814-817.
- SERMET C. "**Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées**". *Les Cahiers Albert le Grand*, 1999, n° 140, p. 4-7.
- VETEL J.M. "**Choix d'un médicament en fonction de ses effets indésirables et prévisibles**". *La Revue de Gériatrie*, 1996, vol. 21, n° 7, p. 469-472.