

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 12 octobre 2016

par

Nicolas GIROULT

né le 30 novembre 1985, à Mont-de-Marsan

**Evaluation de l'observance médicamenteuse chez les personnes
âgées admises aux urgences adultes du CHU de Limoges**

Mise en rapport avec la fragilité, l'autonomie, les chutes et les données
socio-démographiques

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Thierry DANTOINE

M. le Professeur Daniel BUCHON

M. le Docteur Achille TCHALLA

M^{me} le Docteur Marion CHARENTON-BLAVIGNAC

Président

Juge

Juge

Membre invité





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 12 octobre 2016

par

Nicolas GIROULT

né le 30 novembre 1985, à Mont-de-Marsan

**Evaluation de l'observance médicamenteuse chez les personnes
âgées admises aux urgences adultes du CHU de Limoges**

Mise en rapport avec la fragilité, l'autonomie, les chutes et les données
socio-démographiques

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Thierry DANTOINE

M. le Professeur Daniel BUCHON

M. le Docteur Achille TCHALLA

M^{me} le Docteur Marion CHARENTON-BLAVIGNAC

Président

Juge

Juge

Juge



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE



DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE



MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<u>P.R.A.G.</u>	
GAUTIER Sylvie	P.R.A.G. ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



A notre faiseuse de merveilles, tu nous manques.



Remerciements

A Monsieur le Professeur **Thierry DANTOINE**,

Professeur des Universités, de Gériatrie et biologie du Vieillissement,
Praticien Hospitalier,
Chef de service

Vous me faites l'honneur de votre présence et de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de vos enseignements et de votre confiance. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Professeur **Daniel BUCHON**,

Professeur de Médecine Générale,
Médecin Généraliste à Bugeat (19)

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Je vous remercie pour votre enseignement sage, prévenant et didactique. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur **Achille TCHALLA**,

Maître de Conférences des Universités, Gériatrie et biologie du Vieillissement,
Praticien Hospitalier,
Responsable de l'unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse, et de m'avoir soutenu tout au long de ce parcours. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le docteur **Marion CHARENTON-BLAVIGNAC**,

Gériatrie et biologie du Vieillissement,
Unité de Prévention, de Suivi, et d'Analyse du Vieillissement
Praticien Hospitalier

Je te remercie pour l'intérêt porté à mon travail, et tes conseils aux moments où je me suis un peu égaré. Sois assuré de tous mon respect et ma gratitude.



A ma famille

A mes Parents. Cette page serait trop courte si je voulais y faire figurer tout ce que je vous dois. Vous avez fait de moi la personne que je suis. J'espère ne pas vous décevoir. Ce serait un euphémisme de dire que sans vous, je n'en serai pas là. Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné. Merci de m'avoir poussé au bout. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci d'avoir toujours été d'un soutien sans faille même dans les moments les plus « enflammés ».

A Sarah. Mon amour, ma plus heureuse trouvaille au moment où j'en avais le plus besoin. Tu as su me rendre le sourire, et tu continues à le faire chaque jour. Rien ne me rend plus heureux que l'avenir qui se dessine à tes côtés. Je te remercie également pour ta relecture assidue et critique de ce travail.

A ma grand-mère, un amour de mamie. Tu n'es sûrement pas pour rien dans le choix de la voie que j'ai pris le pari d'emprunter.

A ma Marraine, et mes cousins Charlène, Elodie et Florian. Ma deuxième famille. J'ai passé la majeure partie de mon enfance à vos côtés, quel bonheur et que de souvenir. Je regrette de ne pouvoir être plus souvent auprès de vous, dans les moments difficiles ou les plus heureux, notamment avec ces trois mignons petits cousins que vous nous avez offert.

Aux autres de mes tantes, oncles et cousins, trop de monde pour tous les citer.

A ma belle-famille pour son accueil toujours chaleureux.

A mes amis :

A mes tutrices, Julie et Fanny. La joie d'avoir pu vous rencontrer et vos côtoyer tout au long de ces longues années de fac n'a d'égal que vos fortes... personnalités...

Au Barsouillos, Florent, Matthieu, Rémy, Amaury, Péyo, Hélène, Laure, Hugo, Antoine et même Simon. Sans oublier tous les +1. Emilie, Aurélie, Céline, Anne-So, Emilie, ?, ?, Emilie, Auriane, et même Camille. C'est toujours un énorme bonheur de vous retrouver, même après de long mois sans se voir, on a toujours des choses à se dire, et on trouve toujours le moyen de se marrer. Ça dure depuis plus de 15 ans, et ce n'est pas prêt de s'arrêter.

Aux Copains©, Ouin-ouin, Quentin, Doubi, Sam, Noucouille, Régis, Jo, Polo, Tio, Tutu, Coco, Marine, Jeanne, Marta, les de Bort', Clément, Sarah, Igor, Zozo, ToineA, Bidou, Charlotte et les autres... C'est un peu grâce à vous si cette thèse est produite avec quelques années de retard...



A mes collègues et maîtres.

A Hélène Chable. Ce fut un bonheur de t'avoir comme chef pour mes premiers pas d'interne. Merci pour ta formation gériatrique, ta bonne humeur, tes conseils avisés, et ta danse de la victoire...

A toute l'équipe du service de PUG-MIG. Merci pour cet accueil chaleureux parmi vous tout au long de ces deux semestres.

Au Docteur Philippe Sauvage et l'équipe du 4A de Rebeyrol.

A Marie-Agnès Picat. Merci pour tes multiples et précieux enseignements, c'était un plaisir et un honneur d'être ton interne pendant 6 mois. Je te remercie pour ta gentillesse, ta patience et ta bienveillance devant mes constantes étourderies, ainsi que de ta préoccupation pour ce travail et du temps que tu m'as offert pour que je puisse le produire à l'heure.

A la fraîche et pétillante équipe d'assistante-sociales avec qui j'ai eu le plaisir d'apprendre et travailler. Carine Chou, « la reine » ; Aurélie, « l'élève » ; et Cécile, « l'intérimaire »...



Table des matières

Introduction	20
I. Présentation des concepts	21
I.1. La iatrogénie médicamenteuse	21
I.1.1. Définition	21
I.1.2. Epidémiologie.....	21
I.1.3. Iatrogénie et personnes âgées	22
I.2. L'observance	23
I.2.1. Définitions des termes	23
I.2.1.1 Observance	23
I.2.1.2 Adhésion thérapeutique	23
I.2.1.3 Alliance thérapeutique.....	24
I.2.1.4 Empowerment.....	24
I.2.1.5 Persistance	25
I.2.2. Comment mesurer l'observance	25
I.2.2.1 Méthodes directes de mesure de l'observance	25
I.2.2.2 Méthodes indirectes de mesure de l'observance.....	26
I.2.3. Facteurs influençant l'observance	27
I.3. La fragilité	30
I.3.1. Définition	30
I.3.2. Physiopathologie	31
I.3.3. Conséquences	31
I.3.4. Méthodes d'évaluation.....	32
I.3.5. La fragilité et le médicament.....	33
I.4. L'autonomie	33
I.4.1. Définitions autonomie et dépendance.....	33
I.4.2. Evaluation de l'autonomie.....	34
II. Article original.....	35
II.1. Introduction.....	36
II.2. Matériels et méthode.....	36
II.2.1. Schéma de l'étude.....	36
II.2.2. Cadre de l'étude	36
II.2.3. Population étudiée.....	37
II.2.4. Variables étudiées	37
II.2.5. Critères de jugement	38
II.2.6. Recueil des données	38



II.2.7. Analyse statistique.....	38
II.3. Résultats.....	38
II.4. Discussion	45
II.4.1. Principaux résultats	45
II.4.2. Forces et faiblesses de l'étude	46
II.4.3. Cohérence externe	47
II.4.4. Synthèse et perspective	48
Conclusion	50
Références.....	51
Annexes	57
Serment d'Hippocrate.....	62



Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux en fonction de l'observance	39
Figure 2 : Taux d'observance selon les classes d'âge.....	40
Figure 3 : Taux d'observance en fonction du sexe.....	41



Table des tableaux

Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population étudiée.....	42
Tableau 2 : Devenir des patients en fonction de l'observance	43
Tableau 3 : Devenir des patients en fonction de la fragilité (SEGA).....	44
Tableau 4 : Devenir des patients en fonction de l'autonomie	44
Tableau 5 : Devenir des patients en fonction de leur mode de vie	45



Introduction

La personne âgée est particulièrement sensible à la problématique du médicament. Avec l'avancé en âge, apparaissent des modifications physiologiques, ainsi qu'une augmentation des comorbidités engendrant une polymédication. Ces facteurs font que la population gériatrique est, plus que la population générale, soumise aux effets indésirables, aux interactions et à la iatrogénie que les médicaments peuvent provoquer.

Les personnes âgées, parce que polypathologiques et polymédiquées, sont souvent exclues des essais cliniques validant les effets des médicaments et leur mise sur le marché. L'utilisation de ces médicaments dans cette population se fait donc de manière empirique, par extension de ce qui fonctionne chez l'adulte jeune. Ce qui expose d'autant plus les personnes âgées aux effets iatrogéniques des médicaments.

De plus, dans la pratique courante, on a tendance à considérer que prescrire vaut pour administrer, et on préjuge la personne âgée comme étant docile aux recommandations médicales. Or la population gériatrique n'est pas plus observante de ses traitements que le reste de la population générale. D'autant plus qu'elle est plus exposée à de multiples facteurs favorisant l'inobservance, tels que les effets secondaires, ou les troubles cognitifs.

Un concept important encore en plein développement en gériatrie est celui de la fragilité. Si sa définition ne fait pas encore l'objet d'un consensus clair, sa réalité clinique est bien prouvée ; tout autant que les conséquences en termes d'évènements de santé péjoratifs qu'elle favorise. Une des conséquences majeures de la fragilité est la perte d'autonomie, souvent précédée par l'apparition de chutes. Si la définition initiale de la fragilité porte sur des critères physiques et moteurs, apparaissent maintenant des définitions plus larges intégrant des aspects cognitifs et sociaux-environnementaux. Une approche nouvelle a même été proposée récemment, la fragilité pharmacologique.

Avec ce travail, nous souhaitons nous intéresser aux rapports que ces notions de fragilité, autonomie, chute, pouvaient entretenir avec le médicament chez les personnes âgées. Nous souhaitons réaliser cette évaluation aux urgences car ce service représente une interface intéressante entre la médecine de ville et l'hôpital. Une expérience concomitante effectuée dans le service de Médecine d'Urgence de la Personne Agée évaluait l'intérêt de la conciliation et de la revue médicamenteuse dès le service des urgences, et l'impact qu'elles pouvaient avoir. Nous jugions utile de compléter cette évaluation par l'examen de l'observance médicamenteuse des personnes âgées, afin de pouvoir proposer, tant aux médecins traitants qu'aux praticiens hospitaliers, une évaluation plus complète de la problématique médicamenteuse chez ces patients.

Dans une première partie, nous expliquerons brièvement les grands concepts explorés dans ce travail, et la seconde partie présentera l'étude réalisée pour cette thèse sous forme d'un article original.



I. Présentation des concepts

I.1. La iatrogénie médicamenteuse

I.1.1. Définition

Le terme iatrogénie provient du grec « iatros » (= médecin) et « génos » (= cause). L'étymologie renvoie donc à une définition signifiant : « qui est provoqué par le médecin ».

L'OMS définit la iatrogénie médicamenteuse comme « *tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament utilisé chez l'homme à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques* »[1]

La commission européenne élargit la définition de iatrogénie médicamenteuse en intégrant les réactions causées par :

- Un mésusage (acte intentionnel du médecin, comme une prescription hors AMM ou un non-prise volontaire du malade),
- Une erreur médicamenteuse (involontaire comme une prescription inappropriée ou une omission),
- Un abus et une exposition professionnelle.

Dans la caractérisation de la iatrogénie médicamenteuse, trois modalités de prescription sub-optimale ont été décrites :

- L'excès de traitement (overuse)

Il s'agit de l'utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication (l'indication n'a jamais existé ou n'existe plus), ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité (service médical rendu insuffisant.)

- La prescription inappropriée (misuse)

Il s'agit de l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus.

- L'insuffisance de traitement (underuse)

Il est défini comme l'absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité.

I.1.2. Epidémiologie

En France, la iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les plus de 80 ans. [2]

L'enquête nationale sur les effets indésirables (ENEIS) réalisée en 2004 a montré que près de la moitié des accidents médicamenteux recensés étaient évitables et qu'un tiers d'entre eux étaient liés à des indications erronées (overuse.) [3]

En 2005, une étude française a relevé que le taux de prescriptions inappropriées chez les personnes âgées était de 21%. [4]



I.1.3. Iatrogénie et personnes âgées

L'âge, en lui-même, ne semble pas être un facteur de risque d'accident iatrogénique, mais il est par contre un facteur de gravité de ces accidents. [5]

La polymédication est un facteur de risque indépendant d'accidents iatrogènes, et la polypathologie est un facteur de gravité de ces accidents.

Les personnes âgées sont généralement polymédiquées. En France, les sujets de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80 ans et plus. [6] Les personnes âgées vivant en EHPAD sont encore plus polymédiquées. Si on se réfère aux données de la cohorte PAQUID, celles-ci prennent en moyenne 5,2 médicaments par jour, et 56% d'entre-elles prennent plus de 4 médicaments. [7]

Plusieurs facteurs augmentent le risque iatrogénique chez le sujet âgé. On distingue : [8]

- Ceux liés au sujet

Modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées au grand âge, polypathologie, démence, insuffisance rénale, dénutrition, troubles locomoteurs, déficit sensoriel. La fragilité est un facteur de risque majeur de iatrogénie médicamenteuse. [9]

- Ceux liés au traitement

Polymédication, médicaments cardiovasculaires, psychotropes, médicaments à marge thérapeutique étroite, certaines formes galéniques comme les gouttes.

- Le rôle précipitant des événements intercurrents aigus.

Des liens entre événements de santé indésirables et médicaments ont fréquemment été mis en évidence chez les personnes âgées. Les chutes sont fortement associées aux prises de benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs et certains antihypertenseurs. [10] La confusion mentale est associée à la polymédication, particulièrement chez les sujets fragiles, [10] et les antipsychotiques augmentent le risque d'AVC chez les patients déments. [10]

Les personnes âgées sont plus susceptibles au phénomène d'interactions médicamenteuses. Ce risque augmente avec la fragilité. Et les effets des interactions sont plus grave que chez l'adulte jeune. [11]

La majorité des effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées sont évitables, et associés à des médicaments très fréquemment prescrits. [12]

La revue de l'ordonnance est une évidence chez les personnes âgées comme partie d'une intervention multifactorielle afin de réduire le risque de iatrogénie. Si la déprescription de médicaments inappropriés est indispensable, elle ne doit toutefois pas être responsable d'une insuffisance de traitement. Une expérience canadienne de diminution de la polymédication chez le sujet âgé, via une participation financière accrue des malades, s'est traduite par une diminution du nombre de médicaments pris, incluant des médicaments essentiels. De ceci a résulté une aggravation de l'état de santé qui s'est traduit par un recours accru aux urgences hospitalières. [13]

Dans le but de diminuer la iatrogénie chez la personne âgée, la loi de santé publique du 9 août 2004 a retenu dans ses objectifs prioritaires l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Différents organismes tels que la HAS, l'AFSSAPS, ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ont établi des recommandations en vue de cette amélioration.

I.2. L'observance

I.2.1. Définitions des termes

I.2.1.1 Observance

Ce terme, issu du latin « observantia », est défini par le dictionnaire Larousse comme « *l'exécution des règles de la pratique religieuse, l'obéissance à ces règles, ou la règle elle-même* ».

En 2003, l'OMS définit l'observance comme « *le degré jusqu'où le comportement du patient (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes alimentaires, de modification de style de vie) coïncide avec un avis médical ou une recommandation qui lui a été prescrite* ». [14]

En France, le terme d'observance est apparu dans la littérature dans les années 70. Il est observé que les termes d'observance et de compliance sont employés indifféremment. Sur le plan scientifique international, il n'existe pas de différence entre ces deux notions. Mais plus récemment, sont sortis des articles mettant en évidence des différences entre les deux termes, du moins dans la langue française.

L'observance est la traduction du mot anglais compliance. En revanche, en français, le terme de compliance insiste davantage sur l'idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite par le médecin. Cette différence s'appuie notamment sur la définition du verbe anglais : « *to comply with* » veut dire se soumettre, suivre conformément. [15]

Des définitions plus récentes de l'observance vont s'éloigner de cette conception normative pour y voir un espace de collaboration possible entre le médecin et le patient. Elle est alors définie comme « *un espace de confrontation entre les exigences médicales et les ressources que le sujet pourra développer et mobiliser pour s'adapter à sa situation de malade* ». [16]

On s'écarte ainsi du seul respect à l'injonction ou à la norme médicale, pour y intégrer également l'idée d'échanges, de discussions entre le praticien et le malade. Ce dernier devient partie prenante du processus de soins.

I.2.1.2 Adhésion thérapeutique

Etudier le phénomène d'observance nécessite de tenir compte non seulement du point de vue du prescripteur mais aussi de celui des patients. Or la majorité des recherches aborde cette évaluation à partir des questions soulevées par les professionnels. Ce « *médico-centrisme* » est aujourd'hui remis en question, ce qui va conduire à la notion d'adhésion au traitement, définie comme « *une appropriation réfléchie de la part du patient de la prise en charge de sa maladie dans la mise en pratique d'un comportement prescrit* ». [17]

L'adhésion, fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements. C'est le caractère le moins mesurable de l'observance



thérapeutique. En effet, dans les essais cliniques, ce qui est mesuré c'est la dimension comportementale de l'observance : le sujet prend-il correctement son traitement ? Suit-il les recommandations médicales ?

Concernant l'adhésion, il s'agit du degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique.

L'adhésion thérapeutique trouve sa signification dans un rapport plus médical et social, qui considère que le patient doit être partie prenante de son traitement. Il faut qu'il « adhère » à sa thérapeutique et non pas qu'il « se soumette » uniquement à sa prescription.

La notion d'adhésion permet de sortir d'une classification des patients en « bons » et « mauvais », et d'une conception de la relation patient-médecin qui cantonne le patient dans un rôle inactif, d'obéissance stricte à la norme, sans prendre en compte le processus dynamique d'une relation de soins installée dans la durée. La personne malade doit être partie prenante de son traitement, elle doit « adhérer » à sa thérapeutique.

I.2.1.3 Alliance thérapeutique

De plus en plus, la notion d'alliance thérapeutique a tendance à être préférée à celle d'observance ou d'adhésion. Ce terme, initialement utilisé dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques psychiatriques, tant à se démocratiser dans le domaine des pathologies chroniques somatiques, notamment avec le développement des programmes d'éducation thérapeutique. [18]

L'alliance thérapeutique fait appel au principe de réciprocité dans la relation médecin-patient. Les deux protagonistes, et non plus uniquement le patient, font des concessions dans leur attitude face à la maladie.

Une alliance thérapeutique réussie se traduit par un inversement du rapport de force, le patient a le sentiment d'avoir une « certaine emprise » sur son médecin et celui-ci renforce la confiance de son patient « en ne prêchant pas dans le désert. » [19]

I.2.1.4 Empowerment

C'est dans cette perspective de « prise de décisions » du patient, qu'apparaît le terme d'empowerment. Cette notion anglo-saxonne qui ne connaît pas de traduction précise en français (« capacitation » ?) se définit comme « *le processus par lequel un patient augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie.* » [20]

Ce terme d'empowerment obéit à une dynamique de concordance et d'adhérence plus que d'observance. C'est une idée nouvelle dont le concept se développe dans certaines branches de l'éducation thérapeutique, et qui est utilisé dans le suivi de patients chroniques.



I.2.1.5 Persistance

La persistance est une notion différente de l'observance. Elle est définie en langue française comme « *un état de maintien d'une fonction ou d'une action malgré des facteurs contraires.* »

La société mondiale de pharmacologie définit la persistance comme « *la durée de temps entre l'initiation et l'arrêt de prise du traitement.* » Ainsi elle l'oppose à l'observance qu'elle définit comme la conformité de la prise médicamenteuse en termes de dosage, de fréquence et de délai entre les prises. [17]

I.2.2. Comment mesurer l'observance

Il n'existe pas de méthode « gold standard » pour évaluer l'observance thérapeutique, permettant une mesure sensible, spécifique, facile à utiliser et peu coûteuse. En fonction des pathologies et du contexte clinique, les équipes de chercheurs adaptent leur méthodologie d'étude à chaque situation.

On distingue néanmoins deux types de méthodes, directes et indirectes, aux avantages et aux limites différents. Leur complémentarité justifie l'intérêt de les combiner entre elles.

Ces mesures posent le problème du niveau à définir pour considérer un patient observant ou non, alors qu'il s'agit d'un comportement pouvant s'étaler et varier dans le temps. De façon consensuelle dans les essais thérapeutiques, pour évaluer l'observance thérapeutique, on utilise un ratio appelé MPR (Medication Possession Ratio = ratio de médicaments pris). Il s'agit du rapport, exprimé en pourcentage, entre le nombre de médicaments pris et le nombre de médicaments prescrits, sur une période donnée. [18]

Le MPR détermine donc le degré de concordance entre le comportement du patient et les recommandations du médecin. Il aide à la détermination d'un seuil suffisant pour obtenir l'effet thérapeutique attendu. Le seuil d'efficacité du médicament est variable en fonction du traitement et des pathologies.

Pour la plupart des maladies chroniques, ce seuil d'efficacité est défini à partir de 80% de MPR. [18] (Sauf dans le VIH où il est nécessaire que le patient soit observant à au moins 95% pour avoir l'effet attendu sur la charge virale sans entraîner de résistance.)

I.2.2.1 Méthodes directes de mesure de l'observance

- Le dosage biologique du médicament ou de son métabolite :

Il est possible de doser dans le sang ou les urines le médicament ou son métabolite, pour vérifier une prise récente du médicament.

Cette méthode n'est faisable que sur certains médicaments, ne vérifie que la prise de médicament précédant le dosage biologique et dépend du métabolisme du patient et du médicament.

Cette méthode onéreuse n'est donc pas de pratique courante et n'est utilisée que pour valider d'autres méthodes plus simples.



- L'observation de la prise par les soignants :

L'observation directe de la prise médicamenteuse par le personnel de santé est fiable mais non applicable en médecine générale, et n'est pas très moderne ; elle va en effet à l'encontre du principe d'autonomie du patient et peut mettre en péril la relation de confiance médecin-patient.

De plus, si cette méthode est la plus efficace pour évaluer l'observance, elle reste difficilement réalisable en pratique, du fait de l'impossibilité d'associer un « observateur » à chaque patient, 24 heures sur 24, même lors d'essais cliniques.

I.2.2.2 Méthodes indirectes de mesure de l'observance

- L'avis des soignants sur la prise médicamenteuse de leur patient :

Les médecins sont les plus mauvais pour évaluer l'observance de leurs patients, en majorité ils la surestiment.

- La mesure de l'effet biologique ou thérapeutique du médicament :

Cette méthode mesure l'effet attendu clinique ou biologique du médicament. Par exemple, la baisse de la tension artérielle, et de la fréquence cardiaque pour les bêta-bloquants, ou la mesure de la CRP et de la VS dans le suivi des maladies rhumatismales inflammatoires.

Cette mesure de l'observance dépend cependant des variations inter et intra-individuelles de réponse au médicament. Une tension artérielle peut être insuffisamment contrôlée malgré un traitement antihypertenseur bien conduit.

- Le décompte des comprimés (« pill-count ») :

Le décompte des comprimés restant dans les boîtes est simple en pratique. Il révèle même une non-observance plus importante qu'avec un auto-questionnaire mais il comporte de nombreux biais.

Le patient doit rapporter la boîte en officine ou chez son médecin, cette demande peut modifier le comportement habituel du patient et rien ne prouve que les médicaments aient été effectivement pris.

- L'auto-questionnaire :

Plus standardisé que le simple interrogatoire du patient ou de sa famille, l'auto-questionnaire interroge les patients sur leur prise médicamenteuse habituelle.

Certains questionnaires sont simples et courts comme le questionnaire de Morisky-Green. [21] Initialement validé dans une étude menée sur l'observance des anti-hypertenseurs, il est également utilisé pour l'évaluation des traitements oraux dans d'autres maladies. De plus, ce questionnaire est validé en langue française. [22]



Les auto-questionnaires ont l'avantage de canaliser les réponses des patients et d'établir un score d'observance. Ils ont moins tendance à surestimer l'observance des patients qu'un simple interrogatoire (par peur de déplaire au médecin ou par oubli de leur non-observance).

Ce sont les méthodes d'évaluation de l'observance les plus simples, utilisables et utilisés dans le cadre de la médecine générale.

- L'analyse du renouvellement des ordonnances à partir de registres :

Cette méthode exprime le pourcentage du nombre de jours où le patient, n'ayant plus de médicament, n'a pu être observant. Un taux supérieur à 20 % établit le malade comme non-observant. [23]

Cette méthode suppose néanmoins que le patient se fournisse toujours dans la même pharmacie et ne garantit pas que le patient ait pris réellement ses comprimés.

- Le comptage électronique de l'ouverture des piluliers et des flacons :

Il existe plusieurs systèmes électroniques de comptage du nombre d'ouvertures des flacons (le MEMS : Medication Event Monitoring System), des piluliers (Pill Box Monitor), des blisters (Unit Dose Monitor) ou du nombre d'inversions des flacons (Eye Drop Monitor, Nebulizer Chronolog utilisés dans le traitement de l'asthme). [18]

Ces systèmes représentent une réelle avancée dans l'évaluation de l'observance thérapeutique. Ils sont de plus en plus utilisés dans les études cliniques car considérés comme plus fiables et décrivent la prise médicamenteuse quotidienne de façon précise (nombre et horaire des prises).

En effet, le taux de non-observance est plus important qu'avec les méthodes de décompte de comprimés ou les auto-questionnaires.

Néanmoins, ils sont chers, ne s'assurent pas que la prise de médicaments soit réelle et peuvent modifier le comportement des patients.

A ce jour, aucune méthode ne permet d'évaluer l'observance de façon précise et non biaisée, ce qui explique les difficultés d'interprétation et d'exploitation des résultats obtenus dans le cadre des études.

I.2.3. Facteurs influençant l'observance

Depuis les années 50, de nombreux travaux dans les sciences sociales ont étudié les comportements d'observance des patients et leur motivation. La revue de littérature réalisée par Haynes en 1976 a démontré que pas moins de deux cent facteurs affectaient l'observance. [24]



Au fil des études, il a été décrit 5 déterminants majeurs influençant l'observance [25] :

1. Le patient :

Les caractéristiques cognitives, comportementales, sociales, émotionnelles, culturelles du patient conditionnent sa représentation personnelle de la maladie et de son traitement.

L'âge du patient entre également en compte. Être âgé de plus de 70 ans ou être un enfant (en particulier un adolescent) sont des caractéristiques démographiques de moins bonne observance.

La personne âgée peut cumuler les obstacles : polymédication, difficultés mnésiques, défaut d'élimination rénale ou hépatique des médicaments et mauvaise tolérance des médicaments. [26]

Le statut socio-professionnel joue également un rôle dans l'observance thérapeutique, de par les contraintes horaires de prise de médicament, ou le coût des traitements.

Le rôle des émotions est primordial dans l'observance thérapeutique. On peut citer la peur des complications de la maladie, ou des effets indésirables d'un traitement, la honte induite par la prise de médicaments en public, l'anxiété et le sentiment d'être déprimé comme freins à l'observance thérapeutique.

On peut prendre l'exemple de certaines croyances religieuses interdisant la transfusion sanguine, du vécu personnel ou familial d'effets indésirables de tels ou tels médicaments, ou d'une conviction personnelle que certains vaccins sont dangereux. Ainsi, un certain déterminisme socio-culturel conditionne l'observance des patients.

2. La maladie :

Les caractéristiques de la maladie sont prédictives de l'observance thérapeutique : la symptomatologie, la durée et la nature de la maladie sont essentiels. [25]

C'est pourquoi, les maladies peu symptomatiques (et surtout indolores), chroniques, psychiatriques sont les plus touchées par ce manque d'observance. [18]

La durée longue d'un traitement est un facteur d'inobservance évident. Dans les maladies chroniques, les contraintes d'un traitement au long cours pour un bénéfice invisible à court et moyen terme, concourent à la lassitude des patients et à leur défaut de persistance thérapeutique.

La nature de la pathologie est une composante essentielle. Certaines maladies comme la dépression ou l'obésité souffrent d'une faible observance thérapeutique.

3. Le traitement :

Il est évident que le sentiment d'efficacité d'un traitement et sa bonne tolérance conditionnent l'observance et surtout la persistance.

Le fait de prévenir le patient des effets indésirables connus du médicament, et de les anticiper, permet d'éviter l'effet de surprise et améliore l'observance. [25]



La complexité du traitement est également à considérer. La non-observance augmente à mesure que le nombre de comprimés à prendre par jour croît (de 15% pour un comprimé journalier à 35% pour plus de cinq comprimés journaliers). [27]

Les caractéristiques du traitement jouant sur l'observance sont :

- la voie d'administration du médicament (les injections sont moins oubliées que les comprimés),
- la galénique du médicament (par exemple, les gélules sont perçues plus « médicamenteuses » que les comprimés),
- le nombre de prises journalières (rythmées par les repas ou non),
- la durée du traitement,
- sa visée plus préventive que curative,
- l'interférence avec la qualité de vie.

C'est pourquoi les traitements des facteurs de risque cardio-vasculaires (notamment l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, le tabagisme) sont peu suivis par les patients, surtout en prévention primaire.

4. La relation médecin-patient :

La qualité de la relation médecin-patient influence indubitablement l'observance thérapeutique. Le patient a besoin de faire confiance au médecin prescripteur pour suivre sa prescription, le bénéfice d'une bonne relation entre médecin et patient sur l'observance est démontré dans diverses études. [28]

5. Le système de soins :

Une des clés dont nous disposons pour favoriser l'observance thérapeutique est l'amélioration de l'organisation du système de soins français.

Les facteurs sur lesquels nous devons nous pencher sont :

- la disponibilité des médecins,
- la coordination des informations entre les soignants,
- le temps passé à donner des explications dans une consultation où le temps est compté,
- le délai des rendez-vous médicaux,
- la fréquence des consultations,
- l'intérêt des médecins pour l'observance.

Dans les maladies chroniques et notamment le diabète, il a été démontré que la hausse de la fréquence des consultations améliorerait l'observance thérapeutique et diminuait le taux d'HbA1c des patients diabétiques. [29]



I.3. La fragilité

I.3.1. Définition

Le thème « frailty », traduit en français par le mot « fragilité », a émergé dans la littérature médicale dans les années 80.

Ce concept de fragilité sert à identifier les personnes âgées vulnérables et à distinguer des concepts d'autonomie/dépendance, ou de comorbidités. Il facilite la compréhension de l'hétérogénéité de la population âgée. A la fin des années 90, une première définition est proposée par L. Fried : « *La fragilité est une vulnérabilité liée à l'avancée en âge, due à une altération des réserves homéostatiques de l'organisme qui devient incapable de surmonter un quelconque stress.* » [30]

La société Française de Gériatrie et Gérontologie définit la fragilité comme : « *une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.* » [31]

Si la réalité clinique de ce concept est reconnue par la communauté scientifique, il n'existe toujours pas de définition consensuelle de la fragilité. [32]

La reconnaissance des domaines cliniques qui caractérisent le syndrome de fragilité a été le sujet de plusieurs réunions d'experts. La diminution de la force, la sensation de fatigue, la perte involontaire de poids, la lenteur et l'inactivité apparaissent comme les domaines clés. Selon les équipes, s'ajoutent également l'isolement social et les comorbidités, parmi lesquelles la dépression et les déficiences cognitives [33] sont fréquemment évoquées. [34]

La première définition clinique est l'approche opérationnelle du phénotype de la fragilité de Fried. Ces critères sont fondés sur une physiopathologie énergétique et motrice permettant de définir un phénotype. Ce sont [35] :

- L'anorexie,
- La perte de poids involontaire,
- La sensation de fatigue voire d'épuisement,
- La diminution de la force de préhension,
- Le ralentissement de la marche.

Le phénotype de fragilité se définit par la présence de 3 des critères susmentionnés alors qu'un état de pré-fragilité correspond à 2 critères.



De même, il se développe d'autres critères de fragilité fondés sur l'intégration de facteurs cognitifs et sociaux, regroupés sous le terme de "fragilité multi-domaines". Ils comprennent plusieurs domaines : la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, la continence urinaire, les capacités pour les activités de la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les comorbidités. [31]

I.3.2. Physiopathologie

La recherche fondamentale suggère que la fragilité résulte du cumul progressif de déficiences d'un ou plusieurs systèmes physiologiques. [36] Ce processus s'inscrivant tout au long de la vie. Progressivement, les performances des systèmes cardiovasculaires, immunitaires, nerveux, rénaux, endocriniens, musculosquelettiques diminuent et approchent des seuils en deçà desquels leur fonctionnement est compromis lors d'un stress. Pour certains, ce processus traduit une accélération des processus de vieillissement ; pour d'autres, la fragilité est un état pathologique relevant de mécanismes physiopathologiques propres et distincts de l'avancée en âge.

Il n'existe pas, là non plus, de consensus sur le ou les processus physiologique(s) conférant un syndrome de fragilité à une personne âgée. Cependant il est habituellement considéré que trois systèmes physiologiques sont plus particulièrement impliqués dans la fragilité de la personne âgée : la sarcopénie [37], le dysfonctionnement immunitaire, et les dysrégulations neuroendocriniennes. [38] [39]

I.3.3. Conséquences

Différentes études ont pu définir la fragilité comme un concept évolutif en trois étapes, la phase de pré-fragilité, la fragilité proprement dite, et les conséquences de la fragilité pour l'individu. [40] [41]

S'il n'y a pas de consensus clair sur la définition de la fragilité, sa physiopathologie ou les moyens de la mettre en évidence, tous s'accordent sur sa réalité clinique, et les conséquences néfastes qu'elle entraîne.

Les conséquences individualisées de la fragilité sont :

- Les troubles de la mobilité,
- Les chutes, leurs répétitions et leurs conséquences fracturaires,
- L'accroissement de la consommation médicamenteuse,
- L'augmentation de la demande en soins,
- Les séjours hospitaliers itératifs,
- L'entrée en dépendance,
- L'institutionnalisation,
- La mort.



Toutefois, il a été démontré que la fragilité est un phénomène réversible. [42] L'activité physique régulière et la supplémentation en micronutriments favorisent l'augmentation de la force, de l'équilibre et du statut nutritionnel.

I.3.4. Méthodes d'évaluation

A ce jour, aucune échelle ne s'est clairement imposée. L'une des difficultés réside dans l'élaboration d'une échelle déterminant un score fixe pour un concept dynamique. Les prévalences très variables du syndrome de fragilité témoignent des divergences des échelles utilisées. Certains travaux ont rapporté qu'en fonction des échelles, la prévalence de la fragilité s'échelonne de 33 à 88% dans une même population. [43]

Les critères les plus utilisés sont ceux de Fried, précités. Ils permettent facilement de classer une personne âgée comme robuste, préfragile, ou fragile.

Une autre échelle largement répandue est l'index de fragilité (CHSA Clinical Frailty Scale) [44] qui a été élaboré à partir de nombreuses variables. Cet index a démontré une augmentation exponentielle de la fragilité avec l'âge, et est fortement corrélé à la mortalité. Il classe les patients en 7 groupes, de « très en forme » à « sévèrement fragile ».

Devant ce manque de « gold-standard » pour l'évaluation de la fragilité, de nouvelles échelles se développent. En effet, il paraît indispensable de dépister ce syndrome réversible, aux conséquences fortement péjoratives.

Dans ce but, le gérontopole de Toulouse a défini des critères simples permettant d'identifier une population à risque et nécessitant une évaluation gériatrique standardisée (Gerontopole Frailty Screening Tool) [45]. La structure mise en place a permis, chez les patients détectés, d'identifier les causes de la fragilité, d'établir des recommandations non pharmacologiques et des interventions thérapeutiques, en interaction avec le médecin généraliste, pour optimiser la prise en charge de ces patients fragiles. [46]

De même, se sont développées des échelles permettant une évaluation rapide des personnes âgées lorsque celles-ci sont admises aux urgences. Ces échelles sont utilisées pour détecter un état de fragilité devant nécessiter une attention particulière et pour orienter la prise en charge de ces patients.

On peut citer la grille ISAR (Identification Senior At Risk) dont un score ≥ 2 indique la nécessité d'une évaluation par un gériatre. [47]

Il existe également la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) [48] permettant de classer les patients en trois groupes, de « peu fragiles » à « très fragiles ».



I.3.5. La fragilité et le médicament

Les modifications physiologiques apparaissant avec l'évolution du processus de fragilité ont aussi, logiquement, des conséquences sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments.

La diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse peut modifier la biodisponibilité des médicaments hydrosolubles et augmenter le volume de distribution des médicaments liposolubles (les benzodiazépines par exemple). La dénutrition augmente la fraction libre des médicaments transportés par l'albumine. De même, l'altération de la fonction rénale peut modifier l'élimination des médicaments et augmenter les risques de surdosage.

Tout ceci augmente considérablement le risque de iatrogénie chez le sujet âgé. Les effets indésirables des médicaments (tout autant que la peur de ceux-ci) étant une cause de non-observance médicamenteuse, cela augmente aussi les risques d'inobservance thérapeutique. [49]

C'est à partir de ce constat qu'a été proposé une nouvelle identité nosologique, la fragilité pharmacologique, afin de mieux cerner les problèmes présentés par le médicament chez les personnes âgées fragiles. [50]

I.4. L'autonomie

Au 1^{er} janvier 2012, la France métropolitaine comptait 1,17 millions de personnes âgées dépendantes, et le coût de cette dépendance représenterait environ 25 milliards d'euros. [51] Selon des estimations de l'INSEE, elles seront 2,3 millions en 2060. [52]

Dans le Limousin, on compte 23 400 personnes âgées dépendantes. Cela correspond à un taux légèrement supérieur à 3% de la population limousine, ce qui est supérieur à la moyenne nationale. On estime qu'il y en aura 4000 de plus à l'horizon 2030.

I.4.1. Définitions autonomie et dépendance

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.

L'autonomie est parfois définie comme l'absence de dépendance. Cette vision est réductrice et déracinée de ses sources philosophiques et morales qui en font une valeur fondatrice de la démarche gériatrique.

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.



Afin de distinguer les différents niveaux de retentissement des maladies, l'Organisation Mondiale de la Santé a repris l'analyse fonctionnelle des maladies de Wood. [53]

Cette analyse distingue la déficience, l'incapacité et le handicap.

- La déficience correspond à une anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique, mais, le plus souvent, elle est symptomatique et équivaut à la maladie.
- L'incapacité représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en termes de fonction ou de performance.
- Le handicap est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité.

Par exemple, une diminution de force de préhension d'une main est une déficience. Elle peut engendrer une incapacité telle que l'impossibilité de couper les aliments au cours du repas. Si le patient peut s'aider de son autre main et/ou d'ustensiles adaptés (aides techniques), cette incapacité n'a pas de retentissement sur son environnement. Si au contraire cette incapacité impose la présence d'une personne à chaque repas, elle est source de handicap.

I.4.2. Evaluation de l'autonomie

La détermination des capacités d'un individu pour les gestes courants utilisera l'échelle des activités de vie quotidienne (Activities of Daily Living ; ADL) (soins corporels, habillement, toilette, transfert, continence, alimentation). [54]

Cette grille simple et rapide à renseigner est bien validée. Elle est considérée comme une référence dans la littérature internationale. De plus, cette grille prédit fortement le pronostic en termes de morbi-mortalité.

Lors de l'évaluation de la dépendance chez des sujets âgés vivant à leur domicile, il est nécessaire d'évaluer les activités courantes qui nécessitent une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales (calcul, élaboration de stratégies exécutives). L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (Instrumental ADL) est la plus utilisée. Les activités ainsi évaluées sont la capacité d'utiliser le téléphone, de faire les courses, de préparer un repas, de faire le ménage, de laver le linge, d'effectuer un voyage ou des transports urbains, de prendre un traitement médicamenteux et de gérer un budget personnel. [55]

Cette échelle fait référence. La mise en œuvre ou l'observation des activités instrumentales permettent de dépister des troubles des fonctions exécutives, parfois premier signe d'une démence de type Alzheimer.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) sert à évaluer l'état fonctionnel et à classer les besoins du sujet au sein d'un référentiel à 6 niveaux. Cette grille est utilisée à des fins réglementaires : mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance et tarification des institutions. [56]



Evaluation de l'observance médicamenteuse chez les personnes âgées admises aux urgences adultes du CHU de Limoges

Mise en rapport avec la fragilité, l'autonomie, les chutes et les données socio-démographiques

N. Giroult, P. Kuetche, M. Charenton-Blavignac, D. Buchon, T. Dantoine, A. Tchalla

Service de Gériatrie et biologie du Vieillissement – Médecine d'Urgence des Personnes Agées, CHU Dupuytren, Limoges.

Résumé :

Introduction : Les personnes âgées fragiles sont particulièrement sensibles aux effets secondaires des médicaments, eux-mêmes pourvoyeurs d'évènements de santé indésirables et d'inobservance. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau d'observance médicamenteuse des personnes âgées aux urgences, en fonction du profil gériatrique (fragilité, dépendance, chutes) et son impact sur le taux d'hospitalisation.

Méthode : Nous avons mis en place une étude descriptive monocentrique de cohorte prospective sur une période de 45 jours avec un suivi de 30 jours. Nous avons évalué l'observance des personnes âgées admises aux urgences adultes du CHU de Limoges par le questionnaire de Morisky-Green, et colligés des variables socio-démographiques ainsi que le profil gériatrique des patients (polymédication, fragilité, autonomie, chutes).

Résultats : Sur les 132 patients inclus dans l'étude (âge moyen : 86,4 ans), 86,5% d'entre eux ont déclaré ne pas être observants de leur traitement. La population étudiée était majoritairement polypathologique (90,2%) et polymédiquée (87,9%). L'observance diminue avec l'âge ($p=0,002$) ainsi qu'avec la dépendance ($p=0,042$) et la fragilité ($p=0,013$).

Conclusion : Les personnes âgées fragiles et dépendantes, en plus d'être plus exposées aux effets indésirables des médicaments, sont sujettes à l'inobservance de leur traitement. La détection des défauts d'observance associée à la revue médicamenteuse dès les urgences peut permettre à l'élaboration de stratégies favorisant l'adhésion thérapeutique.

Mots-clés : Observance, Fragilité, Personnes Agées, Urgences

Abstract:

Introduction: The frail elderly is particularly sensitive to side effects of drugs, themselves purveyors of adverse health events and defiance. The objective of this study was to assess the level of drug compliance of emergency elderly, according to the geriatric profile (fragility, dependence, falls) and its impact on hospitalization rates.

Methods: We set up a single center descriptive prospective cohort study over a period of 45 days with a follow-up of 30 days. We assessed the observance of seniors admitted to Limoges University Hospital Center emergency department by the Morisky-Green questionnaire, and collected sociodemographic variables and the profile of geriatric patients (polypharmacy, fragility, autonomy, falls).

Results: Of the 132 patients included in the study (mean age 86.4 years), 86.5% of them have declared not to be observant of their treatment. The study population was predominantly multiple illnesses (90.2%) and medications (87.9%). Compliance decreases with age ($p = 0.002$) and with the dependence ($p = 0.042$) and frailty ($p = 0.013$).

Conclusion: The frail and dependent elderly, in addition to being more vulnerable to adverse drug reactions are more prone to non-adherence to treatment. The detection of defects of compliance associated with the drug review in the emergencies departments may allow the development of strategies to promote treatment adherence.

Keywords: Adherence, Frailty, Elderly, Emergency department



II.1. Introduction

En 2003 déjà, l'OMS considérait « *qu'améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale.* » [14] Les problèmes d'observance dans la population générale ont de multiples conséquences. D'une part, au niveau de l'individu en rapport aux événements de santé qu'ils peuvent favoriser, et d'autre part, à l'échelle de la société par les surcoûts médicaux qu'ils engendrent. [57] [58]

Si nous avons souvent tendance à considérer les personnes âgées comme sujettes à suivre les recommandations médicales, notamment en termes de respect des traitements médicamenteux prescrits, les études prouvent qu'ils ne sont pas plus adhérents que la population générale. [59] D'autant plus que bon nombre de facteurs de risques d'inobservance identifiés dans la littérature sont fréquemment rencontrés dans la population gériatrique. [49]

Les effets secondaires du médicament (ou la peur de ceux-ci) sont une cause fréquente d'inobservance thérapeutique. Or les personnes âgées, souvent polymédiquées, sont très sensibles à la iatrogénie. [60]

La littérature décrit et définit de mieux en mieux le concept de fragilité, et son importance comme facteur de prédiction d'issues indésirables chez les personnes âgées. Or la définition actuelle de la fragilité s'appuie principalement sur des critères physiques ou biométriques [35], même s'il émerge de nouvelles notions comme la fragilité cognitive. [33] Il nous semblait intéressant d'étudier le rapport que pouvait entretenir la fragilité physique avec la problématique du médicament chez les personnes âgées ; ce qui pourrait aussi aider à la définition d'une autre notion récemment émergente, la fragilité pharmacologique. [50]

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'observance médicamenteuse des personnes âgées qui consultent aux urgences adultes du CHU de Limoges, et qui sont pris en charge par le service de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA). Nous souhaitions également évaluer la relation entre l'inobservance et les grands syndromes gériatriques (fragilité, dépendance, chutes), et étudier son impact sur le taux d'hospitalisation, la durée d'hospitalisation, et le taux de réadmission.

II.2. Matériels et méthode

II.2.1. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive monocentrique de cohorte prospective sur une période de 45 jours avec un suivi de 30 jours.

II.2.2. Cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée aux urgences adultes du CHU de Limoges.

Sur l'année 2014, ce service a accueilli 41 275 patients, soit une moyenne de 113 personnes par jour. L'âge moyen des patients était de 51,4. L'activité gériatrique représentait 23% des passages (12% dans la tranche d'âge 75-85 ans ; 11% âgés de plus de 85 ans). Dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences, il a été créé une unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée (MUPA) qui est administrativement rattachée au service des urgences. Elle est composée de :

- Deux médecins gériatres au quotidien



- Trois infirmières gériatriques au quotidien
- Une assistante sociale
- Une secrétaire médicale.

II.2.3. Population étudiée

La population étudiée était les patients ayant consulté aux urgences adultes du CHU de Limoges entre le 17 novembre 2014 et le 31 décembre 2014, et ayant été pris en charge par le service de la MUPA.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient ceux nécessaires à la prise en charge par la MUPA :

- Age supérieur à 75 ans,
- Motif de consultation dit « gériatrique ».
- Absence de pathologie mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une prise en charge spécialisée par un urgentiste, un réanimateur ou un spécialiste d'organe.
- Séjour aux urgences aux heures d'ouverture du service de la MUPA (de 08h30 à 18h30 hors week-ends et jours fériés.)

Le critère d'exclusion était l'impossibilité de répondre au questionnaire de Morinsky-Green sur l'observance (en raison d'un syndrome confusionnel, de troubles cognitifs importants ou de la non compréhension et/ou expression du français.)

II.2.4. Variables étudiées

Les variables recueillies étaient :

- Les données socio-démographiques : âge ; sexe ; lieu de vie (EHPAD, domicile ou domicile avec délivrance de médicament par une infirmière à domicile.)
- Le nombre de maladies chroniques (0 ; 1 ; 2 ; ≥3.)
- Le nombre de thérapeutiques médicamenteuses sur l'ordonnance (0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 ; ≥ 5.)
- La notion de chute récente (ayant motivé la consultation aux urgences, ou jusque dans les 3 mois précédant la consultation.)
- L'observance par le test d'auto-évaluation hétéro-administré de Morinsky-Green à 4 questions (Medication Adherence Questionnaire : MAQ) (annexe 1) définissant 3 groupes de patients : patients « observants » (score 0/4) ; patients « moyennement observants » (score 1-2/4) ; patients « peu observants » (score 3-4/4.) Parmi les différents tests disponibles dans l'évaluation de l'observance, celui-ci a été choisi en raison de sa rapidité d'exécution (seulement 4 questions) et du fait qu'il est un des plus répandu et utilisé en médecine courante. [61]
- La fragilité par la grille SEGA (Short Emergency Geriatric Assessment) (annexe 2) classant les patients en 3 groupes : « peu fragiles » (score ≤ 8) ; « fragiles » (8 < score ≤ 11) ; « très fragiles » (score > 11). [62] La fragilité était également évaluée par la grille ISAR (Identification of Senior at Risk) (annexe 3) utilisée pour dépister les sujets âgés à risque au urgence, un score ≥ 2 indiquant la nécessité d'une évaluation par un gériatre. [47]



- L'autonomie grâce au score ADL (Activities of Daily Living) (annexe 4) nous ayant là-aussi permis de classer les patients en trois groupes : patients « autonomes » (ADL = 6) ; patients « plutôt autonomes » ($3 \leq \text{ADL} < 6$) ; patients « plutôt dépendants » (ADL < 3)
- Le devenir à la sortie des urgences (retour à domicile ; hospitalisation au CHU, et dans quel service ; hospitalisation dans un autre centre hospitalier de la région.)
- Le statut du patient à 72 heures : réadmis aux urgences ; toujours hospitalisé au CHU.
- Le statut du patient à 30 jours : réadmis aux urgences ; toujours hospitalisé au CHU ; décédé.

II.2.5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal dans cette étude évaluant l'observance était le score d'auto-évaluation hétéro-administré par le questionnaire de Morinsky-Green (MAQ).

Les critères secondaires étaient la fragilité, l'autonomie, ainsi que les données socio-démographiques (âge, sexe, et mode de vie.)

II.2.6. Recueil des données

Le recueil des données concernant l'observance, la fragilité, l'autonomie et le mode de vie a été réalisé de manière prospective par les infirmières de la MUPA au moment de la prise en charge du patient aux urgences. Les antécédents médicaux, notamment les maladies chroniques, les médicaments sur l'ordonnance et la notion de chute(s) récente(s) étaient recueillis indifféremment par l'infirmière ou le gériatre de la MUPA prenant en charge le patient.

Le recueil des données d'hospitalisation, réadmission à 3 et 30 jours a été réalisé de manière rétrospective par étude des dossiers informatiques des patients inclus dans l'étude (logiciel Crossway rassemblant toutes les données d'hospitalisation des patients du CHU de Limoges.)

II.2.7. Analyse statistique

Les moyennes, écarts-types et médianes ont été calculés à l'aide du logiciel Excel®.

L'analyse statistique a été réalisé par le logiciel OpenEpi, version 3, logiciel libre de calcul. Les analyses « deux par deux » ont été réalisé grâce au test du Chi carré non corrigé, en retenant la valeur-p bilatérale. Si au moins une valeur prévue était inférieure à 5, il a été utilisé le test exact de Fisher.

Les comparaisons de moyenne ont été réalisées grâce au test t de Student à variance inégale.

II.3. Résultats

Sur les 399 patients pris en charge par la MUPA sur la période d'étude, 132 ont été à même de répondre au questionnaire de Morinsky-Green et ont donc pu être inclus dans l'étude. La figure 1 décrit la population étudiée en fonction du niveau d'observance.



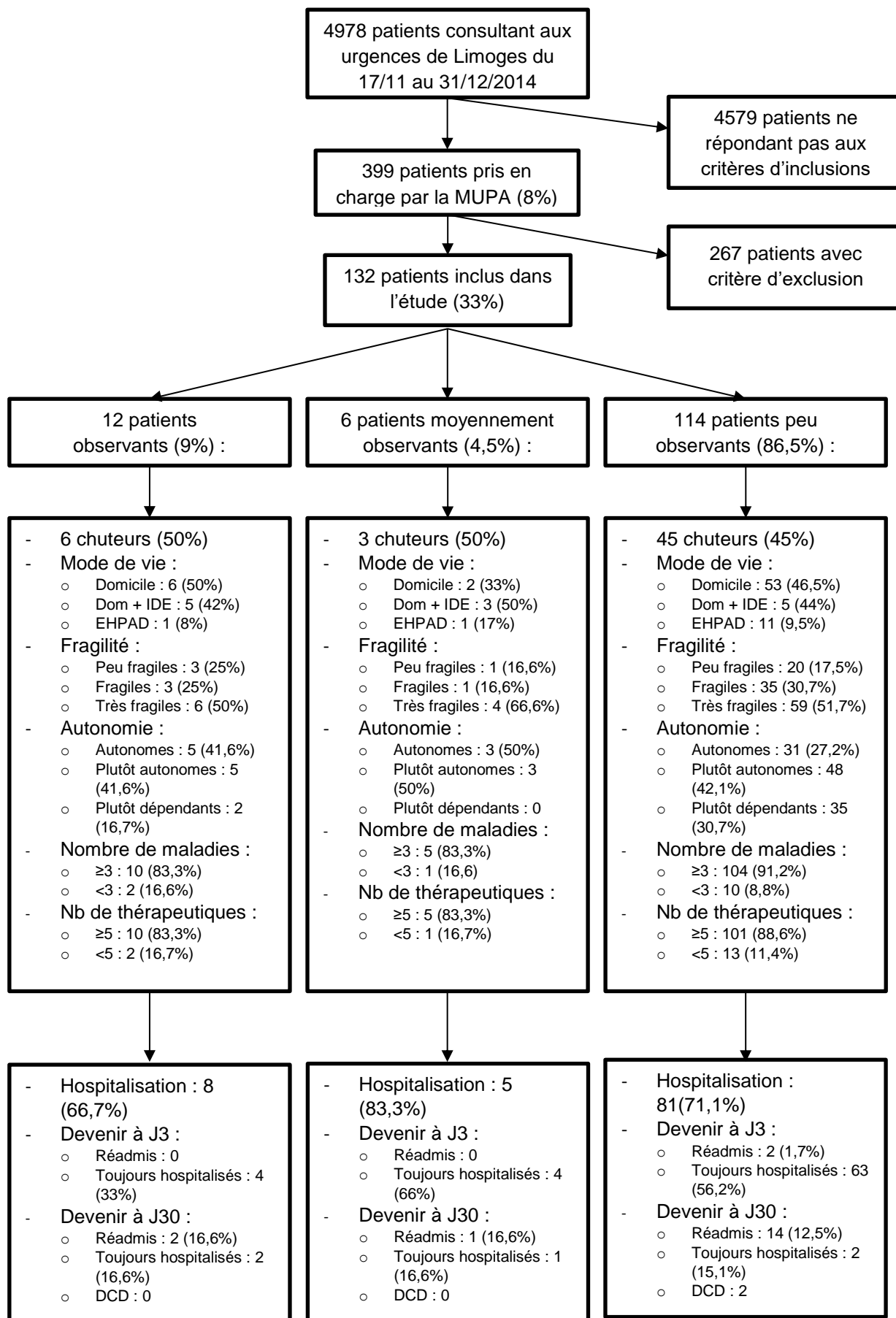


Figure 1 : Diagramme de flux en fonction de l'observance



Les patients inclus dans cette étude étaient majoritairement inobservants. Le taux de patients peu observants était de 86,36% (intervalle de confiance [79,47 – 91,2] p<0.000001).

Par rapport aux données démographiques, si l'observance était mauvaise dans cette population, on constate qu'elle s'aggrave avec l'âge des patients.

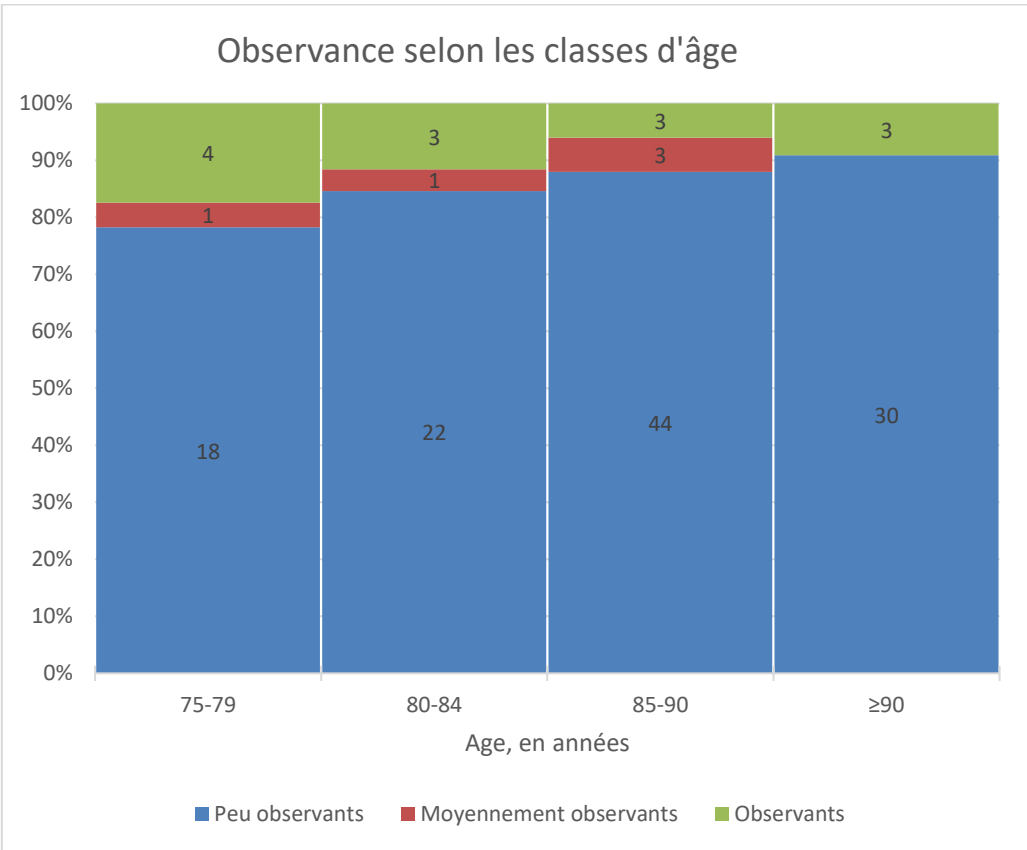


Figure 2 : Taux d'observance selon les classes d'âge.



Les femmes étaient moins observantes que les hommes, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

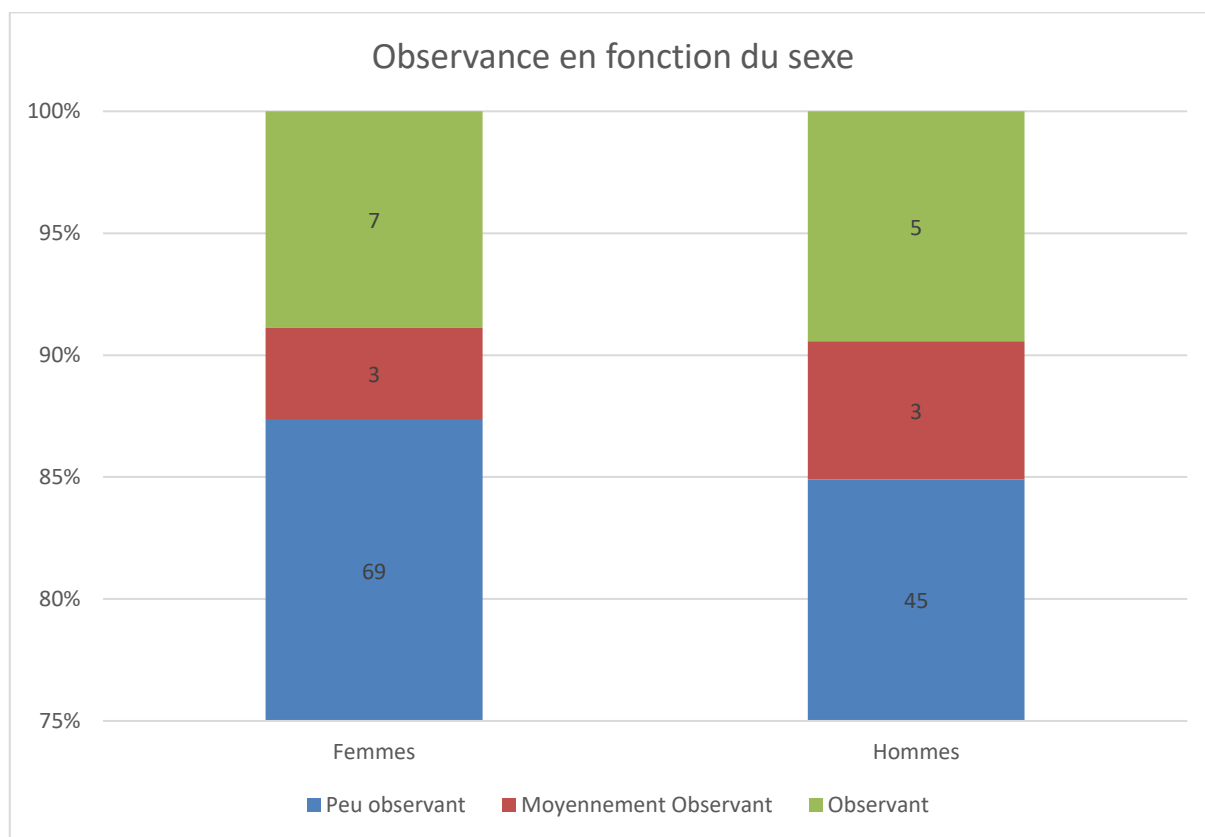


Figure 3 : Taux d'observance en fonction du sexe

Si un antécédent récent de chute était un évènement retrouvé chez 40,9% des patients de l'étude, il n'a pas été retrouvé de corrélation avec le niveau d'observance.

Le tableau 1 décrit les caractéristiques de la population étudiée et permet la comparaison entre les caractéristiques des patients peu observants et celles des patients observants et moyennement observants.



Tableau 1 : Description des caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Population générale (n=132)	Peu observants (n=114)	Observants et moyennement observants (n=18)	p
<u>Age</u> : (en années)	86,4 [80,9-91,8] Médiane : 86,95	86,7 [81,2-92,1] Médiane : 87,39	81,2 [74,8-87,5] Médiane : 80,12	0,0022
<u>Femmes</u> :	79 (60%)	69 (60,5%)	10 (55,6%)	0,689
<u>Lieu de vie</u> :				
Domicile	61 (46,2%)	53 (46,5%)	8 (44,4%)	0,871
Dom + IDE	58 (44%)	50 (44%)	8 (44,4%)	0,962
EHPAD	13 (9,8%)	11 (9,5%)	2 (11,1%)	>0,999
<u>Polypathologiques</u> :				
Nombre de maladies ≥3	119 (90,2%)	104 (88,1%)	15 (83,3%)	0,502
<u>Polymédiqués</u> :				
Nombre de médicaments ≥5	116 (87,9%)	101 (88,6%)	15 (83,3%)	0,524
<u>Autonomie (ADL)</u> :				
Autonomes	39 (29,5%)	31 (27,2%)	8 (44,4%)	0,068
Plutôt autonomes	56 (42,4%)	48 (42,1%)	8 (44,4%)	0,426
Plutôt dépendant	37 (28%)	35 (30,7%)	2 (11,1%)	0,042
<u>Fragilité (SEGA)</u> :				
Peu fragiles	24 (18,2%)	20 (17,5%)	4 (22,2%)	0,841
Fragiles	39 (29,5%)	35 (30,7%)	4 (22,2%)	0,667
Très fragiles	69 (52,3%)	59 (51,8%)	10 (55,6%)	0,764
<u>Fragilité (ISAR)</u> :				
Score moyen	3,82 [2,61-5,02]	3,82 [2,60-5,03]	3,78 [2,56-4,99]	0,013
ISAR<2	4 (3%)	3 (2,6%)	1 (5,6%)	
<u>Chutes</u> :	54 (40,9%)	45 (39,5%)	9 (50%)	0,199

La moyenne d'âge des femmes (86,62 ans [81,294-91,946]) était comparable à celle des hommes (86,09 ans [81,526-90,662]) (p=0,2393.)

Le taux d'hospitalisation était de 71,2%, et 59,6% d'entre-elles ont été faites dans un service de gériatrie du CHU (post-urgences gériatrique, médecine interne gériatrique, SSR gériatrique, ou l'Unité de Recours de Soins Gériatrique (URSG)). Les autres hospitalisations sur le CHU ont été faites à 11,7% dans un service de médecine, 2,1% dans un service de chirurgie, et 8,5% à l'UHCD. Les 18,1% de patients restant ont été hospitalisés dans une autre structure de soins (soit un autre CH de la région, soit une clinique de Limoges pour deux d'entre eux.)

Sur les 17 patients qui ont été hospitalisés dans un service externe au CHU après leur passage aux urgences, 8 ont été transférés dans un service du CHU secondairement.

Nous avons observé que 2 patients ont été réadmis aux urgences dans les 3 jours après leur premier passage, et qu'ils étaient 17 (12,9%) à avoir consulté une nouvelle fois aux urgences dans les 30 jours suivants. Sur les patients qui se sont présentés une deuxième fois aux urgences dans les 30 jours, 9 étaient rentrés à domicile après leur premier passage, 4 avaient été hospitalisés en gériatrie, 2 dans d'autres services de médecine, et 2 dans des établissements externes au CHU.

Nous avons également comparé les données d'hospitalisation et de réadmissions des patients en fonction de l'observance (tableau 2) et des caractéristiques gériatriques principales (la fragilité (tableau 3) ; l'autonomie (tableau 4)) ainsi qu'en fonction de leur mode de vie (tableau 5.)

Tableau 2 : Devenir des patients en fonction de l'observance

	Total	Observants (n=12)	Moyennement observants (n=6)	Peu observants (n=114)
Hospitalisations	94 (71,2%)	8 (66,7%)	5 (83,3%)	81 (71,1%)
J3 :				
Réadmissions aux urgences	2 (1,5%)	0	0	2 (1,7%)
Toujours hospitalisés (au CHU)	71 (53,8%)	4 (33%)	4 (66%)	63 (56,2%)
J30 :				
Réadmissions aux urgences	17 (12,9%)	2 (16,6%)	1 (16,6%)	14 (12,5%)
Toujours hospitalisés (au CHU)	20 (15,1%)	2 (16,6%)	1 (16,6%)	17 (15,1%)
Décédés	2 (1,5%)	0	0	2 (1,7%)

Il n'était pas observé de différence de sur le taux d'hospitalisation en fonction du degré d'observance, en raison d'un manque de puissance statistique.



Tableau 3 : Devenir des patients en fonction de la fragilité (SEGA)

	Total	Peu fragiles (n=24)	Fragiles (n=39)	Très fragiles (n=69)
Hospitalisations	94 (71,2%)	14 (58,3%)	27 (69,2%)	53 (76,6%)
J3 :				
Réadmissions aux urgences	2 (1,5%)	1 (4,2%)	1 (2,6%)	0
Toujours hospitalisés (au CHU)	71 (53,8%)	12 (50%)	20 (48,7%)	39 (56,5%)
J30 :				
Réadmissions aux urgences	17 (12,9%)	3 (12,5%)	8 (20,5%)	6 (8,7%)
Toujours hospitalisés (au CHU)	20 (15,1%)	3 (12,5%)	5 (12,8%)	12 (17,4%)
Décédés	2 (1,5%)	0	0	2 (2,9%)

On remarque que le taux d'hospitalisation augmentait comparativement à la fragilité. Par contre, si les patients « très fragiles » étaient hospitalisés plus longtemps, ce sont les patients du groupe « fragiles » qui étaient le plus réadmis aux urgences dans les 30 jours suivant leur premier passage. Les deux patients décédés étaient très fragiles.

Tableau 4 : Devenir des patients en fonction de l'autonomie

	Total	Autonomes (n=39)	Plutôt autonomes (n=56)	Plutôt dépendants (n=37)
Hospitalisations	94 (71,2%)	24 (61,5%)	45 (80,3%)	25 (67,6%)
J3 :				
Réadmissions aux urgences	2 (1,5%)	0	2 (3,6%)	0
Toujours hospitalisés (au CHU)	71 (53,8%)	20 (51,3%)	40 (71,4%)	11 (29,7%)
J30 :				
Réadmissions aux urgences	17 (12,9%)	6 (15,4%)	10 (17,9%)	1 (2,7%)
Toujours hospitalisés (au CHU)	20 (15,1%)	5 (12,8%)	13 (23,2%)	2 (5,4%)
Décédés	2 (1,5%)	0	1 (1,8%)	1 (2,7%)

Les patients « dépendants » étaient moins hospitalisés que la moyenne, et restaient hospitalisés moins longtemps. Ce sont les patients « plutôt autonomes » qui étaient le plus hospitalisés, avec des hospitalisations plus longues, et qui étaient les plus réadmis dans les 30 jours.

Tableau 5 : Devenir des patients en fonction de leur mode de vie

	Total	Domicile (n=61)	Domicile + IDE (n=58)	EHPAD (n=13)
Hospitalisations	94 (71,2%)	43 (70,5%)	41 (70,7%)	10 (76,7%)
J3 :				
Réadmissions aux urgences	2 (1,5%)	1 (1,6%)	1 (1,7%)	0
Toujours hospitalisés (au CHU)	71 (53,8%)	33 (54%)	31 (53,4%)	7 (53,8%)
J30 :				
Réadmissions aux urgences	17 (12,9%)	13 (21,3%)	9 (15,5%)	0
Toujours hospitalisés (au CHU)	20 (15,1%)	5 (8,2%)	13 (22,4%)	2 (15,4%)
Décédés	2 (1,5%)	1 (1,6%)	0	1 (7,7%)

II.4. Discussion

II.4.1. Principaux résultats

Le premier constat à la vue de ces résultats était le taux d'observance très faible chez cette population âgée. D'une manière générale, on a tendance à considérer les personnes âgées comme obéissantes aux conseils médicaux, même si de précédentes études ont déjà prouvé qu'elles n'étaient pas plus observantes de leurs traitements médicamenteux que les populations plus jeunes. [63]

Nous pouvions constater également que l'observance diminuait avec l'âge. Plus les patients étaient âgés moins ils étaient observants, ce qui peut être mis en rapport avec de nombreux facteurs d'inobservances observés chez les personnes âgées (la prévalence plus importante de troubles cognitifs, les difficultés motrices pour prendre leur traitement.)

La technique mise en place le plus fréquemment pour pallier aux difficultés de la prise médicamenteuse des personnes âgées est l'administration du traitement par un tiers. Elle peut être faite par un proche (conjoint ou enfant), mais est souvent réalisée par une infirmière à domicile qui peut venir soit quotidiennement soit une fois par semaine pour la préparation du pilulier. Dans notre étude, lorsque l'on comparait les proportions de patients observants suivant leur mode de vie, nous n'observions pas de différence nous permettant de valider une amélioration de la prise médicamenteuse lorsque celle-ci est délivrée par un soignant (IDE à domicile, ou EHPAD), mais la proportion de patients observants était beaucoup trop faible pour que ces résultats fussent statistiquement significatifs.

De même, nous avons constaté dans ce travail que les hommes semblaient plus observants que les femmes en termes de proportions, sans que nous ayons observé de différence d'âge significative entre les deux groupes. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus souvent dociles aux consignes de prise médicamenteuses données par le conjoint ou le

soignant, tandis que les femmes sont, elles, plus sujettes à choisir les spécialités qui leurs conviennent et à l'automédication. [64]

Nous n'avons pas trouvé au terme de cette étude de relation entre les chutes de la personne âgée et l'observance, ce qui là encore peut s'expliquer par une proportion trop faible de patients observants, et un manque de puissance statistique.

Selon les résultats de l'analyse statistique, les patients plutôt dépendants (avec un score ADL<3) étaient moins observants que les patients autonomes. Ceci peut s'expliquer facilement par les difficultés à la prise médicamenteuse, bien que ces patients bénéficient en général de plus d'aide à la prise médicamenteuse.

On peut voir ici que la population étudiée était très majoritairement constituée de patients fragiles. Selon la grille d'évaluation SEGA, 81,8% de notre population était fragile, et plus de la moitié de cette population était même considérée comme très fragile. Seulement 5 patients de cette population avaient un score ISAR inférieur à 2. Ceci s'explique par le fait que si la MUPA ne prend pas en charge toutes les personnes âgées qui sont admises aux urgences, les critères d'admission amènent les gériatres à voir de manière très majoritaire ce genre de patients. Les patients moins fragiles sont pris en charge plus facilement par les urgentistes et/ou les spécialistes d'organe.

De même, il semblerait que les patients plutôt observants étaient moins fragiles que les patients non-observants. Cette différence était retrouvée lors de la comparaison des scores moyens au test ISAR, mais pas lors de la comparaison des groupes de patients obtenus avec la grille SEGA. Il n'était pas possible avec cette étude d'établir une relation de cause à effet. Les patients sont-ils moins fragiles parce-que observants ? Ou sont-ils moins observants parce-que fragiles ?

En ce qui concerne le taux d'hospitalisation, si le nombre de patients observants était trop faible pour que l'on puisse faire une analyse comparative avec les non-observants, on pouvait constater que plus le patient était fragile, plus il avait de risque d'être hospitalisé. Ceci peut être expliqué par le fait que ces patients développent des pathologies plus graves ou qu'ils suscitent plus d'attention que les autres, un des points d'utilité de l'évaluation de la fragilité aux urgences. Les patients « très fragiles » étaient hospitalisés plus longtemps. Par contre, les patients « fragiles » étaient plus fréquemment réadmis aux urgences dans les 30 jours suivant leur première visite, ils mériteraient peut-être une attention plus particulière.

On pouvait constater également que les patients considérés comme plutôt dépendants étaient moins hospitalisés que les autres, et restaient moins longtemps à l'hôpital. Cette différence peut être sûrement expliquée par le fait que ces patients avaient déjà des aides extérieures mises en place à domicile, ou en EHPAD, pouvant permettre une surveillance, l'administration des thérapeutiques et une aide pour les actes de la vie quotidienne.

II.4.2. Forces et faiblesses de l'étude

Une des forces de cette étude est qu'elle permet de faire un pont entre l'observance et la fragilité. Même si cette relation n'a pas pu clairement être établie statistiquement en raison d'un manque de puissance, on ne peut que constater que la population observée était majoritairement inobservante et majoritairement fragile voire très fragile selon l'échelle utilisée. Si la relation entre effets secondaires des médicaments, polymédication, fragilité, et chute a déjà été démontrée, [65] il serait par l'avenir aussi intéressant d'approfondir cette relation en

y intégrant les problèmes d'observance, et de déterminer quelle est la relation de cause à effet entre tous ces facteurs.

Les insuffisances de cette étude sont celles inhérentes aux études observationnelles. De plus, le cadre dans lequel elle s'est déroulée constituait un biais de sélection non négligeable nous empêchant d'extrapoler les chiffres de l'observance à l'ensemble de la population gériatrique du bassin de Limoges. Les urgences sont une interface entre la médecine de ville et l'hôpital où peut se refléter l'ensemble des situations courantes en rapport à la problématique du médicament. Ici, on peut constater que seulement 8% des patients ayant consulté aux urgences sur la durée de l'étude ont été vus par la MUPA, alors que la population âgée de plus de 75 ans représentait en moyenne 23% des passages. Le fait de n'étudier que les patients vus par un gériatre sélectionnait une population plus âgée, polypathologique, fragile, et dépendante que l'ensemble des personnes âgées consultant aux urgences. Par exemple, les patients qui étaient dirigés vers le circuit ambulatoire (donc ceux consultant pour des pathologies bénignes et étant en meilleure santé apparente) n'ont pas été évalués dans cette étude.

A contrario, le mode de recueil de l'observance par le questionnaire de Morisky-Green, imposait que le patient fût dans la capacité de répondre aux questions, donc excluait d'emblée une majorité de patients confus ou avec des troubles cognitifs majeurs. Ici seuls 33% des patients pris en charge par la MUPA ont pu être inclus dans l'étude. Alors que les données concernant l'autonomie par exemple pouvaient être recueillies auprès d'un proche, d'un aidant, le questionnaire de Morisky imposait que le patient soit dans la capacité mentale et physique d'y répondre.

De même, on sait qu'il n'existe pas de « gold-standard » de l'évaluation de l'observance. L'auto-questionnaire de Morisky-Green (MAQ) utilisé ici présente une sensibilité de 81 % et une spécificité de 44 % [66]. On estime qu'il conduit habituellement à une surestimation de l'observance, notamment en raison d'une peur de déplaire, ou de décevoir la personne qui évalue le patient. Ici, le fait qu'il fut administré par une personne différente des soignants habituels du patient pouvait diminuer ce facteur. L'avantage majeur des questionnaires d'auto-évaluation de l'observance est qu'ils ne coûtent rien et sont donc praticable facilement en médecine courante et reproductible chez un même patient. [61]

La faiblesse principale de cette étude était son manque de puissance. Nous ne nous attendions pas à un taux si élevé d'inobservance, ce qui fait que nous nous retrouvions avec un échantillon de patients observants beaucoup trop faible pour pouvoir réaliser une étude comparative convenable. Ainsi, il nous était impossible de déterminer si l'observance médicamenteuse peut avoir une influence sur la chute de la personne âgée, et sur le taux et la durée d'hospitalisation. Cependant, ce travail peut constituer en un travail préliminaire pour une étude future, plus complète, en nous permettant d'éviter cet écueil.

II.4.3. Cohérence externe

Cette étude retrouvait donc un taux d'observance médicamenteuse très faible chez les personnes âgées, taux qui diminuait avec l'âge. Les patients âgés plus dépendants et/ou plus fragiles, étaient également plus sujet à une mauvaise observance médicamenteuse.

Si le taux d'observance médicamenteuse communément admis dans la population générale, quelle que soit la pathologie, est de 50% [67]–[69], la proportion de patients inobservants retrouvée dans cette étude était particulièrement plus élevé.

Bien qu'il n'y ait pas de consensus dans la littérature incriminant l'âge en lui-même comme facteur de risque de mauvaise observance [70], de nombreux autres facteurs de risque sont retrouvés particulièrement chez les personnes âgées et ont déjà été décrits. Il a déjà été fréquemment démontré que l'observance diminue à mesure que le nombre de médicaments à prendre augmente. La population que nous avons étudiée étant majoritairement polymédiquée (avec un nombre de substance sur l'ordonnance ≥ 5 pour presque 88% des patients), ce facteur était à prendre en compte. Si nous avons analysé la polymédication par le nombre de médicaments présents sur l'ordonnance, nous n'avons pas pris en compte le nombre de prise par jour qui est lui aussi un facteur de mauvaise observance. [71]

De même, il est connu que de nombreuses pathologies de la personne âgées influent sur le risque de mauvaise observance, comme les altérations cognitives [49], ainsi que les atteintes visuelles et motrices [72]. Ici la population de notre étude était majoritairement polypathologique (plus de 90%) ce qui là aussi peut influencer sur le résultat.

Nous ne nous sommes pas penchés dans cette étude sur les autres facteurs connus pour influencer l'observance chez la personne âgée, comme le conditionnement du médicament. [73] Chez ces patients présentant souvent une diminution de la sensibilité épicroticienne et de la force segmentaire au niveau des mains, cela peut rendre difficile la manipulation de l'emballage et donc la prise thérapeutique [74]. Ceci pourrait expliquer le faible taux d'observance que l'on observait chez les patients « autonomes » et n'ayant pas d'aide au domicile pour la prise de leur traitement.

Un autre facteur prépondérant d'inobservance est l'effet indésirable du médicament. Son rôle néfaste a particulièrement été mis en avant dans des études portant sur l'adhésion thérapeutique dans l'infection à VIH ou le cancer [75], [76]. Il est également identifié chez les personnes âgées [49] et est souvent augmenté par la polymédication [67]. Nous n'avons pas étudié le rôle de l'effet indésirable du médicament, ou plus largement de la iatrogénie médicamenteuse, au cours de cette étude pour des raisons pratiques. Il nous était trop compliqué d'évaluer l'incidence de la iatrogénie aux urgences, où la prise en charge doit être rapide.

Par contre, on se rend compte que le mode de vie n'était pas un facteur influençant la prise médicamenteuse [77], alors que nous pourrions supposer que pour les personnes « captives », chez qui le médicament est délivré par un tiers, l'observance devrait être meilleure, ce n'était pas le cas dans cette étude. Ce problème est bien connu en EHPAD, où la dissimulation du comprimé dans la poche ou la table de nuit, ou encore coincé dans la bouche en présence du soignant puis recraché, sont des phénomènes fréquemment rencontrés. Il ne faut alors pas oublier que l'adhésion du patient au traitement est le facteur principal d'observance et ne pas se concentrer que sur les oublis involontaires.

II.4.4. Synthèse et perspective

De même que l'observance médicamenteuse chez les personnes âgées est loin d'être satisfaisante, cette population, la plus consommatrice de médicaments, est aussi la plus sujette à subir la iatrogénie médicamenteuse. L'inobservance pouvant en elle-même être un

facteur de iatrogénie, elle est également un facteur augmentant la survenue d'évènements de santé comme une hospitalisation ou une admission aux urgences [78].

Les défauts d'observance et la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée présentent un enjeu majeur de santé publique. Si de nombreuses études en évaluent la prépondérance dans la population gériatrique ainsi que ses conséquences en termes d'évènements de santé et de coût, peu s'attardent sur le type de population sujette à ces aspects en regard de la fragilité. Au terme de ce travail, nous voudrions établir un lien entre l'inobservance médicamenteuse et la fragilité, même si les carences de l'étude ne permettaient pas à l'établissement d'une relation stricte. Il faudrait maintenant déterminer si l'inobservance thérapeutique est une cause de la fragilité (apparition de complications de maladies non prévenues par des médicaments non pris) ou une conséquence de la fragilité (arrêt des traitements en raison d'effets secondaires importants, difficultés de prise...) S'il faudrait un effectif plus important de patients dans une étude ultérieure pour pouvoir permettre une analyse comparative plus aboutie entre les patients observants et non-observants, il serait nécessaire d'intégrer également la iatrogénie médicamenteuse pour évaluer son implication, ou sa relation, avec la fragilité des personnes âgées.

Le taux d'inobservance élevé observé dans cette étude aurait peut-être été plus faible si le questionnaire de Morisky-Green avait été réalisé par le médecin habituel des patients. Le désir de ne pas contrarier le médecin prescripteur peut pousser certains patients à modifier leurs réponses. Il est donc intéressant d'évaluer l'observance lors du passage aux urgences, afin de pouvoir établir des stratégies pouvant la favoriser. Chez les patients vus en ambulatoire, il peut être mis en place dès les urgences un passage d'infirmière à domicile pour la délivrance des traitements, si c'est approprié. Faire un relai au médecin traitant de la non-observance détectée peut permettre à celui-ci d'appuyer sur l'éducation thérapeutique lors de ses prochains contacts avec le patient. De plus, la programmation d'une consultation gériatrique ultérieure peut être envisagée pour effectuer une revue de l'ordonnance, des déprescriptions si possible et là aussi, une éducation afin de favoriser l'adhérence au traitement. Pour les patients hospitalisés, la détection systématique des défauts d'observance aux traitements lors du passage aux urgences devrait permettre d'effectuer cette intervention lors de leur séjour hospitalier.

Nous ne nous sommes pas intéressés dans cette étude aux facteurs influençant la mauvaise observance des personnes âgées, ceux-ci étant déjà développés dans de nombreux autres travaux. Il semblerait toutefois utile de savoir quels sont les traitements les moins suivis par les patients. S'il ressort que certaines molécules sont préférentiellement rejetées par les personnes âgées plutôt que d'autres, serait-ce à cause de leur effets secondaires ou d'une mauvaise image de la classe thérapeutique (les antidépresseurs par exemple) ? Ceci pourrait permettre d'établir des stratégies afin de favoriser la prise des médicaments par les personnes âgées. Faut-il favoriser certaines molécules plutôt que d'autres ou établir des programmes d'éducation thérapeutique chez la personne âgée ?



Conclusion

La problématique du médicament chez les personnes âgées est un sujet d'étude important en gériatrie. Ces patients sont souvent polymédiqués alors qu'ils sont généralement exclus des essais cliniques validant l'usage des médicaments qui leur sont administrés. Ils sont particulièrement sensibles aux effets indésirables du médicament, et la polymédication favorise également les interactions néfastes entre ces médicaments.

L'hétérogénéité de la population gériatrique a poussé à la définition du concept de fragilité afin de détecter les sujets nécessitant une attention particulière, en raison du risque accru d'évènements de santé indésirables dont ces patients sont le sujet ; et ce, d'une manière plus approfondie que les simples critères d'âge ou de comorbidités.

De plus en plus, sont établis des liens entre ces deux notions afin de comprendre les effets de l'une sur l'autre (et vice versa), et leur incidence en termes d'évènement indésirable ou de mortalité.

Les personnes âgées fragiles sont en général polymédiquées, [79] ce qui les expose aux effets secondaires des médicaments. [80] Il leur est plus fréquemment prescrit des médicaments augmentant le risque de chute, et par conséquent, elles chutent plus souvent. [65] Il a été prouvé que la polymédication chez les sujets fragiles augmente la mortalité. [81]

Dans le travail que nous avons réalisé, nous avons constaté que la population étudiée est majoritairement constituée de personnes âgées fragiles, et polymédiquées. Or celles-ci déclaraient ne pas prendre leurs traitements correctement. Les patients eux-mêmes ont l'air de vouloir se prévenir de toutes les complications pouvant résulter de leur traitement. Mais on peut douter de la pertinence des choix qu'ils font quant au médicament qu'il convient de ne pas ou plus prendre. [13]

De même qu'il a déjà été établi des listes de médicaments dont la prescription est inappropriée chez les personnes âgées, [82], [83] il faudrait définir des stratégies de prescriptions chez les personnes âgées fragiles, [84] et en plus de s'assurer que l'on n'administre que des molécules utiles, peu pourvoyeuses d'effets secondaires ou d'interactions. Il convient de s'assurer que le patient suive effectivement les traitements prescrits. Il faut s'assurer, dans la mesure du possible, qu'il comprenne l'intérêt des traitements qu'on souhaite lui administrer, tous les traitements. Il faut également s'attarder sur son adhésion au traitement, et la réévaluer régulièrement, afin de détecter l'inobservance pouvant être facteur d'inefficacité, de comorbidités, ou de complication. En bref, il ne faut pas négliger l'éducation thérapeutique chez nos patients âgés.

La détection de l'inobservance aux urgences peut permettre d'orienter le médecin traitant et le praticien hospitalier vers la mise en place de moyens correctifs. Elle doit s'associer à d'autres projets novateurs comme la conciliation et revue des médicaments des personnes âgées aux urgences [85] afin de pouvoir établir des stratégies globales d'amélioration de l'ordonnance, minimisant les effets iatrogènes du médicament, et favorisant l'adhésion thérapeutique.



Références

- [1] World Health Organization, « International drug monitoring: the role of the hospital. », *Who Tech Rep Ser*, n° 425, 1969.
- [2] S. Legrain, « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. Consommation, prescription, iatrogénie, observance ». HAS, 2005.
- [3] P. Michel, J.-L. Quenon, A. Djihoud, S. Tricaud-Vialle, et S. Domecq, « Les évènements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé », *Etudes et résultats*, n° 398, 2005.
- [4] N. Lechevallier-Michel, M. Gautier-Bertrand, A. Alperovitch, C. Berr, J. Belmin, et S. Legrain, « Frequency and risk factors of potentially inappropriate medication use in a community-dwelling elderly population: results from the 3C Study. », *Eur J Clin Pharmacol*, vol. 60, n° 11, p. 813-822, 2005.
- [5] J. H. Gurwitz et J. Avorn, « The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions », *Ann. Intern. Med.*, vol. 114, n° 11, p. 956-966, juin 1991.
- [6] L. Auvray et C. Sermet, « Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux », *Gérontol Soc*, n° 103, p. 13-27, 2002.
- [7] J.-P. Emeriau, A. Fourrier, J.-F. Dartigues, et B. Begaud, « Prescription médicamenteuse chez les personnes âgées », *Bull Acad Natle Med*, vol. 7, n° 182, p. 57-67, 1998.
- [8] E. R. Hajjar, J. T. Hanlon, M. B. Artz, C. I. Lindblad, C. F. Pieper, R. J. Sloane, C. M. Ruby, et K. E. Schmader, « Adverse drug reaction risk factors in older outpatients », *Am J Geriatr Pharmacother*, vol. 1, n° 2, p. 82-89, déc. 2003.
- [9] M. Cecile, V. Seux, V. Pauly, S. Tassy, O. Reynaud-Levy, O. Dalco, X. Thirion, J. Soubeyrand, et F. Retornaz, « Accidents iatrogènes médicamenteux chez le sujet âgé hospitalisé en court séjour gériatrique : étude de prévalence et des facteurs de risques », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 30, n° 5, p. 393-400, mai 2009.
- [10] D. K. Brahma, J. B. Wahlang, M. D. Marak, et M. Ch. Sangma, « Adverse drug reactions in the elderly », *J Pharmacol Pharmacother*, vol. 4, n° 2, p. 91-94, 2013.
- [11] R. M. Seymour et P. A. Routledge, « Important drug-drug interactions in the elderly », *Drugs Aging*, vol. 12, n° 6, p. 485-494, juin 1998.
- [12] J. H. Gurwitz, « Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting », *JAMA*, vol. 289, n° 9, p. 1107, mars 2003.
- [13] Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, et al, « ADverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons », *JAMA*, vol. 285, n° 4, p. 421-429, janv. 2001.
- [14] P. V. Burkhart et E. Sabaté, « Adherence to long-term therapies: evidence for action », *J Nurs Scholarsh*, vol. 35, n° 3, p. 207, 2003.
- [15] A. Lamouroux, A. Magnan et D. Vervloet, « Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 22, n°1, p. 31-34, 2005.



- [16]C. Tarquinio et M.-P. Tarquinio, « L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques », *Pratiques Psychologiques*, vol. 13, n° 1, p. 1-19, mars 2007.
- [17]A. Burell, P. Wong, et D. Ollendorf, « Defining compliance/adherence and persistence: ISPOR Special Interest Working Group », *Value Health*, n° 8, p. 194-199, 2005.
- [18]G. Reach, *Clinique de l'observance : l'exemple des diabètes*. John Libbey Eurotext, 2006.
- [19]D. Simon, P. H. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, et A. Grimaldi, *Éducation thérapeutique - Prévention et maladies chroniques*, Abrégés. Elsevier-Masson, 2013.
- [20]R. Anderson et M. Funell, « The art of empowerment: stories and strategies for Diabetes Educators », *American Diabetes Association*, 2000.
- [21]D. E. Morisky, A. Ang, M. Krousel-Wood, et H. J. Ward, « Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting », *J Clin Hypertens (Greenwich)*, vol. 10, n° 5, p. 348-354, mai 2008.
- [22]V. Korb-Savoldelli, F. Gillaizeau, J. Pouchot, E. Lenain, N. Postel-Vinay, P.-F. Plouin, P. Durieux, et B. Sabatier, « Validation of a French Version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults », *The Journal of Clinical Hypertension*, vol. 14, n° 7, p. 429-434, juill. 2012.
- [23]M. Pladevall, L. K. Williams, L. A. Potts, G. Divine, H. Xi, et J. E. Lafata, « Clinical outcomes and adherence to medications measured by claims data in patients with diabetes », *Diabetes Care*, vol. 27, n° 12, p. 2800-2805, déc. 2004.
- [24]R. Haynes, « Determinants of Compliance : the disease and the mechanism of treatment. Compliance in health care », *John Opkins University Press, Baltimore*, 1979.
- [25]A. Scheen et D. Giet, « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. », *Revue Médicale de Liège*, n° 65, p. 239-266, 2010.
- [26]J. Petermans, A. Samalea Suarez, et T. Van Hees, « Observance thérapeutique en gériatrie », *Revue Médicale de Liège*, n° 65, p. 261-266, 2010.
- [27]G. C. Stone, « Patient Compliance and the Role of the Expert », *Journal of Social Issues*, vol. 35, n° 1, p. 34-59, janv. 1979.
- [28]P. H. Beardon, M. M. McGilchrist, A. D. McKendrick, D. G. McDevitt, et T. M. MacDonald, « Primary non-compliance with prescribed medication in primary care », *BMJ*, vol. 307, n° 6908, p. 846-848, oct. 1993.
- [29]« Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus: Diabetes Control and Complications Trial. Diabetes Control and Complications Trial Research Group », *J. Pediatr.*, vol. 125, n° 2, p. 177-188, août 1994.
- [30]L. P. Fried, L. Ferrucci, J. Darer, J. D. Williamson, et G. Anderson, « Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care », *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 59, n° 3, p. 255-263, mars 2004.
- [31]Y. Rolland, A. Benetos, A. Gentric, J. Ankri, F. Blanchard, M. Bonnefoy, L. de Decker, M. Ferry, R. Gonthier, O. Hanon, C. Jeandel, F. Nourhashemi, C. Perret-Guillaume, F. Retornaz, H. Bouvier, G. Ruault, et G. Berrut, « [Frailty in older population: a brief position

- paper from the French society of geriatrics and gerontology] », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, vol. 9, n° 4, p. 387-390, déc. 2011.
- [32]H. Bergman, L. Ferrucci, J. Guralnik, D. B. Hogan, S. Hummel, S. Karunanathan, et C. Wolfson, « Frailty: an emerging research and clinical paradigm--issues and controversies », *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 62, n° 7, p. 731-737, juill. 2007.
- [33]E. Kelaiditi, M. Cesari, M. Canevelli, G. A. van Kan, P.-J. Ousset, S. Gillette-Guyonnet, P. Ritz, F. Duveau, M. E. Soto, V. Provencher, F. Nourhashemi, A. Salvà, P. Robert, S. Andrieu, Y. Rolland, J. Touchon, J. L. Fitten, B. Vellas, et IANA/IAGG, « Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group », *J Nutr Health Aging*, vol. 17, n° 9, p. 726-734, sept. 2013.
- [34]K. Rockwood, « Frailty and Its Definition: A Worthy Challenge », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 6, p. 1069-1070, juin 2005.
- [35]L. P. Fried, C. M. Tangen, J. Walston, A. B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, T. Seeman, R. Tracy, W. J. Kop, G. Burke, M. A. McBurnie, et Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group, « Frailty in older adults: evidence for a phenotype », *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 56, n° 3, p. M146-156, mars 2001.
- [36]J. Walston, E. C. Hadley, L. Ferrucci, J. M. Guralnik, A. B. Newman, S. A. Studenski, W. B. Ershler, T. Harris, et L. P. Fried, « Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults », *J Am Geriatr Soc*, vol. 54, n° 6, p. 991-1001, juin 2006.
- [37]K. Rockwood, X. Song, C. MacKnight, H. Bergman, D. B. Hogan, I. McDowell, et A. Mitnitski, « A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people », *CMAJ*, vol. 173, n° 5, p. 489-495, août 2005.
- [38]J. E. Morley, M. J. Kim, et M. T. Haren, « Frailty and Hormones », *Rev Endocr Metab Disord*, vol. 6, n° 2, p. 101-108.
- [39]F. C.-Y. Ko, « The clinical care of frail, older adults », *Clin. Geriatr. Med.*, vol. 27, n° 1, p. 89-100, févr. 2011.
- [40]P.-O. Lang, J.-P. Michel, et D. Zekry, « Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process », *Gerontology*, vol. 55, n° 5, p. 539-549, 2009.
- [41]N. S. Macklai, J. Spagnoli, J. Junod, et B. Santos-Eggimann, « Prospective association of the SHARE-operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+ community-dwelling Europeans living in 11 countries », *BMC Geriatrics*, vol. 13, p. 3, 2013.
- [42]R. A. Heuberger, « The frailty syndrome: a comprehensive review », *J Nutr Gerontol Geriatr*, vol. 30, n° 4, p. 315-368, 2011.
- [43]M. B. Van Iersel et M. G. M. Olde Rikkert, « Frailty Criteria Give Heterogeneous Results When Applied in Clinical Practice », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, n° 4, p. 728-729, avr. 2006.
- [44]K. Rockwood, K. Stadnyk, C. MacKnight, I. McDowell, R. Hébert, et D. B. Hogan, « A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people », *The Lancet*, vol. 353, n° 9148, p. 205-206, janv. 1999.

- [45] B. Vellas, L. Balardy, S. Gillette-Guyonnet, G. Abellan Van Kan, A. Ghisolfi-Marque, J. Subra, S. Bismuth, S. Oustric, et M. Cesari, « Looking for frailty in community-dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST) », *J Nutr Health Aging*, vol. 17, n° 7, p. 629-631, juill. 2013.
- [46] N. Tavassoli, S. Guyonnet, G. Abellan Van Kan, S. Sourdet, T. Krams, M. E. Soto, J. Subra, B. Chicoulaa, A. Ghisolfi, L. Balardy, P. Cestac, Y. Rolland, S. Andrieu, F. Nourhashemi, S. Oustric, M. Cesari, B. Vellas, et Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability Team, « Description of 1,108 older patients referred by their physician to the “Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for Assessment of Frailty and Prevention of Disability” at the gerontopole », *J Nutr Health Aging*, vol. 18, n° 5, p. 457-464, mai 2014.
- [47] J. McCusker, S. Cardin, F. Bellavance, et E. Belzile, « Return to the emergency department among elders: patterns and predictors », *Acad Emerg Med*, vol. 7, n° 3, p. 249-259, mars 2000.
- [48] N. Oubaya, R. Mahmoudi, D. Jolly, A. A. Zulfiqar, E. Quignard, C. Cunin, P. Nazeyrollas, J. L. Novella, et M. Dramé, « Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the Modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument », *J Nutr Health Aging*, vol. 18, n° 8, p. 757-764, 2014.
- [49] W. F. Gellad, J. L. Grenard, et Z. A. Marcum, « A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity », *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 9, n° 1, p. 11-23, févr. 2011.
- [50] H. Nessighaoui, H. Géniaux, T. Dantoine, et M.-L. Laroche, « Médicaments et fragilité chez les personnes âgées. Vers une nouvelle entité : la fragilité pharmacologique ? », *Thérapie*, vol. 71, n° 3, p. 275-279, juin 2016.
- [51] A. Trillard, « Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées. » 2012.
- [52] « Insee - Population - Personnes âgées dépendantes ».
- [53] C. Hamonet et T. Magalhaes, « [The concept of handicap] », *Ann Readapt Med Phys*, vol. 46, n° 8, p. 521-524, nov. 2003.
- [54] S. Katz, T. D. Downs, H. R. Cash, et R. C. Grotz, « Progress in development of the index of ADL », *Gerontologist*, vol. 10, n° 1, p. 20-30, 1970.
- [55] M. Lawton et E. Brody, « Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. », *Gerontologist*, n° 9, p. 179-186, 1969.
- [56] Syndicat National de Gérontologie Clinique, « AGGIR Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. », *La revue de Gériatrie*, n° 19, p. 249-259, 1994.
- [57] L. Tierney et Healthcare Packaging, « Patient non-adherence costs underestimated ».
- [58] IMS-Health et CRIP, « Observance médicamenteuse : au moins 9 milliards d’euros d’économies potentielles par an dans six pathologies ».
- [59] L. de Decker, A. Gouraud, et G. Berrut, « Compliance et persistance thérapeutiques chez la personne âgée », *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, vol. 9, n° 1, p. 29-38, mars 2011.

- [60] P. Pouyanne, F. Haramburu, J. L. Imbs, et B. Bégaud, « Admissions to hospital caused by adverse drug reactions: cross sectional incidence study », *BMJ*, vol. 320, n° 7241, p. 1036, avr. 2000.
- [61] S. M. Lavsa, A. Holzworth, et N. T. Ansani, « Selection of a validated scale for measuring medication adherence », *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 51, n° 1, p. 90-94, janv. 2011.
- [62] É. Tardieu, R. Mahmoudi, J.-L. Novella, N. Oubaya, F. Blanchard, D. Jolly, et M. Dramé, « [External validation of the short emergency geriatric assessment (SEGA) instrument on the SAFES cohort] », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, vol. 14, n° 1, p. 49-55, mars 2016.
- [63] C. Salzman, « Medication compliance in the elderly », *J Clin Psychiatry*, vol. 56 Suppl 1, p. 18-22; discussion 23, 1995.
- [64] A. Spagnoli, G. Ostino, A. D. Borga, R. D'Ambrosio, P. Maggiorotti, E. Todisco, W. Prattichizzo, L. Pia, et M. Comelli, « Drug compliance and unreported drugs in the elderly », *J Am Geriatr Soc*, vol. 37, n° 7, p. 619-624, juill. 1989.
- [65] A. Bennett, D. Gnjidic, M. Gillett, P. Carroll, S. Matthews, K. Johnell, J. Fastbom, et S. Hilmer, « Prevalence and impact of fall-risk-increasing drugs, polypharmacy, and drug-drug interactions in robust versus frail hospitalised falls patients: a prospective cohort study », *Drugs Aging*, vol. 31, n° 3, p. 225-232, mars 2014.
- [66] D. E. Morisky, L. W. Green, et D. M. Levine, « Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence », *Med Care*, vol. 24, n° 1, p. 67-74, janv. 1986.
- [67] L. Osterberg et T. Blaschke, « Adherence to Medication », *New England Journal of Medicine*, vol. 353, n° 5, p. 487-497, août 2005.
- [68] P. J. Jongen, G. Hengstman, R. Hupperts, H. Schrijver, J. Gilhuis, J. H. Vliegen, E. Hoogervorst, M. van Huizen, E. van Munster, J. Samijn, E. de Schryver, T. Siepman, M. Tonk, E. Zandbergen, J. ten Holter, R. van der Kruijk, et G. Borm, « Drug adherence and multidisciplinary care in patients with multiple sclerosis: protocol of a prospective, web-based, patient-centred, nation-wide, Dutch cohort study in glatiramer acetate treated patients (CAIR study) », *BMC Neurol*, vol. 11, p. 40, 2011.
- [69] M. Hansson Scherman et O. Löwhagen, « Drug compliance and identity: reasons for non-compliance. Experiences of medication from persons with asthma/allergy », *Patient Educ Couns*, vol. 54, n° 1, p. 3-9, juill. 2004.
- [70] C. M. Hughes, « Medication Non-Adherence in the Elderly: How Big is the Problem? », *Drugs & Aging*, vol. 21, n° 12, p. 793-811, 2004.
- [71] R. N. Greenberg, « Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review », *Clin Ther*, vol. 6, n° 5, p. 592-599, 1984.
- [72] A. G. K. Beckman, M. G. Parker, et M. Thorslund, « Can elderly people take their medicine? », *Patient Education and Counseling*, vol. 59, n° 2, p. 186-191, nov. 2005.
- [73] L. Mühlfeld, P. Langguth, H. Häusler, et H. Hagels, « Influence of blister package design on usability among older adults », *Int J Clin Pharm*, vol. 34, n° 4, p. 553-560, août 2012.



- [74] S. Leger, P. Bedouch, B. Allenet, et J. Calop, « Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé », *Journal de Pharmacie Clinique*, vol. 20, n° 2, p. 110-3, juill. 2001.
- [75] V. E. Stone, J. Jordan, J. Tolson, R. Miller, et T. Pilon, « Perspectives on adherence and simplicity for HIV-infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens in predicting adherence », *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, vol. 36, n° 3, p. 808-816, juill. 2004.
- [76] S. Liewer et A. N. Huddleston, « Oral targeted therapies: managing drug interactions, enhancing adherence and optimizing medication safety in lymphoma patients », *Expert Rev Anticancer Ther*, vol. 15, n° 4, p. 453-464, avr. 2015.
- [77] I. S. Ockene, L. L. Hayman, R. C. Pasternak, E. Schron, et J. Dunbar-Jacob, « Task Force #4—adherence issues and behavior changes: achieving a long-term solution », *J Am Coll Cardiol*, vol. 40, n° 4, p. 630-640, août 2002.
- [78] W. E. Encinosa, D. Bernard, et A. Dor, « Does prescription drug adherence reduce hospitalizations and costs? The case of diabetes », *Adv Health Econ Health Serv Res*, vol. 22, p. 151-173, 2010.
- [79] V. Crentsil, M. O. Ricks, Q.-L. Xue, et L. P. Fried, « A pharmacoepidemiologic study of community-dwelling, disabled older women: Factors associated with medication use », *Am J Geriatr Pharmacother*, vol. 8, n° 3, p. 215-224, juin 2010.
- [80] J. T. Hanlon, C. F. Pieper, E. R. Hajjar, R. J. Sloane, C. I. Lindblad, C. M. Ruby, et K. E. Schmader, « Incidence and predictors of all and preventable adverse drug reactions in frail elderly persons after hospital stay », *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, vol. 61, n° 5, p. 511-515, mai 2006.
- [81] M. Herr, J.-M. Robine, J. Pinot, J.-J. Arvieu, et J. Ankri, « Polypharmacy and frailty: prevalence, relationship, and impact on mortality in a French sample of 2350 old people », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, vol. 24, n° 6, p. 637-646, juin 2015.
- [82] M. H. Beers, « Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update », *Arch. Intern. Med.*, vol. 157, n° 14, p. 1531-1536, juill. 1997.
- [83] M.-L. Laroche, F. Bouthier, L. Merle, et J.-P. Charmes, « [Potentially inappropriate medications in the elderly: a list adapted to French medical practice] », *Rev Med Interne*, vol. 30, n° 7, p. 592-601, juill. 2009.
- [84] R. E. Hubbard, M. S. O'Mahony, et K. W. Woodhouse, « Medication prescribing in frail older people », *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 69, n° 3, p. 319-326, mars 2013.
- [85] E. Castagné, « Conciliation et revue des médicaments au sein de l'unité de Médecine d'Urgence de la Personne Agée : étude pilote MUPA-CREM », Toulouse III, 2016.



Annexes

Annexe 1. Questionnaire de Morisky, évaluation de l'observance.....	58
Annexe 2. Grille SEGA	59
Annexe 3. Score ISAR	60
Annexe 4. Grille ADL	61



Annexe 1. Questionnaire de Morisky, évaluation de l'observance.



ETIQUETTE

PATIENT

QUESTIONNAIRE DE MORISKY Sur le respect du traitement

Cochez une seule réponse par question

1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre Traitement pour (<i>nom de la maladie</i>) ?	<input type="checkbox"/> OUI	0
	<input type="checkbox"/> NON	1
2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de Prendre votre traitement pour (<i>nom de la maladie</i>) ?	<input type="checkbox"/> OUI	0
	<input type="checkbox"/> NON	1
3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour (<i>nom de la maladie</i>) ?	<input type="checkbox"/> OUI	0
	<input type="checkbox"/> NON	1
4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour (<i>nom de la maladie</i>) arrêtez-vous parfois de le prendre ?	<input type="checkbox"/> OUI	0
	<input type="checkbox"/> NON	1
TOTAL		

CALCUL DU SCORE

Le MMAS est un questionnaire générique d'évaluation de l'observance thérapeutique rempli par les patients, dans lequel le nom du problème de santé concerné (hypertension artérielle, diabète, cholestérol, sida, contraception, etc...) remplace « nom de la maladie ».

Ce questionnaire comporte quatre questions, dont le barème est de 0 pour « oui » et 1 pour « non ».

Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 et 4.



Annexe 2. Grille SEGA

Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gérontologique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone. La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Nom & Prénom de la personne

Année de naissance Âge Sexe

Date évaluation	N° Structure	Fonction de l'évaluateur	N° Personne	POIDS (en Kg)	TAILLE (en cm)	Code postal	Statut marital

Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risques			Score
	0	1	2	
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Contenance (urinaire et/ou fécale)	Contenance	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
Total				... / 26

TOTAL Volet A		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile



Annexe 3. Score ISAR

1-Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?

Oui/Non

2-Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?

Oui/Non

3-Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours pendant les 6 derniers mois ?

Oui/Non

4-Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de vue ?

Oui/Non

5-Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoires ?

Oui/Non

6-Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

Oui/Non

Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'événements indésirables (Un patient est considéré à risque d'événement indésirable avec plus de 2 réponses positives)



Annexe 4. Grille ADL



ETIQUETTE

PATIENT

A.D.L. [ACTIVITES QUOTIDIENNES]

DATE DE REALISATION DU TEST : le ____ / ____ / ____

Entourer le chiffre correspondant à la situation actuelle de l'état de santé du patient.

SOINS D'HYGIENE PERSONNELS (faites vous votre toilette au lavabo, baignoire ou douche ?) :	
1	Sans aide
0,5	Avec aide pour certaines parties du corps (jambe/dos, pieds)
0	Avec aide pour toute la toilette
HABILLEMENT	
Prendre les habits de l'armoire/ tiroirs, y compris sous-vêtements, Sait manipuler fermetures et bretelles:	
1	Prend les vêtements et s'habille complètement sans aide
0,5	Prend les habits et s'habille sans aide sauf pour les chaussures
0	Reçoit de l'aide pour prendre les habits et/ou s'habiller ou reste partiellement ou totalement dévêtu
ALLER AUX TOILETTES :	
1	Va aux toilettes, se nettoie et arrange ses vêtements sans aide (peut s'aider d'un support comme une canne, un déambulateur, une chaise roulante et peut utiliser un bassin ou une chaise percée avec nettoyage par lui-même)
0,5	Reçoit de l'aide pour aller aux toilettes, se nettoyer ou arranger ses vêtements ou dans l'utilisation du bassin ou d'une chaise percée
0	Ne va pas aux toilettes
DEPLACEMENTS :	
1	Se couche et se lève du lit aussi bien qu'il s'assoit ou se lève d'une chaise, sans aide (peut s'aider d'un support comme un déambulateur ou une canne)
0,5	Se couche (ou s'assoit) ou se lève avec aide
0	Reste alité
CONTINENCE :	
1	Contrôle parfaitement seul son élimination
0,5	A quelques « accidents », ou n'assure plus seul le contrôle de son élimination,
0	Utilisation d'une sonde ou incontinence complète
ALIMENTATION :	
1	Mange sans aide
0,5	Mange seul mais a besoin d'une aide pour couper la viande ou pour beurrer les tartines ou reçoit de l'aide pour manger ou est nourri partiellement
0	Est nourri totalement ou à l'aide d'une sonde ou de solutés intraveineux

Total /6



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Evaluation de l'observance médicamenteuse chez les personnes âgées admises aux urgences adultes du CHU de Limoges

Introduction : Les personnes âgées fragiles sont particulièrement sensibles aux effets secondaires des médicaments, eux-mêmes pourvoyeurs d'évènements de santé indésirables et d'inobservance. L'objectif de cette étude était d'évaluer le niveau d'observance médicamenteuse des personnes âgées aux urgences, en fonction du profil gériatrique (fragilité, dépendance, chutes) et son impact sur le taux d'hospitalisation.

Méthode : Nous avons mis en place une étude descriptive monocentrique de cohorte prospective sur une période de 45 jours avec un suivi de 30 jours. Nous avons évalué l'observance des personnes âgées admises aux urgences adultes du CHU de Limoges par le questionnaire de Morisky-Green, et colligés des variables socio-démographiques ainsi que le profil gériatrique des patients (polymédication, fragilité, autonomie, chutes).

Résultats : Sur les 132 patients inclus dans l'étude (âge moyen : 86,4 ans), 86,5% d'entre eux ont déclarés ne pas être observants de leur traitement. La population étudiée était majoritairement polypathologique (90,2%) et polymédiquée (87,9%). L'observance diminue avec l'âge ($p=0,002$) ainsi qu'avec la dépendance ($p=0,042$) et la fragilité ($p=0,013$).

Conclusion : Les personnes âgées fragiles et dépendantes, en plus d'être plus exposées aux effets indésirables des médicaments sont plus sujettes à l'inobservance de leur traitement. La détection des défauts d'observance associée à la revue médicamenteuse dès les urgences peut permettre à l'élaboration de stratégies favorisant l'adhésion thérapeutique.

Mots-clés : Observance, Fragilité, Personnes âgées, Urgences

Evaluation of medication adherence in elderly admitted in emergency department of Limoges University Hospital Center

Introduction: The frail elderly is particularly sensitive to side effects of drugs, themselves purveyors of adverse health events and defiance. The objective of this study was to assess the level of drug compliance of emergency elderly, according to the geriatric profile (fragility, dependence, falls) and its impact on hospitalization rates.

Methods: We set up a single center descriptive prospective cohort study over a period of 45 days with a follow-up of 30 days. We assessed the observance of seniors admitted to Limoges University Hospital Center emergency department by the Morisky-Green questionnaire, and collected sociodemographic variables and the profile of geriatric patients (polypharmacy, fragility, autonomy, falls).

Results: Of the 132 patients included in the study (mean age 86.4 years), 86.5% of them have declared not to be observant of their treatment. The study population was predominantly multiple illnesses (90.2%) and medications (87.9%). Compliance decreases with age ($p = 0.002$) and with the dependence ($p = 0.042$) and frailty ($p = 0.013$).

Conclusion: The frail and dependent elderly, in addition to being more vulnerable to adverse drug reactions are more prone to non-adherence to treatment. The detection of defects of compliance associated with the drug review in the emergencies departments may allow the development of strategies to promote treatment adherence.

Keywords : Adherence, Frailty, Elderly, Emergency department

