HAL
open science

Gestion des difficultés et de l'entourage du sujet âgé en perte d'autonomie à l'officine

Delphine Pensivy

To cite this version:

Delphine Pensivy. Gestion des difficultés et de l'entourage du sujet âgé en perte d'autonomie à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2012. hal-01733987

HAL Id: hal-01733987

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733987v1

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE
2012

FACULTE DE PHARMACIE

GESTION A L'OFFICINE DES DIFFICULTÉS ET DE L'ENTOURAGE DU SUJET AGÉ EN PERTE D'AUTONOMIE

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 Décembre 2012

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Delphine PENSIVY**

née le 15 Juillet 1985 à Metz (57)

Membres du Jury

Président :	M. Pierre LABRUDE,	Professeur
Directeur :	M. Jacques CALLANQUIN,	Pharmacien d'officine, enseignant à la Faculté
Juges :	M. Olivier DE BISSCHOP,	Pharmacien d'officine
	Mme. Marie Helene PICAUT,	Pharmacien Hospitalier

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2011-2012

DOYEN
Francine PAULUS
Vice-Doyen
Francine KEDZIEREWICZ
Directeur des Etudes
Virginie PICHON
Président du Conseil de la Pédagogie
Bertrand RIHN
Président de la Commission de la Recherche
Christophe GANTZER
Président de la Commission Prospective Facultaire
Jean-Yves JOUZEAU
Responsable de la Cellule de Formations Continue et Individuelle
Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS :	Francine KEDZIEREWICZ
Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier :	Jean-Michel SIMON
Responsable Pharma Plus E.N.S.I.C. :	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable Pharma Plus E.N.S.A.I.A. :	Bertrand RIHN

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES
Jeffrey ATKINSON
Gérard SIEST
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY
Pierre DIXNEUF
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Maurice HOFFMANN
Michel JACQUE
Lucien LALLOZ
Pierre LECTARD
Vincent LOPPINET
Marcel MIRJOLET
François MORTIER

Maurice PIERFITTE
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Dominique NOTTER
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

SERMENT DES APOTHICAIRES

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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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

« LA FACULTE N’ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

A mon Directeur de thèse
Monsieur Jacques Callanquin
Docteur en Pharmacie.

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce sujet.
Pour vos précieux conseils, votre disponibilité et votre confiance.
Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma plus vive reconnaissance.

A mon Président de thèse
Monsieur Pierre Labrude
Docteur en Pharmacie, Professeur à la Faculté de Pharmacie de Nancy.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce travail et de me prodiguer votre enseignement.
Je tiens à vous exprimer mes remerciements pour votre sympathie à mon égard, votre disponibilité et votre aide à l'aboutissement de ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A mes juges

Monsieur Olivier De Bisschop
Docteur en Pharmacie.

Pour votre accueil au sein de la Pharmacie de l'Amphithéâtre.
Pour vos conseils avisés et votre disponibilité.
Pour m'avoir permis de faire du concours les vendredis.
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse, veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Madame Marie Hélène Picaut
Docteur en Pharmacie

Pour votre accueil lors de mon stage hospitalo universitaire.
Pour m'avoir inculqué mes premières notions en gériatrie.
Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A mes parents,

Pour tout ce que vous m'avez inculqué et appris.
Merci de m'avoir permis d'être ce que je suis.

A ma mère, pour tout simplement être là quant il faut.

A mon père, pour son soutien et son exemple.
Merci pour ta confiance.

A ma sœur,

Pour ses conseils, ses cours et son soutien.

A Maxime, Victor et Agathe.

A Marceau,

Pour la patience dont tu fais preuve à mon égard, pour ta présence dans les bons comme dans les mauvais moments.
Pour toutes les révisions passées ensemble à rire, stresser et toutes ces nuits blanches.
En témoignage de tout mon amour.

A mes amis de Fac Anne Laure, Arnaud, Charlotte, Benjamin, Christelle, Cédric, David, Jérôme², Thibault, Vicky pour toutes nos soirées, débats, pour les Before et les Afters, les Week-ends ski inoubliables et pour avoir fait de ces 6 années les plus belles. En espérant qu'il y en aura beaucoup d'autres malgré les kilomètres qui nous éloignent.

A mes collègues de la Pharmacie de l'Amphithéâtre, pour les chaleureux moments partagés ensemble et tous les gouters dévorés au fond de la Pharmacie. Merci les filles.

Je dédis cette thèse à mes grands parents, Eliane & Louis et Raymonde & Gaston.

Sommaire

Première partie : Le vieillissement de la population et ses conséquences 2

I. Définition du sujet âgé [1 2] 3
II. Le vieillissement de la population en quelques chiffres 4
III. La dépendance [3 4 5] 4
IV. Pharmacocinétique [6] 6
1. Définition 6
2. Absorption 7
3. Distribution 8
4. Métabolisme 9
5. Élimination 10
V. Pharmacodynamique 12
VI. Polypathologie et polymédication [7 8] 13
1. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé et évolution [9] 13
2. Optimisation de la prescription chez le sujet âgé [10] 14
3. Évaluation de l'observance des traitements 14
VII. Conclusion 15

Deuxième partie : Le pharmacien : un acteur de proximité. 16

Chapitre 1 : Les chutes 18
I. Définition [11] 18
II. Les outils du pharmacien [12 13] 19
III. Cas pratique 23
IV. Conclusion 24
Chapitre 2 : La dénutrition 25
I. Les besoins énergétiques [17] 25
II. Dénutrition (5) 25
1. Déséquilibre nutritionnel 25
2. Les causes de la dénutrition 26
3. Les conséquences de la dénutrition 26
4. Étiologie [18] 26
5. Les indices 27
III. Les outils du pharmacien [19] 27
IV. Cas pratique 30
V. Conclusion 31
Chapitre 3 : Les escarres 32
I. Définition [22] 32
II. Facteurs de risques [23] 32
III. Évaluation du risque d'escarre 33
IV. Classification des escarres 34
V. Les outils du pharmacien [24 25] 35
1. Le matériel médical 35
2. Les pansements [26] 38
3. Compléments nutritionnels oraux 39
4. Information et éducation du patient et de sa famille 39
VI. Cas pratique 39
VII. Conclusion 40

Chapitre 4 : Incontinence urinaire 41
I. Définition [27] 41
II. Mise en évidence 41
III. Les différentes formes d'incontinence 42
IV. Les outils du pharmacien [27] 43
1. Les conseils 43
2. Les protections absorbantes 44
Types [29] 44
3. Les dispositifs médicaux de la voie urinaire 48
4. Lutte contre la polymédication [31] 50
V. Cas pratique 51
VI. Conclusion 52
Chapitre 5 : La dépression 54
I. Définition [33] 54
II. Épidémiologie 54
III. Facteurs de risque [34] 55
IV. Prévention et dépistage 55
V. Les outils du pharmacien [35 36] 57
1. Les médicaments antidépresseurs 57
2. L'homéopathie 59
3. La phytothérapie 60
4. L'écoute 61
VI. Cas pratique 61
VII. Conclusion [37] 62
Chapitre 6 : Les troubles du sommeil 63
I. Introduction 63
II. Épidémiologie[38] 63
III. Facteurs de risques[39] 63
IV. Les outils du pharmacien[40] 64
1. La place des hypnotiques et des anxiolytiques[41 42 43] 65
2. La place de l'homéopathie 67
3. La place de la phytothérapie [45] 68
Plantes majeures 68
Autres plantes 69
4. Les conseils hygiéno-diététiques[46] 69
V. Cas de comptoir 70
VI. Conclusion 70

Troisième partie: La prescription de médicaments génériques chez le sujet âgé. 71

I. Les difficultés liées au sujet âgé 72
1. L'observance [47] 72
2. La difficulté de communiquer avec les personnes âgées 74
3. La polymédication 75
4. La forme galénique 76
II. Le rôle du pharmacien lors de la substitution [48] 76
1. Le langage 77
2. La forme galénique 77
3. Le dossier pharmaceutique [49] 77
4. Les outils d'aide à la prise des médicaments 78

III. Cas de comptoir 79
IV. Question/Réponses sur les médicaments génériques à destination des équipes officinales [50] 80
V. Conclusion 82

Conclusion 83

Annexes 85

Bibliographie 94

Bibliographie des figures 98

Table des illustrations

Liste des figures :

Figure 1 : Déambulateur à cadre fixe……....21
Figure 2 : Rollator delta……21
Figure 3 : Matelas gaufrier……36
Figure 4 : Matelas à mémoire de forme……36
Figure 5 : Coussin mousse et gel……..37
Figure 6 : Coussin pneumatique à cellules……37
Figure 7 : Protection absorbante……...45
Figure 8 : Protection pour homme……45
Figure 9 : Protection anatomique et slip filet……46
Figure 10 : Slip absorbant……47
Figure 11 : Change complet……..47
Figure 12 : Arbre décisionnel de l'HAS sur la dépression (Unité Programmes Pilotes - 29 juillet 2008)……...62
Figure 13 : L72……..68
Figure 14 : Sédatif PC……...68
Figure 15 : Semainier PILBOX® Liberty……79
Figure 16 : Comprimés de Nébivolol 5mg et de Préviscan 20mg……80

Liste des tableaux :

Tableau I : Proportion des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus en 2000……5
Tableau II : Facteurs de risque de mauvaise observance chez le sujet âgé……...15
Tableau III : Facteurs de risque de chute les plus fréquemment retrouvés chez la personne âgée……...…18
Tableau IV : Classification des stades de l'escarre du NPUAP……34
Tableau V : Types de pansements disponibles en fonction de l'état……38
Tableau VI : Symptômes de la dépression du sujet âgé (d'après Thomas et Hazif-Thomas, 2003)……56

Liste des abréviations

AD : Anti Dépresseur

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

ANAES : Agence Nationale des Accréditations et d'Evaluation en Santé

ANC : Apport Nutritionnel Conseillé

ASNM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARAII : Antagoniste Rénine Angiotensine II

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti Vitamine K

BZD : Benzodiazépine

Cl : Clairance

CH : Charrière

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

DP : Dossier Pharmaceutique

HAS : Haute Autorité de Santé

HP/HC : Hyper Protéiné/ Hyper Calorique

HTA : Hyper Tension Artérielle

ICS : International Continence Society

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IMAO : Inhibiteur Mono Amine Oxydase

IMC : Indice Masse Corporelle

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

LPPR : Liste des Produits et des Prestations Remboursables

MAD : Maintien A Domicile

MDRD : Modification Diet in Renal Disease

NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Prestation Physique de Dépendance

PU : PolyUréthane

PVC : PolyVinyle

SMR : Service Médical Rendu

Vd : Volume de distribution

Introduction

La population française vieillit, et le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter pour atteindre un tiers de celle-ci en 2030. De sévères conséquences au niveau sanitaire, social et économique feront suite à ce changement démographique. Effectivement, la prise en charge des personnes âgées de 60 ans et plus a un coût non négligeable car elles nécessitent beaucoup de soins et d'accompagnement. Cependant la France n'est pas prête à pallier financièrement à ces dépenses.

L'enjeu de ce bouleversement est surtout social : on se doit d'améliorer la qualité de vie du sujet âgé, notamment en le laissant choisir son mode de vie (maison de retraite, domicile…). Il est par conséquent important de prévenir dès maintenant les conséquences du vieillissement de la population. Le but de ce travail est de montrer que le maintien à domicile peut être une des solutions possibles dans laquelle le pharmacien de ville a un rôle important à jouer. C'est pourquoi, après avoir exposé le vieillissement de la population ainsi que les problèmes de dépendance et de perte d'autonomie qu'il engendre, nous verrons comment s'organisent conseil et MAD à l'officine. Dans la dernière partie, nous nous attacherons au rôle du pharmacien à travers des cas pratiques.

Première partie : Le vieillissement de la population et ses conséquences

Le vieillissement de la population est sur tous les fronts, études, magazines, publicités ; il existe même une journée internationale des personnes âgées (1er octobre) ; il est donc difficile d'y échapper.

Mais qu'est-ce qu'une personne âgée ? A quoi correspond la vieillesse ?

La vieillesse est hétérogène. Depuis la fin du 20ème siècle, dans nos pays, 90% de la population arrive à l'âge de la vieillesse : c'est l'avenir de tous, et la seule période extensible de l'existence. Désormais, la vieillesse réunit plusieurs générations. Cette évolution pour tous est due aux progrès de la médecine, de l'hygiène et de la prévention. Hier, on était vieux à 60 ans, aujourd'hui il est des octogénaires qui sont en pleine santé et des centenaires qui ne sont plus des exceptions.

En réalité, la définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif, et une personne ne devient pas âgée du jour au lendemain, lors de son anniversaire ou de son départ en retraite.

I. Définition du sujet âgé [1 2]

Il n'existe pas de définition stricte de la personne âgée, plusieurs approches sont possibles : selon l'OMS une personne âgée est une personne de plus de 60 ans ; sur un plan social, le Conseil général de Meurthe-et-Moselle distingue trois types de troisième âge :

- la première classe d'âge (65 à 70 ans) correspond en général au passage à l'inactivité. Cependant le mode de vie peut être encore, à l'activité près, assez proche de celui de la dernière tranche d'âge des actifs : ces personnes vivent généralement avec leur conjoint respectif, à leur domicile, sans connaître pour le moment des problèmes majeurs de santé.

- la deuxième classe d'âge (70 à 80 ans) est marquée par la perte du conjoint, ce qui entraîne la solitude, surtout chez les femmes ; ce phénomène apparaît autour de 75 ans. Par la suite, les problèmes de santé surgissent, ils sont importants et touchent l'appareil cardiovasculaire, cérébral mais aussi locomoteur. Apparaît alors le besoin de soutien et d'accompagnement dans la vie quotidienne.

- la troisième classe d'âge (80 ans et plus) est caractérisée par des accidents de santé fréquents, de dépendance, d'isolement, et qui peuvent amener à une hospitalisation, voire à un placement en institution. Le maintien à domicile et les solidarités familiales sont sollicités pour pallier à un hébergement collectif.

II. Le vieillissement de la population en quelques chiffres

Dans 40 ans, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions il y a 5 ans, soit une hausse de 80 %. C'est dans les années à venir que cet accroissement sera le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), car ce sont les personnes issues de la génération du « baby boom » qui atteindront la tranche d'âge des plus de 60-65 ans. Ensuite, cette hausse sera moins marquée car les générations suivantes sont moins nombreuses. Cependant celles-ci atteindront des âges encore plus élevés en raison des progrès dans le domaine de la santé qui contribuent à une augmentation de l'espérance de vie.

Il y aura donc une augmentation de quasiment 10% de la population de plus de 60 ans résidant en France entre aujourd'hui et 2050. L'allongement de l'espérance de vie ne fait que confirmer l'ampleur du phénomène. En effet, même si elle se stabilise à l'heure actuelle, le nombre de personne de 60 ans et plus augmenterait quand même, car ce sont les « baby boomer ».

III. La dépendance [3 4 5]

L'augmentation de l'espérance de vie a changé l'allure démographique de la France. En effet, le nombre de sujets âgés a fortement augmenté et même si leur santé s'améliore toujours, de plus en plus de nos aînés se trouvent en situation de perte d'autonomie.
Aujourd'hui en France, plus d'un million de personnes de 60 ans et plus sont dépendantes. Parmi elles, 39% présentent seulement une dépendance physique, 35% associent des troubles physiques et psychiques et 26% présentent des troubles du comportement.

Il est également important de noter que la dépendance est corrélée à l'âge : à mesure qu'elles vieillissent, les personnes âgées perdent en autonomie (tableau 1).

Ages	Hommes	Femmes
75 ans	4,6%	4,1%
80 ans	6,3%	7,8%
85 ans	11,3%	15,5%
90 ans	23,2%	28,0%
90 ans et plus	33,7%	38,7%

Tableau I : Proportion des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus en 2000 (d'après l'INSEE, Projection de population à l'horizon)

Le terme dépendance correspond au besoin pour une personne de faire appel à un tiers pour effectuer les actes de la vie courante : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, etc. Il a été défini pour la première fois en 1973, par le gériatre Yves Delomier : « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie». [(2)]
Même si cette définition apporte une notion négative, elle sera confortée en 1997 par l'apparition de la « prestation spécifique dépendance » (PSD). La PSD est une prestation d'aide sociale réservée aux plus de 60 ans et soumise à récupération sur succession.

Parmi les outils d'évaluation de la dépendance, c'est la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui permet de situer au mieux le degré de dépendance d'une personne âgée. « AGGIR est un outil multidimensionnel de mesure de l'autonomie à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée. Il comprend dix variables discriminantes :

- **Cohérence** : conserver et/ou se comporter de façon logique et sensée.
- **Orientation** : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux.
- **Toilette** : assurer son hygiène corporelle.
- **Habillage** : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements.
- **Alimentation** : se servir et manger les aliments préparés.
- **Hygiène de l'élimination** : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
- **Transferts** : se lever, se coucher, s'asseoir.
- **Déplacements à l'intérieur du logement et de l'institution** (éventuellement avec canne, fauteuil roulant ou déambulateur).

- **Déplacements à l'extérieur** : à partir de la porte d'entrée, à pied ou en fauteuil.
- **Communication à distance** : utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette).

Chaque variable a trois modalités :
A : fait seul, totalement, habituellement et correctement.
B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement.
C : ne fait pas.

A partir de ces réponses aux dix variables discriminantes (notes A, B, C) un algorithme attribue des points, calcule un score et attribue à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR). Il existe six groupes « iso-ressources », censés regrouper des personnes qui, tout en ayant des profils d'incapacité différents, ont besoin d'une même quantité d'heures de soins (…). En pratique, dans AGGIR, seules les huit premières variables discriminantes sont utilisées pour le calcul du GIR ».[(1)]
Le *GIR 1* correspond au degré de dépendance ou de perte d'autonomie le plus élevé, c'est-à-dire des personnes confinées au lit ou au fauteuil, requérant la présence indispensable et continue d'intervenants. A l'opposé, le *GIR 6* définit des personnes n'ayant pas de perte de l'autonomie pour les actes de la vie courante. Il est important de noter que cet outil mesure un niveau d'incapacité et en aucun cas un besoin d'aide.

IV. Pharmacocinétique [6]

1. Définition

La pharmacocinétique étudie le devenir d'un médicament dans l'organisme. Elle a pour but de fournir les connaissances nécessaires à l'optimisation d'un traitement et à l'adaptation de la posologie, chez la personne âgée notamment, pour obtenir les concentrations plasmatiques d'un médicament entraînant l'effet optimal. On admet en effet qu'aux concentrations trop faibles, le médicament est inefficace, et qu'aux concentrations trop élevées, les effets indésirables deviennent trop importants par rapport à l'efficacité.

La détermination des paramètres pharmacocinétiques d'un médicament apporte les informations qui permettent de choisir les voies d'administration et d'adapter les posologies pour son utilisation future.

On peut distinguer schématiquement 4 étapes dans la pharmacocinétique d'un médicament :

- son absorption,
- sa diffusion dans l'organisme,
- son métabolisme,
- son élimination de l'organisme.

Ces étapes se modifient avec l'âge.

2. Absorption

L'absorption d'un principe actif représente le passage de ses molécules depuis le site d'administration vers la circulation sanguine à travers une membrane biologique. L'administration orale d'un médicament est la modalité d'administration la plus ancienne. C'est également celle que l'on pourrait qualifier de plus physiologique.

L'absorption gastro-intestinale est le paramètre pharmacocinétique le moins affecté par le vieillissement. En effet, il n'existe que peu d'exemples de modifications de l'absorption des médicaments après administration orale. Les changements physiologiques sont pourtant présents :

- ⇒ La capacité de sécrétion des cellules de l'estomac diminue avec l'âge, entraînant une augmentation du pH gastrique.

- ⇒ La motricité gastrique et intestinale diminue pour compenser l'élévation du pH qui augmente la vidange gastrique.

- ⇒ La capacité d'absorption des cellules intestinales et certains transports actifs à travers les membranes diminuent.

Cependant, la majorité des médicaments étant absorbée par diffusion passive, cela n'a qu'une importance limitée.

Malgré toutes ses modifications, d'une façon générale l'absorption orale des médicaments est peu modifiée chez la personne âgée. Cependant, il convient de rester prudent avec les médicaments à faible marge thérapeutique. La conséquence clinique la plus significative est la diminution de l'absorption des cations, notamment du calcium et du fer.

Pour les autres voies, l'activité des médicaments peut être modifiée en fonction de facteurs locaux que l'on rencontre souvent chez les personnes âgées, comme par exemple la sécheresse cutanée, la fibrose pulmonaire, la baisse de débit sanguin local ou systémique. Mais cela reste très marginal.

3. Distribution

Lorsque le médicament atteint la circulation systémique, il se comporte de la même façon quelle que soit la voie d'administration. A partir du compartiment sanguin, il se distribue dans les organes cibles, les tissus de réserve ou les organes de biotransformation ou d'excrétion.

Cette distribution tient compte de plusieurs paramètres :

- Les compartiments :

L'eau corporelle représente 15% du poids du corps à 20 ans mais elle n'en représente plus que 10% à 80 ans. Ce qui entraîne pour une même quantité de médicaments, une augmentation de sa concentration, comme c'est par exemple le cas avec la digoxine.

- Les volumes de distribution (Vd) :

Le volume de distribution se définit comme le volume fictif dans lequel se distribue une quantité de médicament pour être en équilibre avec la concentration plasmatique. La valeur du Vd dépend de facteurs liés à l'individu, telles la composition corporelle et la vascularisation des tissus et des organes, et des facteurs liés au principe actif, tels la liposolubilité, la capacité de liaison de ses composantes (affinité) et le degré d'ionisation.

- Les facteurs liés au principe actif :

Les composés liposolubles ont un volume de distribution augmenté chez les sujets âgés et une durée d'action prolongée avec une augmentation de leur demi-vie. C'est le cas notamment des benzodiazépines presque systématiquement prescrites chez la personne âgée.
Toutefois, chez les personnes très âgées qui perdent du poids de façon marquée, la proportion de la masse adipeuse diminue et parallèlement le volume de distribution des médicaments liposolubles baisse. Dans ce contexte, une réévaluation de la posologie s'impose.

Les principes actifs hydrosolubles voient leur volume de distribution diminuer avec l'âge du patient, ce qui entraîne des concentrations sanguines plus élevées. C'est notamment le cas du paracétamol, largement rencontré en automédication.

La fixation protéique, c'est-à-dire la liaison entre un médicament et les protéines plasmatiques, constitue une réserve circulante du médicament sous la forme d'un complexe médicament/protéine. Dans les cas de forte fixation (supérieure à 90%) il existe un risque élevé de toxicité, surtout pour les médicaments à faible marge thérapeutique.
En cas de dénutrition, le risque est une hypo-albuminémie entraînant l'augmentation de la fraction libre active du médicament et une possible toxicité aiguë.

4. Métabolisme

Le terme de métabolisme fait référence à la transformation, par une réaction enzymatique, d'un médicament en un ou plusieurs composés actifs ou inactifs au plan pharmacologique. Le principal site de biotransformation est situé au niveau hépatique, dans les enzymes des microsomes.

C'est pourquoi l'altération du métabolisme hépatique est le changement clinique le plus important du vieillissement. On estime que l'activité hépatique baisse de 10% par décennie après 40 ans.

L'activité métabolique du foie est influencée par deux paramètres : le flux sanguin hépatique et l'activité enzymatique des hépatocytes.

- L’apport sanguin au foie est dépendant du débit cardiaque. Tous les facteurs nuisibles à une perfusion sanguine adéquate sont donc importants, comme l’insuffisance cardiaque, la prise d’un vasodilatateur, l’arrêt de l’activité physique ou l’alitement.

- Par ailleurs, on constate une réduction de l'activité du cytochrome P450 et des phénomènes d'oxydation, ce qui a pour conséquence une augmentation de la demi-vie de médicaments tels que le diazépam ou le paracétamol.

De plus, la consommation excessive d'alcool chez certains vieillards ne fait qu'amplifier les problèmes hépatiques.

5. Élimination

Le pharmacien doit tenir compte de la voie d'élimination principale du médicament afin de vérifier la posologie et d’éviter les interactions.

5.1. La voie rénale

Le sujet âgé est classiquement considéré comme un insuffisant rénal chronique. En effet, on observe :
- une réduction de 40 à 50% de la filtration glomérulaire (en fait, une diminution de 6 à 10% tous les 10 ans à partir de la quarantaine), même en l’absence de maladie rénale, entre 40 et 70 ans, avec pour conséquence une concentration plasmatique potentiellement toxique si le médicament est éliminé essentiellement par excrétion rénale ;
- une diminution d’environ 1% par an de la masse rénale et du flux sanguin à partir de 40 ans.

L’élimination rénale est le résultat net de 3 processus : la filtration au niveau du glomérule, la sécrétion active au tubule proximal et la réabsorption tout au long du tubule rénal.
Avec l’âge, la filtration glomérulaire et la sécrétion tubulaire déclinent graduellement. La capacité de réabsorption est aussi modifiée à la baisse. L’insuffisance rénale augmente donc la toxicité des médicaments qui eux même peuvent aggraver l’évolution de l’insuffisance rénale. Cette « fatigue rénale » est un facteur prédominant dans la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé.

C’est pourquoi il est important d’évaluer et de surveiller la fonction rénale du sujet âgé. C’est-à-dire estimer la clairance de la créatinine afin d’adapter la posologie des médicaments à élimination rénale. Cela peut se faire selon deux méthodes : Cockcroft & Gault ou MDRD. Cependant MDRD semble plus indiqué chez le sujet âgé car la formule de Cockcroft surestime la fonction rénale des sujets très dénutris ou ayant des clairances très basses.

Cette évaluation permet de calculer la clairance de la créatinine chez un sujet à partir de son poids (C&G), son sexe, son âge et sa créatininémie.

Cockcroft & Gault :

-chez l’homme : Cl= (140- âge) x poids x K / créatininémie (µmol/l) k=1,23

-chez la femme : Cl= (140- âge) x poids x K / créatininémie (µmol/l) k=1,04

MDRD: Modification Diet in Renal Disease

Cl= Chez l'homme = 186 x (créatinine (µmol/l) x 0,0113)-1,154 x âge- 0,203
x 1,21 pour les sujets d'origine africaine
x 0,742 pour les femmes

La classification des insuffisances rénales est la suivante

- 99mL/min = absence d’insuffisance rénale,
- 60-99 mL/min= insuffisance rénale légère,
- 30-59 mL/min= insuffisance rénale modérée,
- 15-29 mL/min= insuffisance rénale sévère,
- <15 mL/min= insuffisance rénale terminale.

Cette définition de stade de la maladie rénale permet d’améliorer les recommandations d’adaptation posologique chez le sujet âgé. On souligne 3 catégories de médicaments qui se chevauchent et qui nécessitent une diminution de leur dosage :

- les médicaments dont la prescription peut entraîner une aggravation de l'insuffisance rénale préexistante : diurétiques, AINS, IEC, ARAII, hypolipémiants,…
- les médicaments dont l'accumulation, en cas d'insuffisance rénale, peut entraîner des effets indésirables généraux graves : anti-diabétiques, ISRS, diurétiques, héparines, allopurinol,…
- les médicaments qui, du fait de la vieillesse et des pathologies associées provoquent des effets indésirables fréquents : AVK, lévodopa, AD imipraminiques, médicaments anticholinergiques…

En plus du vieillissement rénal normal, s'ajoutent des facteurs étiologiques comme l'alimentation, certaines pathologies ou des agressions médicamenteuses, etc.

5.2. La voie biliaire

D'une façon générale, la pharmacocinétique des médicaments éliminés par voie biliaire est modifiée de manière significative avec le vieillissement, mais ceci reste encore peu connu.

V. Pharmacodynamique

La pharmacodynamie est l'étude des effets thérapeutiques et des effets indésirables d'un médicament dans l'organisme. Elle s'intéresse à la réponse de l'organisme et à l'interaction du médicament et de ses récepteurs.

Chez la personne âgée, les modifications d'efficacité ou de durée d'action des médicaments sont associées à des altérations des récepteurs, des voies de signalisation, du fonctionnement cellulaire, de l'homéostasie physiologique. Il est souvent difficile de dissocier les interférences pharmacodynamiques des modifications pharmacocinétiques et des pathologies fréquemment associées à cette période de la vie.

VI. Polypathologie et polymédication [7 8]

La polymédication est habituelle et souvent légitime chez le sujet âgé. Mais elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements, et à un coût élevé. En 2001, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 16% de la population française mais 39% de la consommation de médicaments en ville.

La iatrogénie médicamenteuse a un coût humain et économique. Elle serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez le sujet âgé, et de près de 20% chez les octogénaires. Plusieurs études récentes montrent qu'une partie non négligeable de cette iatrogénie grave est évitable.

1. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé et évolution [9]

67% des personnes âgées de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois versus 35% pour les moins de 65 ans. Cette proportion augmente avec l'âge. Elle est de 65% parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, de 70% chez les 75-84 ans et de 69% chez les 85ans et plus.

En moyenne, la consommation journalière s'établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus. Elle passe de 3,3 médicaments différents par jour pour les 65-74ans, à 4,0 pour les 75-84ans, et 4,6 pour les 85ans et plus. Les femmes consomment plus que les hommes (3,8 versus 3,3).
En un mois, 8,6% des personnes âgées achètent un médicament sans ordonnance et 4% des médicaments acquis par les personnes âgées le sont sans ordonnance.
Les sujets de 65ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets âgés de 80ans et plus.

Cette augmentation de la consommation médicamenteuse avec l'âge est relativement récente, comme en témoignent les enquêtes décennales INSEE-CREDES. Entre 1970 et 1991, l'augmentation a porté essentiellement sur le nombre de conditionnements achetés. Le taux d'achat a été multiplié de 109% chez les plus de 80ans. Ceci concernait essentiellement les

médicaments cardiovasculaires, les anti-diabétiques, et les collyres, notamment les bêta-bloquants.
Ainsi, une polymédication apparaît dans les années 1990, dont le premier déterminant est la polypathologie, elle-même fortement liée à l'âge.

2. Optimisation de la prescription chez le sujet âgé [10]

Plusieurs modalités de prescription sub-optimales chez le sujet âgé ont été décrites : l'excès de traitements (« overuse »), le prescription inappropriée (« misuse ») et l'insuffisance de traitement (« underuse »).

- Overuse : il s'agit de l'utilisation de médicaments en l'absence d'indication (l'indication n'a jamais existé ou n'existe plus) ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité (SMR insuffisant).

- Misuse : le « misuse » est l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus. Le premier à avoir réfléchi sur ce concept est Beers qui a établi dès 1991 pour les personnes âgées en nursing home, c'est-à-dire bénéficiant de soins infirmiers à domicile, une liste de médicaments dont la prescription n'était pas souhaitée.

- 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.

La polypathologie chez le sujet âgé est la principale cause de la polymédication. Cependant la polymédication est le déterminant principale du risque iatrogène, dont les conséquences sont les plus graves chez le sujet âgé.

3. Évaluation de l'observance des traitements

Le terme observance est actuellement controversé, car il traduit une certaine asymétrie dans la relation médecin-malade. Il lui est préféré le terme d' « adhésion au traitement », qui reconnaît l'autonomie du patient et requiert son accord aux recommandations données par les

professionnels de santé. Une bonne observance d'un traitement n'est pas une fin en elle-même, mais le moyen d'atteindre un résultat thérapeutique satisfaisant.

L'âge en lui-même ne serait pas un facteur de mauvaise observance. La polymédication est le plus souvent trouvée dans les études comme un facteur de risque indépendant, ainsi que certaines comorbidités : la dépression, les troubles cognitifs, mais aussi l'HTA (tableau 2).

En rapport avec le patient	En rapport avec le traitement	En rapport avec la relation patient-soignant
- Dépression - Démence - Incapacité fonctionnelle - Perte d'autonomie	- Polymédication (plus de 4 médicaments) - Fréquences journalières des prises +++ - Présence ou craintes d'effets indésirables	- Mauvaise qualité de la relation avec le médecin et le pharmacien - Prescripteurs multiples - Faible implication du médecin dans le problème d'observance

Tableau II : Facteurs de risque de mauvaise observance chez le sujet âgé (d'après le corpus de gériatrie, Janvier 2000, Polypathologie et Iatropathologie)

A l'inverse, la sévérité de la maladie améliorerait l'observance des traitements. Un paramètre important pour une bonne évolution est le choix d'une galénique adaptée.

VII. Conclusion

La prise en charge des personnes âgées occupe une place importante et croissante dans l'activité de tous les professionnels de santé. Il est important que les praticiens concernés acquièrent des connaissances et un savoir-faire pour optimiser les soins. De plus l'observance est meilleure lorsque la coordination et la communication se font régulièrement entre les différents soignants. Mieux prescrire chez le sujet âgé nécessite l'intervention de chacun et permettrait une diminution du risque de iatrogénie et du coût.

Deuxième partie : Le pharmacien : un acteur de proximité.

Le pharmacien, acteur de proximité, est l'un des professionnels de la santé vers lesquels les familles se dirigent afin de trouver des solutions pour la prise en charge de leurs proches. Cette prise en charge, qui s'effectue le plus souvent à domicile, nécessite l'action et la coordination de multiples acteurs de santé : médecin traitant, pharmacien, infirmier, aide soignant, kinésithérapeute,…

Le pharmacien a pour rôle de favoriser l'observance du traitement, de prévenir les incidents iatrogènes et d'apporter des conseils. Connaissant le patient et sa pathologie ou son handicap, il peut l'orienter dans le choix d'un matériel adapté à ses besoins et se rendre à son domicile afin d'évaluer les aménagements possibles pour un confort optimum. À travers son rôle d'éducateur thérapeutique, il apprend au malade et à ses proches à utiliser les différents matériels et explique les modalités d'administration des médicaments.
Il prend donc en charge la personne âgée durant une période charnière qui le plus souvent précède son entrée en institution. Cette période peut être marquée par des évènements plus ou moins graves comme les chutes, la dénutrition, les troubles du sommeil, l'incontinence, la dépression, l'altération des fonctions cognitives.
En raison de sa proximité, le pharmacien est en mesure de déceler, chez un sujet âgé en perte progressive d'autonomie, une altération de l'état général ou une diminution de ses capacités ainsi que les signes d'appels qui en résultent.

Chapitre 1 : Les chutes

I. Définition [11]

Une chute se définit comme le fait de tomber au sol de manière inopinée et non contrôlée par la volonté. Chez le sujet âgé, de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques favorisent les chutes. On estime que 30% des personnes de plus de 65 ans et 80% des personnes de plus de 85 ans chutent au moins une fois par an. De plus, les chutes concernent non seulement les sujets très âgés en condition physique diminuée et fragilisés, mais également des sujets vigoureux ; en effet, 20% d'entre eux chutent au moins une fois dans l'année. Contrairement aux idées reçues, les chutes sont moins fréquentes chez les personnes vivant au domicile que chez celle placées en institution. Le risque augmente avec l'âge mais aussi avec l'altération des fonctions cognitives (tableau 3).

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
- Age : plus de 80ans - Santé et état fonctionnel : activités de vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chute. - Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence. - Troubles locomoteurs et neuromusculaires : force diminuée au niveau des hanches et des genoux, préhension manuelle réduite, troubles de la marche, équilibre postural altéré. - Réduction de l'acuité visuelle.	- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition. - Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide, prise de risques, habitat mal adapté.

Tableau III : Facteurs de risque de chute les plus fréquemment retrouvés chez la personne âgée (d'après le Manuel de Gériatrie, les chutes, Edition Masson)

Le problème reste la récidive car plus de 50% des sujets âgés qui ont fait une chute, en font une ou plusieurs autres durant la même année. Les chutes sont graves car elles entraînent des conséquences physiques comme la fracture, mais surtout des conséquences psychologiques. Pour une personne âgée la chute signe la dépendance.

Parmi les conséquences traumatiques on observe avant toute chose des fractures, notamment de l'extrémité supérieure du fémur, des luxations, des entorses, des hématomes cutanés ou cérébraux et des plaies profondes.
Il peut aussi se manifester un retentissement psychologique avec une perte de l'estime de soi, des troubles anxieux ou une dépression majeure, c'est la peur de tomber. Elle peut devenir omniprésente tant pour la personne âgée que pour son entourage, c'est également un facteur de risque de rechute. Le sujet diminue progressivement son activité et ses déplacements, ce qui peut aboutir à une désocialisation, c'est ce que l'on appelle le « syndrome post-chute ». Il se caractérise également par des troubles de la marche et des troubles posturaux comme la rétropulsion, « déjettement postérieur du tronc en position assise avec une tendance à la chute en arrière lors du passage assis-debout».

Même lorsque la chute paraît anodine, il est capital d'en rechercher les causes :
-La chute est-elle la conséquence d'un malaise : d'une déshydratation, d'une anémie, de l'hypotension orthostatique,…?
-La chute est elle mécanique ? Due à un tapis, une bousculade, des pantoufles non adaptées,…?
-Des médicaments peuvent-ils en être responsables : psychotropes, médicaments cardiovasculaires,…?
-Le sujet présente-t-il des troubles de la marche ou de l'équilibre ?
-Le patient a-t-il une maladie de Parkinson débutante, une fonte musculaire,…?

II. Les outils du pharmacien [12] [13]

Dans un premier temps le pharmacien peut proposer des aides techniques et un aménagement de l'environnement qui permet d'éviter la récidive tout en rassurant le patient et son entourage.

Le contact humain

Lors d'une visite ou d'une livraison chez un sujet âgé, le contact humain est primordial. Il est important que le pharmacien soit en confiance et sûr de lui car il n'est plus derrière le comptoir en blouse blanche mais chez son patient. Dans un cas sur deux, la personne âgée dépendante vit seule, et le fait que le pharmacien se rende à son domicile pour améliorer sa qualité de vie par du matériel, des soins ou des conseils le valorise à ses yeux. Le pharmacien est naturellement actif lors de sa visite, d'autant plus que, quelquefois, la famille est dépassée, se voile la face ou ne fait qu'acte de présence sans toujours s'investir ou marquer suffisamment d'intérêt.

La personne âgée est très sensible à ce type d'intervention pharmaceutique et exprime sa gratitude par des gestes simples et affectueux comme prendre la main ou offrir une boisson. Ceci signifie que malgré le niveau de technicité dans le domaine de la santé, le contact humain est encore thérapeutique. Toutefois il faut faire la part des choses et garder une certaine distance avec cette clientèle âgée à qui le pharmacien offre un service de proximité.

Les aides techniques [14 15]

- Parmi les aides techniques, la plus utilisé est le déambulateur ou cadre de marche qui est facile d'utilisation et relativement bien accepté par la personne âgée. Il en existe plusieurs modèles regroupés en deux catégories : les déambulateurs fixes (figure n°1) sans roulettes et les rollators (figure n°2). Le choix est fait en fonction de la capacité de préhension du patient, du poids du matériel, de ses dimensions, de son usage extérieur et/ou intérieur et de son coût.

Le premier modèle est plus léger mais il nécessite une certaine force pour le soulever et avancer. Ses dimensions sont relativement standard ce qui lui permet de s'adapter à de nombreux domiciles. Les déambulateurs à roulettes sont plus faciles d'utilisation mais moins bien acceptés car beaucoup plus encombrants. Certains modèles comme le rollator à trois roues ou rollator delta sont très pratique, de plus la forme en triangle encadre le patient et lui apporte un sentiment de confort et de sécurité. Cependant, la largeur souvent importante peut rendre difficile le passage des portes.

figure n°1 : déambulateur à cadre fixe ***figure n°2 : rollator delta***

- La téléalarme ou téléassistance est l'une des solutions pour réduire les conséquences des chutes. Elles se présentent sous forme d'un bracelet ou d'un pendentif avec un bouton d'urgence qui envoie un signal d'alerte à une plateforme d'assistance 24/24. L'entourage ou les secours sont contactés, le temps d'attente est donc diminué, les séquelles seront moins importantes. En France 300 000 personnes sont équipées de ce système pour 800 000 victimes de chute avec lésions. Un pack est vendu en pharmacie : « le minifone », l'abonnement mensuel est de 19,90 euros et le prix du pack est de 95 euros.

L'aménagement du domicile

L'aménagement du logement consiste surtout à enlever les obstacles ou les éléments instables qui pourraient provoquer une chute.

Dans le séjour ou la chambre à coucher, le lit doit être un peu plus bas que la normale et s'il est muni de roulettes, elles doivent être bloquées, les descentes de lit doivent être enlevées, les tapis évités ou munis d'une bande antidérapante. Si le sol est revêtu d'une moquette il faut éviter les barres de seuil.

Dans la salle de bains et les toilettes :

- il est possible d'installer des barres d'appui à environ 50cm du sol ;
- le fond de la baignoire peut être recouvert d'un tapis antidérapant ;
- une planche peut être posée sur le rebord de la baignoire permettant à la personne de prendre une douche ;
- les WC peuvent être surélevés par un rehausse-wc.

Les escaliers et les couloirs doivent être bien éclairés, des barres d'appui peuvent être fixées aux murs et il faut faire très attention aux dénivelés et aux dernières marches qui doivent être signalées et/ou munies de bandes antidérapantes.

Le suivi de la prescription et de la consommation des médicaments

Dans un second temps le pharmacien peut revoir la prescription et la consommation médicamenteuse car si le médicament est une chance pour le sujet âgé, il présente aussi un risque. De nombreux médicaments peuvent avoir des effets secondaires favorisant les chutes. Tout d'abord les psychotropes, comme les neuroleptiques et les benzodiazépines, avec en chef de file chez le sujet âgé : Séresta®, Témesta® et Risperdal®. Puis les médicaments sédatifs et ceux potentiellement inducteurs d'hypotension orthostatique : neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, antihypertenseurs (inhibiteur calcique, inhibiteur de l'enzyme de conversion, diurétiques) phénothiazines.

Limiter les risques de l'iatrogénie médicamenteuse à l'officine fait partie des actions préventive antichute, aussi le pharmacien doit :

- « se renseigner » : il est primordial de consulter l'historique du patient ou son dossier pharmaceutique et si possible de connaître son état rénal et nutritionnel.
- « expliquer », c'est-à-dire commenter l'ordonnance, et établir si nécessaire un plan de prise voire conseiller un semainier.
- « vérifier », s'assurer que le patient a bien compris son traitement ainsi que les conseils associés.
- « surveiller » la bonne observance, notamment lors des renouvellements, et veiller à ce qu'il n'y ait pas d'arrêt brutal du traitement.

III. Cas pratique

Mme K. 84 ans, 1m55 pour 45kg, sous oxygénothérapie, fait parvenir à la pharmacie par l'intermédiaire de son aide-soignante l'ordonnance suivante :

Un déambulateur à l'achat

à essayer avec la patiente.

Cette patiente a des difficultés à se déplacer et s'en remet facilement à son pharmacien qui se rend volontiers à son domicile

Le médecin laisse l'initiative au pharmacien qui décide de commander deux types de déambulateurs, l'un fixe et l'autre « sur 3 roues delta », afin de les tester avec la patiente et de fournir le matériel adapté à l'utilisatrice et à l'utilisation.

À son domicile, Mme K. essaye chacun des deux modèles :

- le premier, à cadre fixe, est difficile à manipuler en raison de sa faible force musculaire et de son petit gabarit, de plus les pieds du déambulateur s'emmêlent dans les fils de l'oxygène qui traversent tout l'appartement ;
- le second est beaucoup plus maniable que le premier grâce à ses 3 roues pivotantes qui passent facilement sur les fils de l'oxygène. Sa forme triangulaire est sécurisante car elle « encadre » l'utilisatrice qui se sent ainsi protégée.

Le choix du second modèle étant validé, il est impératif de vérifier que le déambulateur autorise l'accès à toutes les pièces et qu'il passe dans chaque encadrement de porte.

<u>Commentaire:</u> le médecin a laissé l'initiative au pharmacien. Lorsque la prescription d'un déambulateur n'émane pas d'un service spécialisé d'un hôpital ou lorsque le patient n'a pas eu l'occasion d'utiliser un tel matériel, il est souhaitable pour le pharmacien soit de laisser un ou deux modèles à l'essai, soit de se rendre au domicile de son patient afin de tester différents modèles.

IV. Conclusion

La chute est un accident qui nuit énormément à la santé du sujet âgé en raison de l'incapacité de se relever après la chute, de l'immobilisation au sol qui en résulte ou de l'admission aux urgences. Cette série d'évènements génère un stress important chez la victime. Les conséquences sur le plan psychologique se traduisent par une perte de confiance en soi et une diminution des activités sociales et physiques.

Il ne faut donc pas attendre l'accident pour agir et prévenir les chutes (cf.: les outils du pharmacien).

Chapitre 2 : La dénutrition

I. Les besoins énergétiques [17]

Selon l'OMS les besoins énergétiques sont définis comme « la quantité d'énergie à apporter à un individu pour maintenir un poids et une composition corporelle compatible avec un bon état de santé à long terme, et une activité physique susceptible de générer une bonne activité économique et sociale ».

Cette définition est peu adaptée à la personne âgée. C'est pourquoi l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Aliments (AFSSA) a défini des apports nutritionnels conseillés (ANC) spécifiques au sujet âgé, pour un sujet en bonne santé (36 kcal/kg/j et 1 g/kg/j de protéines) d'une part et pour un sujet âgé dénutri (40 kcal/kg/j et 1,5 g/kg/j de protéines) d'autre part. Ces recommandations de l'AFSSA prennent en compte la corpulence, l'activité physique et la réponse nutritionnelle.

On note que les aliments les plus riches en protéines sont le lait, la viande, les produits laitiers, les œufs, le poisson et les légumineuses.

II. Dénutrition (5)

1. Déséquilibre nutritionnel

Selon un groupe d'experts de l'ANAES en 2003, «la dénutrition résulte d'un déséquilibre entre les apports nutritionnels et les besoins protéino-énergétiques. Elle est caractérisée par un état de déficit en énergie et en protéines produisant un changement mesurable des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle. Elle se manifeste ainsi par une perte de poids involontaire et une fonte musculaire ».

2. Les causes de la dénutrition

Plusieurs causes peuvent être à l'origine de la dénutrition :

- alimentation insuffisante due à une dépression ;
- augmentation des besoins nutritionnels due à une affection ;
- augmentation des pertes due à une plaie de type escarre.

3. Les conséquences de la dénutrition

Les principales conséquences sont une perte de poids et une fonte musculaire associés à une asthénie et une faiblesse musculaire. Par conséquent la marche est plus complexe et le risque de chute est augmenté. Par ailleurs, l'amaigrissement doit être surveillé car il est souvent associé à une maladie grave comme le cancer.

4. Étiologie [18]

La dénutrition est une affection fréquente chez le sujet âgé. Elle va s'aggraver à l'avenir, en raison d'une hausse de la population vieillissante et d'un nombre grandissant de personnes âgées.

Le taux de prévalence de la dénutrition est beaucoup plus élevé à l'admission en court séjour et dans les services de soins de suite et de réadaptation qu'au domicile. À domicile en l'absence de traitement médicamenteux, ce taux varie entre 4 et 10%, alors qu'en institution (longs séjours, maisons de retraite, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) la fourchette s'élargit à des valeurs de 15 à 38%.

Pour traiter la dénutrition protéinoénergétique il est indispensable d'en identifier l'origine. La complexité de cette démarche réside dans le fait que chez le sujet âgé on retrouve souvent plusieurs causes associées. Il y a trois principales étiologies auquel il faut penser :

- **La dépendance**, un sujet âgé qui ne peut plus faire ses courses lui même ou se faire à manger seul perd plaisir à se nourrir. Il mange moins ou seulement avec de petits en-cas fractionnés dans la journée pour ne pas avoir à faire appel à une tierce personne.

- **La dépression**, elle engendre une perte d'appétit qui mène à la dénutrition. C'est un cercle vicieux. Chez les seniors elle se fait très discrète, l'un des signes importants à détecter est la perte de poids.
- **La pauvreté**, elle est souvent cachée par peur ou par honte donc difficile à percevoir. Lors d'une visite ou d'une livraison le cadre de vie peut fournir beaucoup d'informations.

Il ne faut pas oublier ici les affections telles que la maladie de Horton, les maladies gastriques ou oesophagiennes, la maladie d'Alzheimer, les médicaments en surnombres ou encore un mauvais état bucco-dentaire.

5. Les indices

Des critères majeurs, recommandés par la Haute Autorité de Santé pour poser le diagnostic d'une dénutrition et relevant du domaine médical, permettent de repérer la dénutrition :

- l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou Indice de Quetelet se calcule par le rapport du poids sur la taille au carré (dénutrition si IMC<18kg/m2).
- le taux d'albumine plasmatique (dénutrition si Alb<35g/L), protéine dite « nutritionnelle » qui permet de marquer la présence d'un syndrome inflammatoire. C'est un tableau biologique qui survient au cours de réaction inflammatoire et qui se manifeste par une modification des taux sériques de protéines.
- le score au Mini Nutritional Assessment (dénutrition si MNA<17), qui a pour but d'évaluer le risque de dénutrition d'un sujet âgé sans prélèvement biologique à l'aide de 6 questions.

III. Les outils du pharmacien [19]

Le pharmacien joue un rôle de prévention en raison de sa proximité avec le patient et de sa connaissance des médicaments.

La proximité avec le patient

Le pharmacien est un acteur de proximité, il connaît ses patients et leurs traitements. A travers des discussions au comptoir, des livraisons ou des entretiens avec l'entourage il collecte de nombreuses informations sur le cadre de vie du sujet âgé : ses pathologies, ses antécédents, son niveau de dépendance et/ou d'indépendance, ses habitudes et sa condition physique. Tous ces critères vont lui permettre de détecter un signal d'appel. Par exemple, une perte de poids visible chez une personne âgée ou une information de l'entourage sur la dégradation de l'état bucco-dentaire de son patient.

La connaissance du médicament

La prise de médicament peut être à l'origine d'un amaigrissement. En effet, les médicaments peuvent contribuer à réduire les prises alimentaires par le biais de plusieurs effets indésirables.

- La dysgueusie, trouble de la perception normale du gout, peut être iatrogénique. L'impact d'un tel symptôme est variable selon l'intensité et la durée du traitement. Parmi les médicaments susceptibles de provoquer des perturbations du gout on trouve principalement : le métronidazole et les sulfamides hypoglycémiants.
- La xérostomie ou sécheresse buccale est un état de manque de salive. Cet effet indésirable est non seulement inconfortable mais reflète aussi un mauvais état de santé des dents et du système digestif. Les médicaments responsables sont : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les benzodiazépines et les diurétiques.
- La constipation induite par des médicaments est aussi appelée « constipation iatrogène ». Les produits incriminés sont ceux ayant des propriétés anticholinergiques, l'atropine, la morphine et ses dérivés ainsi que le fer.
- Les troubles de la vigilance induits par les psychotropes et les somnifères diminuent également l'appétit.

« Même en l'absence de produit spécifiquement responsable, on comprend aisément l'anorexie consécutive à des prescriptions surabondantes conduisant à une inflation de gélules, dragées et autres comprimés. »* L'analyse de l'ordonnance paraît donc indispensable.

Les compléments nutritionnels oraux [20 21]

Tout d'abord il est important de fixer un objectif nutritionnel en évaluant les besoins énergétiques du patient (cf. supra : les besoins énergétiques).

Dans un premier temps le pharmacien peut rappeler les règles hygiéno-diététiques : faire 3 repas espacés avec une ou deux collations par jour, une alimentation diversifiée comprenant 5 fruits et légumes par jour, des féculents à tous les repas et des aliments riches en protéines au moins deux fois par jour.

Dans un second temps, il faut envisager la prise de compléments alimentaires oraux (CNO). Il existe une gamme étendue de produits sucrés ou salés, de différentes textures (crème, jus, soupe, poudre) et de saveurs variées qui permettent un choix adapté à chaque patient. Ces compléments oraux sont concentrés en éléments nutritifs : protéines, calories, vitamines et minéraux. De plus depuis l'arrêté du 2 décembre 2009, les nouvelles modalités de prise en charge permettent un remboursement pour tout patient adulte dénutri quelle que soit sa pathologie.

Il y a 5 catégories principales à connaître (exemples avec la gamme Clinutren):

Petit déjeuner : Clinutren® cereal est un produit reconstitué avec de l'eau, sans lactose et riche en céréales.

Hydratation : Clinutren® thickener drink correspond à de l'eau gélifiée sous forme de petit pot.

Au repas : Clinutren® 1.5 mix est un plat mixé déshydraté, hypercalorique et hyperprotéiné. Recette riche en fibres.

Collation : Clinutren® HP/HC est une boisson lactée hypercalorique et hyperprotéinée, avec des goûts sucrés (chocolat, pêche, vanille, fraise).

CNO spécifiques : Clinutren® G pour le diabète, Clinutren® repair pour les escarres, Clinutren® protect pour les mucites induites par radio et chimiothérapies et Clinutren® 1.5 fibre pour les troubles du transit.

Les 10 conseils à donner au comptoir pour une bonne consommation des CNO :

1. Consommer en collation entre les repas : 10h / 16h / 22h
2. Boire bien frais
3. Bien agiter la bouteille avant de consommer
4. A conserver au frais après ouverture pendant 24h maximum
5. Varier les textures
6. La forme crème peut être consommée en glace après quelques heures au congélateur
7. Consommer chaud les arômes vanille, chocolat, moka, caramel ou neutre (ne pas porter à ébullition)
8. En cas de problèmes de déglutition, épaissir les liquides avec un épaississant instantané
9. En cas de constipation, choisir des produits enrichis en fibres
10. Enrichir l'alimentation en protéines en ajoutant de la poudre spécifique dans les purées, potages, yaourts, crèmes,…

IV. Cas pratique

Mr X. 75 ans a subi une hospitalisation pour chute et altération de l'état général. A la suite de son séjour à l'hôpital il se sent affaibli physiquement et moralement. Il a perdu l'envie et le plaisir de manger, sa femme ne sait plus quoi cuisiner. Une amie lui a parlé de compléments nutritionnels oraux qu'elle achète à la pharmacie. Sa femme demande conseil au pharmacien.

Les questions à poser :

- A-t-il perdu du poids ? *Oui, surtout lors de son séjour à l'hôpital.*
- Souffre-t-il de diabète ? *Non.*
- Est-il alité ? *Non, mais depuis sa chute il reste beaucoup au fauteuil.*
- A-t-il des troubles de la déglutition ? *Non.*
- Présente-t-il habituellement des problèmes de transit ? *Oui, depuis longtemps.*

Conseiller 2 à 3 bouteilles de CNO par jour en collation pour ouvrir l'appétit ou intégré au repas comme dessert durant 1 mois. Ils apporteront les nutriments nécessaires à redonner de la force à ce patient.

V. Conclusion

En cas de dénutrition chez la personne âgée les conseils alimentaires, l'enrichissement des repas ou les compléments nutritionnels oraux suffisent le plus souvent à améliorer le statut nutritionnel. S'ils sont insuffisants, la consultation d'un spécialiste doit être envisagée.

Par ailleurs, pour améliorer le statut nutritionnel et fonctionnel chez les personnes âgées fragiles, la prise en charge est d'autant plus efficace qu'il est possible d'associer l'alimentation à l'exercice physique.

Le pharmacien intervient tout autant dans le dépistage, le traitement et les conseils d'utilisation.

Chapitre 3 : Les escarres

Le patient à domicile est un patient à risques d'escarre particulièrement en cas d'immobilisation et en présence de dénutrition.

I. Définition [22]

En 1989 le *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* définit l'escarre comme « une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ». L'escarre est également définie comme « une plaie conique » ou la base du cône est du côté osseux et le sommet du côté cutané. Les zones les plus touchées sont le talon, le sacrum et les ischions.
Les escarres peuvent s'installer en quelques heures ; elles ne sont pas toujours la conséquence d'une perte de mobilité sévère et peuvent survenir chez toute personne âgée fragile présentant les principaux facteurs de risques.

II. Facteurs de risques [23]

Les facteurs de risques peuvent être classés en 2 catégories : les facteurs mécaniques et les facteurs cliniques.

Facteurs mécaniques

La compression des parties molles : elle correspond à la force exercée par le support sur la peau. Si l'intensité de cette force est supérieure à la pression de perfusion capillaire elle provoque une ischémie. On observe alors une diminution du débit sanguin et des échanges gazeux. Selon les situations, la pression capillaire est de 13 à 32 mmHg chez un sujet sain. En position assise ou couchée sur un plan dur, la pression exercée sur les parties molles est supérieure à ce seuil.

Le cisaillement : est décrit comme la pression exercée obliquement au niveau sous-cutané, il est la conséquence d'une position assise instable provoquant une diminution du débit vasculaire sous jacent.

La macération de la peau est un facteur de risque important qui favorise la survenue d'escarre.

La friction de la peau provoque une abrasion du tissu cutané par frottement, c'est également un facteur favorisant. Elle est produite par les manoeuvres répétées d'un patient mal installé ou glissant au fond de son lit.

Facteurs cliniques

Le mauvais état des vaisseaux sanguins dus à un diabète, une hypertension ou au vieillissement explique la survenue d'escarres.

La dénutrition est un facteur de fragilité du tissu cutané favorisant l'apparition d'une plaie.

La dépression ou un état psychologique affaibli est un facteur à prendre en compte, car induisant un manque de motivation pour la participation aux soins ou tout simplement l'absence de reflexe pour décharger les points de compression.

L'incontinence urinaire et fécale favorisent la macération et irritent la peau.

Une attention particulière doit être portée aux sujets atteints de **la maladie d'Alzheimer** qui combinent les facteurs de risques comme : la déshydratation, la dénutrition, l'immobilité, l'incontinence et la diminution des soins d'hygiène corporelle.

III. Évaluation du risque d'escarre

Les facteurs de risques étant mis en évidence il importe de quantifier le risque de survenue de l'escarre. L'utilisation d'outils fiables et reproductibles est nécessaire, ce sont **les échelles de risque de survenue d'escarre**. Il en existe plusieurs : de Norton, de Waterloo, de Braden, de Genève, d'Angers,… Ces échelles prennent en compte plusieurs items auxquels sont attribués des notes. Par exemple pour l'échelle de Norton, cinq items quantifiés de 4 (bon état) à 1 (état déficient), le score final allant de 5 à 20. Un risque d'escarre existe pour un total inférieur ou égal à 14.

L’échelle de Norton est la plus connue. Elle est très simple d’utilisation, adaptée aux patients de plus de 65 ans ; cependant, elle ne prend pas en compte le statut nutritionnel.
L’échelle de Braden est claire et facile d’utilisation, elle ne demande qu’une minute pour être remplie lorsque l’utilisateur y est habitué. Il est donc recommandé une utilisation conjointe de ces deux échelles associée à un jugement clinique.

IV. Classification des escarres

Les classifications anatomo-cliniques de l’escarre sont nombreuses, la plus utilisée et recommandée par l’HAS est la classification proposée par le National Pressure Ulcer Advisory Panel (tableau 4).

Stade	État physiologique
Stade I	Altération observable d’une peau intacte, liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes en comparaison avec la zone corporelle adjacente ou controlatérale : température de la peau (chaleur ou froideur), consistance du tissu (ferme ou molle) et/ou sensibilité (douleur, démangeaisons).
Stade II	Perte d’une partie de l’épaisseur de la peau ; cette perte touche l'épiderme, le derme ou les deux. L’escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.
Stade III	Perte de toute l’épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané ; celle-ci peut s’étendre jusqu'au fascia, mais pas au-delà. L’escarre se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.
Stade IV	Perte de toute l’épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien.

Tableau IV : Classification des stades de l’escarre du NPUAP

V. Les outils du pharmacien [24 25]

Le traitement de l'escarre prend en compte, à la fois, la personne et la plaie. Le pharmacien est appelé à intervenir auprès du patient pour lui procurer le matériel médical adéquat (matelas, coussins, talonnières...) mais également pour détecter les facteurs de risques (sujets alités, sujets dénutris…). Il existe trois types d'outils pour faire face à l'escarre : le matériel médical, les pansements et les compléments nutritionnels oraux.

1. Le matériel médical

Le matériel anti-escarre a pour but de soulager la pression des points d'appuis en la répartissant sur le corps. Il existe des matelas et des surmatelas, pour les sujets alités, et des coussins pour les sujets « au fauteuil ».
Parmi ces supports, on distingue deux types :

- *Les supports statiques*, qui se déforment sous le poids du patient et diminuent la pression partielle au niveau des proéminences osseuses (matelas gaufrier, coussins mousse et gel).
- *Les supports dynamiques*, plus « intelligents », qui compensent la pression exercée par le corps via un système de gonflage (matelas alternating et coussin à cellules pneumatiques).

<u>Les matelas</u>

- Le matelas gaufrier, comme son nom l'indique il a l'allure d'un gaufrier ou les « plots » sont indépendants les uns des autres (figure n°3). Cette liberté de mouvements des « plots » procure une bonne répartition de la pression et diminue les forces de cisaillement et de friction. C'est le plus classique, il est léger, simple à manipuler et généralement bien accepté par le patient. Toutefois, il est difficile à nettoyer et peut s'effriter en vieillissant. Il est important de préciser que l'alèse fournie avec ce matelas ne doit pas être bordée trop serré pour permettre les mouvements des « plots », indispensables à l'action du matelas.
- Le matelas et surmatelas à mémoire de forme en mousse viscoélastique qui, en quelques secondes conserve les formes qui lui sont appliquées, et ne reprend que très lentement sa forme initiale (figure n°4). C'est le plus utilisé, il est efficace et bien plus confortable que le

matelas gaufrier. Il diminue aussi les forces de friction et de cisaillement. Cependant, la mousse viscoélastique empêche une mobilisation volontaire au lit pour des patients déjà diminués et le phénomène de macération est significatif, ce qui ne convient pas aux personnes qui transpirent beaucoup.

figure n°3 : matelas gaufrier

figure n°4 : matelas à mémoire de forme

- **Le matelas de mousse trois couches ou multistrates**, est un support constitué de trois mousses de densité différentes. La couche supérieure est très souple, elle permet une bonne répartition des pressions grâce à une faible portance. La couche centrale correspond au matelas gaufrier ce qui augmente la portance, crée une circulation d'air et limite les forces de cisaillement. Puis la troisième couche avec une mousse plus dense assure la stabilité du matelas. C'est le plus efficace.

Ces trois types de matelas sont les plus fréquemment dispensés en première intention. Cependant, il en existe d'autres :

- Le matelas « alternating » possède une enveloppe PVC avec deux compartiments distincts divisés en cellules. Un compresseur à air électrique gonfle et dégonfle alternativement les deux circuits sur un cycle de temps court de 5 à 15 minutes selon les modèles. C'est pourquoi le corps ne reste jamais en appui sur la même zone. Le principal inconvénient reste la nécessité du courant électrique et le bruit du compresseur.

Les matelas en mousse structurée, à fibres siliconées,... Les matelas à eau ne sont plus pris en charge au remboursement et tombent en désuétude. Et les plus sophistiqués type « Nimbus » sont onéreux et non remboursés.

Les coussins

-**le coussin gel**, il s'assouplit à la chaleur et se durcit au froid. L'efficacité est donc variable entre le moment où le patient s'assied et le moment où il quitte le coussin après plusieurs heures.

-**le coussin mousse et gel**, la couche de mousse est recouverte d'au moins 1cm de gel sur une partie ou l'intégralité de la surface (figure n°5)**.** Le confort est meilleur que pour le coussin de gel simple**.**

-**le coussin à mémoire de forme**, la mousse viscoélastique est thermoréactive, elle se déforme par l'action du poids et de la température corporelle du patient. Ce support est très confortable, il stabilise la position assise et limite le glissement passif.

-**le coussin pneumatique à cellules télescopiques** est formé d'alvéoles en forme de tétine remplies d'air (figure n°6). Il faut gonfler au maximum le coussin avant de placer le patient dessus, puis un ajustage (par dégonflage) est ensuite réalisé. Ce coussin procure une très bonne répartition des pressions et la circulation de l'air entre les cellules limite la macération.

figure n°5 : coussin mousse et gel

figure n°6 : coussin pneumatique à cellules

Il est également possible d'utiliser des **coussins de positionnement** ou **cales de lit**. Ils permettent de positionner la personne en décubitus latéral oblique à 30° par rapport au plan du lit, ce qui réduit le risque d'escarre trochantérienne.

Les coudières et **les talonnières** déchargent la zone atteinte, elles sont constituées des mêmes matériaux que les coussins et les matelas.

2. Les pansements [26]

La stratégie thérapeutique pour obtenir la cicatrisation de la plaie, est beaucoup plus difficile chez un sujet âgé dénutri et qui souffre de polypathologies. Le choix du pansement est complexe, il dépend du stade de cicatrisation ainsi que de l'état de la peau.
Même si le pharmacien n'est pas au premier rang dans la prise en charge de la plaie, il se doit de connaître les pansements disponibles, de déterminer leur utilisation en fonction de l'objectif à atteindre et de conseiller les produits remboursés à la Liste des Produits et des Prestations Remboursables (LPPR) (tableau 5).

Etat de la plaie	Type de pansement
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/Hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidémisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

Tableau V : Types de pansements disponibles en fonction de l'état (d'après brochure Urgo)

3. Compléments nutritionnels oraux

Certains CNO sont spécifiquement indiqués en cas de troubles trophiques. Ils sont hypercaloriques, hyperprotéinés et contiennent des précurseurs du collagène pour favoriser la cicatrisation des plaies (Clinutren® repair).

4. Information et éducation du patient et de sa famille

Le pharmacien joue un rôle dans la communication d'informations aux personnes à mobilité temporairement réduite et pour lesquelles le risque d'escarre est limité dans le temps. Il est important de souligner les facteurs de risque ainsi que la participation du sujet aux mesures de prévention. La famille et l'entourage doivent également être informés.
Pour les patients à mobilité réduite permanente et pour lesquels le risque d'escarre est constant, le pharmacien informe mais surtout éduque. Cette éducation thérapeutique consiste à rendre les patients conscients et informés de leur maladie ainsi que de l'organisation des stratégies médicales mise en œuvre.

VI. Cas pratique

Madame D 76 ans se présente à l'officine avec l'ordonnance suivante :

-Solution de NaCl à 0,9% en monodose de 10 mL, 30 monodoses : *nettoyage de l'ulcère au changement de pansement*
-Compresses stériles non tissées 10 cm x 10 cm, 1 boîte de 50 : *à imbiber de solution de solution de NaCl pour nettoyage avec légère détersion*
-Urgostart 12 cm x 13 cm, 1 boîte de 16 : *un pansement tous les deux jours après nettoyage de la plaie*
-Nylex bande 10 cm x 4m, 15 boîtes
-Bande Biflex étalonnée forte 10 cm x 3,5m, 2 boîtes : *à poser chaque matin avant le lever et à retirer le soir au coucher.*

La patiente nous informe qu'il s'agit d'un ulcère de jambe d'origine veineuse.

Commentaire d'ordonnance :

La solution de NaCl est préférée aux antiseptiques pour le nettoyage de l'ulcère, ces derniers pouvant être cytotoxiques c'est à dire ayant un effet nocif sur les cellules.

Les compresses non tissées sont plus douces et laissent moins de fibres dans le lit de la plaie que les compresses en coton.

Le pansement Urgostart est un pansement hydrocellulaire, interactif avec la plaie dont la structure est adaptée à la prise en charge des plaies exsudatives. Il stimule le bourgeonnement et favorise une cicatrisation plus rapide.

Les bandes Biflex correspondent au traitement compressif, indispensable à la prise en charge de l'ulcère de jambe d'origine veineuse. En cas de doute sur la capacité du patient à poser cette bande correctement, il est recommandé de prescrire des soins infirmiers.

Conseils associés :

Les bandes Nylex : ces bandes légères servent au maintien du pansement actif.

Les bandes Biflex : la mise en place de ces bandes de classe 3 demande une certaine habitude. L'étalonnage est représenté par des rectangles imprimés sur la bande qui deviennent carrés lors de l'étirement (30%). Les bandes sont à laver à la main et au savon à 40°C.

VII. Conclusion

Les leviers d'action à l'officine pour prévenir et prendre en charge les escarres sont nombreux mais la plupart des patients semblent l'ignorer. Le pharmacien est là pour veiller à la qualité de vie physique et morale de son patient. Même si l'escarre est prise en charge par le personnel soignant le pharmacien doit pouvoir conseiller les outils nécessaires à cette prise en charge.

Chapitre 4 : Incontinence urinaire

I. Définition [27]

L'incontinence urinaire a été définie par l'International Continence Society (ICS) en 1976 comme étant la survenue de fuites involontaires d'urine par le méat urétral et ayant un retentissement social ou hygiénique.

Pour les 5 millions de personnes concernées à des degrés très différents, ce phénomène représente un défi à relever en matière d'hygiène et, le plus souvent, un poids psychologique d'autant plus grave qu'inavoué. Des études ont démontrés qu'il était rare que les sujets âgés entre 50 et 75 ans évoquent le problème d'incontinence urinaire avec leur médecin. Cependant, il existe une relation particulière entre un pharmacien et son patient amenant ce dernier à confier ses ennuis de santé. Le professionnel de santé étant librement choisi et les sujets abordés intimes il se crée rapidement un sentiment de proximité.

II. Mise en évidence

Au comptoir, quelques questions destinées à apporter de nombreuses informations sur la forme d'incontinence :

- A quelle occasion la fuite urinaire s'est-elle déclenchée, par exemple en éternuant, en soulevant une charge importante, en toussant, en pratiquant un sport…?
- De quelle façon l'urine est-elle produite : par jets abondants, par petits jets, en goutte à goutte ?
- Quelle est la fréquence des émissions involontaires d'urines?
- Les émissions involontaires sont-elles précédées par une envie impérieuse d'uriner ?
- L'émission normale d'urine est-elle soumise à des complications, telles la nécessité fréquente d'une pression abdominale pour vider la vessie ou des interruptions répétées du jet ?
- Les inflammations de la vessie (douleurs, sensation de brulure lors de la miction) sont-elles fréquentes ?

III. Les différentes formes d'incontinence

L'incontinence d'effort

Cette forme d'incontinence est une fuite involontaire d'urine, au cours d'un effort physique, comme lorsque l'on tousse ou bien lors de la défécation. Les femmes sont principalement touchées. Divers causes en sont à l'origine. Par exemple, chez l'homme une prostatectomie et, chez la femme, un accouchement par voie basse et /ou un déficit en oestrogènes lors de la ménopause, responsables d'une faiblesse musculaire du plancher pelvien et du sphincter vésical.

L'incontinence par impériosité

Cette forme d'incontinence est caractérisée par des contractions anarchiques du muscle détrusor alors que la vessie est peu remplie, ce qui déclenche un besoin impérieux d'uriner. Le détrusor correspond à l'ensemble des fibres musculaires de la vessie, qui se contractent pendant la miction. Tant que la pression vésicale est inférieure à celle du sphincter du vésical, il reste fermé. Par contre lorsque la pression au sein de la vessie est trop forte le sphincter est forcé, il y a fuite urinaire. Les causes sont multiples, chez l'homme on retrouve l'augmentation du volume de la prostate et chez la femme les infections des voies urinaires.

L'incontinence par regorgement

A l'inverse des autres formes, l'incontinence par regorgement est en rapport avec un obstacle sur les voies urinaires. La vessie ne se vide pas complétement et lorsque le volume de stockage est dépassé, l'urine déborde. Les envies fréquentes d'uriner sont associées à de faibles jets d'urine souvent suivis de quelques gouttes retardataires. Chez l'homme, on observe également les atteintes de la prostate telles qu'un adénome ou éventuellement un cancer. Quant à la femme, un prolapsus, un fibrome ou une tumeur utérine peuvent être responsables.

L'incontinence réflexe

L'incontinence réflexe aussi appelée neurogène concerne des patients présentant un trouble neurologique. Elle est presque toujours associée à d'autres symptômes comme la pollakiurie, la rétention urinaire et la dysurie. Les complications sont fréquentes, notamment les infections urinaires à répétition. Les mécanismes en cause sont très complexes. Ils incluent des contractions excessives de la vessie et un relâchement anormal du sphincter vésical, souvent associés à une mauvaise vidange vésicale. Parmi les maladies du système nerveux susceptibles de provoquer une telle incontinence figurent les accidents vasculaires cérébraux, la sclérose en plaque et la maladie de Parkinson.

IV. Les outils du pharmacien [27]

A l'officine le pharmacien apporte des conseils pratiques pour améliorer les conditions de vie des patients. Il propose des produits et du matériel adaptés, discrets et sûrs.

1. Les conseils

Au cours d'une livraison ou d'une simple discussion au comptoir, le pharmacien peut aider son patient à parler de son incontinence, à en éliminer ou à en diminuer les risques.

- Une nourriture riche en fibres assure un meilleur transit intestinal. Des efforts de poussée trop importants en cas de constipation chronique affaiblissent le plancher pelvien. Le transit est également amélioré par des exercices physiques réguliers.
- Boire beaucoup d'eau assure un bon drainage de la vessie. Une bonne diurèse empêche la prolifération de bactéries dans la vessie. La sensation de soif diminue avec l'âge c'est pourquoi il est important de veiller à un apport suffisant en liquides chez les sujets âgés.
- Une bonne hygiène génitale avec des produits adaptés est recommandée.
- L'excès de poids doit être réduit afin de soulager le plancher pelvien, surtout dans le cas de l'incontinence d'effort.
- Eviter de boire quelques heures avant le coucher.
- Porter des vêtements pratiques et faciles à ouvrir.

- Eviter une toux chronique, elle peut déclencher une incontinence d'effort ou aggraver une incontinence déjà existante.
- Eviter certains aliments irritants pour la vessie comme le café, le thé et les boissons gazéifiées.

2. Les protections absorbantes

Il existe de nombreux modèles à l'officine c'est pourquoi à travers quelques questions le pharmacien peut évaluer le type de protection convenant à son patient. Ces questions peuvent être nécessaires surtout si la personne souffrant d'incontinence n'est pas présente à la pharmacie lors de l'achat.

- Est-ce pour un homme ou une femme ?
- Les fuites sont-elles légères sous forme de gouttes ou abondantes?
- La personne est-elle mobile ou alitée ?
- La durée du port est-elle supérieure à 10 heures ?

Types [29]

Les protections absorbantes

Ce type de protection s'apparent à des protections périodiques mais beaucoup plus absorbantes et adaptées au flux urinaire. Elles permettent d'avoir ses propres sous-vêtements, ce qui est mieux accepté par le patient. Elles sont efficaces sur les petites fuites urinaires et les flux légers de jour. Leur épaisseur ultra fine, 3 mm, assure une parfaite discrétion. Leur longueur est variable, ainsi que leur maintien qui peut être renforcé par des ailettes adhésives. La présentation sous forme de pochette individuelle assure également une discrétion maximale. Elles se changent toutes les 4 heures.

Exemple : Confiance® sensitive HARTMANN

figure n°7 : protection absorbante

Les protections pour hommes

Ces protections anatomiques avec barrière anti-fuites pour faiblesse urinaire masculine se présentent sous forme de coquille pénienne absorbante. Leurs formes anatomiques et discrètes en font les protections idéales pour les hommes. Il existe différents modèles suivant la capacité d'absorption.

Exemple : Confiance® for men HARTMANN

figure n°8 : protection pour homme

Les protections anatomiques

Ces protections pour incontinence moyenne à sévère ont une zone de maintien au sec renforcée et elles sont conçues pour épouser les formes du corps. Leur taille déjà plus importante que les précédentes ne permet pas la même discrétion. La structure en triple coussin et barrières anti-fuites intégrales va capter l'urine vers la zone enrichie en ultra absorbant. Pour un port optimal on peut associer un sous-vêtement de maintien ou slip filet. Ils sont faciles à utiliser, très légers et peuvent être lavés en machine jusqu'à 50 fois.

Exemple : Molipants® soft HARTMANN

figure n°9 : protection anatomique et slip filet

Les slips absorbants

Ces sont de véritables sous-vêtements constitué d'une matière douce « sensation coton » silencieuse et très confortable une fois portée. Ils sont destinés à des personnes ambulatoires souffrant d'incontinence urinaire. Ils s'enfilent et se retirent comme une culotte ordinaire, ce qui est mieux assumé par le patient. Il existe différents modèles selon la capacité d'absorption.

Exemple : Confiance® slip HARTMANN

figure n°10 : slip absorbant

Les changes-complets

Ces protections anatomiques absorbantes sont indiquées pour les troubles d'incontinence urinaire forte à sévère et cela pour des sujets alités ou grabataires. Leur niveau de sécurité est supérieur aux sous-vêtements absorbants. Plusieurs modèles sont disponibles selon la durée de port, la capacité d'absorption et la taille du change.

Exemple : Molicare® premium HARTMANN

figure n°11 : change complet

Les conseils associés à la dispensation :

- La pose s'effectue toujours sur une peau propre et sèche.
- Avant de poser le change complet, dépliez-le et étirez-le de chaque côté pour former un godet sans le secouer.
- La durée de port va de 6 heures à 10 heures selon les modèles, il faut éviter la macération.
- Se méfier des couches peu onéreuses mais peu absorbantes.

Au comptoir le secret professionnel est primordial, c'est pourquoi il convient de trouver des emballages adaptés (opaques et de grandes contenances) aux produits délivrés, pour ménager le plus possible la confidentialité. Ce geste est très apprécié par le patient (voir encadré sur le secret professionnel).

3. Les dispositifs médicaux de la voie urinaire

Les étuis péniens

Ce système est spécifique de l'incontinence urinaire masculine. Il se compose d'un étui autoadhésif, de poches collectrices d'urine et d'une tubulure. L'étui est de forme semblable à un préservatif, sauf son extrémité distale ouverte qui est raccordée à la poche. Il existe deux types de poches collectrices :
-les poches de jour d'une contenance de 0,75 litre, le patient les porte sur la cuisse ou sur le mollet. Elles sont fixées grâce à des sangles ou en cas de troubles circulatoires par un filet.
-les poches de nuit d'une contenance de 2 litres, se fixent au lit par l'intermédiaire d'un crochet ou reposent au sol sur un porte poche.
Les deux types de poches sont vidangeables et ont une valve anti-reflux. Que le malade soit au fauteuil ou au lit la poche ne doit pas toucher le sol, afin d'éviter de contaminer le robinet de vidange.

Les informations nécessaires à la dispensation sont :

- le diamètre de la verge, évalué à l'aide d'une réglette ou d'un échantillonnage d'étuis.
- la longueur de l'étui : standard ou courte.
- le matériau de l'étui : latex ou silicone/élastomère
- la contenance de la poche qui varie selon le jour ou la nuit.

Les conseils à donner au patient lors de la délivrance :

- les poils pubiens doivent être coupés aux ciseaux pour améliorer l'adhésion de l'étui.
- avant l'application nettoyer la zone pubienne à l'eau et au savon, bien sécher.
- lors de la pose laisser un espace de 2 cm entre l'extrémité du gland et le fond de l'étui.
- avant le raccord poche/étui, froisser la poche puis décoller les parois.

Les sondes vésicales [30]

Le sondage vésical permet la vidange de la vessie lorsque l'écoulement naturel de l'urine est impossible. Il peut être ponctuel, intermittent ou à demeure.

-Le sondage ponctuel est réalisé avec une sonde simple sans fixation, en urgence si l'urine ne s'écoule plus ou dans le but d'une analyse ou d'un bilan urodynamique.

-Le sondage intermittent concerne certains patients souffrant d'affections médullaires et se fait plusieurs fois par jour, afin de vider complètement la vessie.

-Le sondage à demeure est réalisé avec une sonde dite de Foley qui peut rester en place grâce à un ballonnet avec une durée variable selon le matériau de la sonde.

Les caractéristiques générales des sondes vésicales et les mentions indispensables à la prescription sont les suivantes :

-sonde à demeure ou à usage unique.

-la longueur, en moyenne de 40 cm pour un homme et de 20 cm pour une femme.

-le diamètre extérieur, exprimé en unité de mesure charrière (CH), un numéro de charrière correspondant à un tiers de millimètre soit de 12 à 18 CH chez l'homme, de 8 à 14 CH chez la femme et dans tous les cas inférieur à 20 CH. Il existe un code couleur pour les charrières.

-le matériau constitutif peut être en latex (attention à l'allergie), en silicone (coût élevé), en chlorure de polyvinyle (PVC) ou en polyuréthane (PU).

-l'extrémité distale est celle qui est dans la vessie, elle est droite ou béquillée, ouverte ou fermée et les **oeils** latéraux varient en nombre et position.

-l'extrémité proximale à l'extérieur peut être droite, évasée, à raccord Luer-Lock ou à godet.

Le sondage urinaire est fréquemment utilisé dans différentes circonstances mais les indications ne sont pas toujours respectées. De plus il comporte des risques, le principal est la survenue d'infections urinaires, le plus souvent nosocomiale. Une infection nosocomiale désigne une infection contractée au cours d'une hospitalisation, infection qui n'existait pas auparavant ni, d'ailleurs, durant les 48 premières heures à l'hôpital. Des études ont montrées que le sondage urinaire était injustifié dans 21 % des cas pour le sondage initial et dans 47 % des cas en ce qui concerne la poursuite du sondage. L'incontinence urinaire était l'indication la plus fréquente de ces sondages urinaires injustifiés.

4. Lutte contre la polymédication [31]

La polymédication est souvent incriminée dans l'incontinence urinaire de la personne âgée. Et à ce niveau le pharmacien a également une place à prendre car il est le dernier « filet de sécurité » avant la prise des médicaments.

Les différentes classes pharmacologiques auxquelles il faut prêter attention en cas d'incontinence urinaire sont les suivantes :

-**les anticholinergiques** (antidépresseurs, antiparkinsoniens, certains antihistaminiques) qui sont responsables de rétention d'urine, de constipation, de confusion etc. ;

-**les analgésiques et opiacés** qui ont comme effet indésirable la constipation ;

-**les diurétiques** qui provoquent impériosité et pollakiurie ;

-**les inhibiteurs calciques** qui induisent eux aussi la constipation et la rétention d'urine ;

-**les inhibiteurs de l'enzyme de conversion** qui ont comme effet secondaire la toux ;

-**les alpha-bloquants** qui diminuent les résistances urétrales surtout chez la femme ;

-**les antihypertenseurs** qui induisent des hypotensions diminuant la mobilité.

Chacun de ces effets indésirables peut être la cause d'une incontinence urinaire ou de l'aggravation d'une simple impériosité mictionnelle. C'est la raison pour laquelle l'analyse de l'ordonnance fait partie des moyens thérapeutiques du pharmacien face aux troubles d'incontinence.

V. Cas pratique

Madame Z, 66 ans vient à la pharmacie et se confie, elle souhaite des protections absorbantes pour son mari qui a été opéré d'un cancer de la prostate il y a quelques semaines et qui souffre d'incontinence urinaire. Cela le gêne beaucoup, il ne veut plus dormir avec son épouse et a aménagé son bureau en chambre. Monsieur Z habituellement actif se cloître désormais chez lui en raison de son problème d'incontinence.

Il est important de rassurer la cliente, de lui expliquer que l'incontinence urinaire de son mari consécutive à ce type d'intervention est normale et transitoire et de la conseiller dans le choix d'une protection absorbante.

Suivant les éléments à prendre en compte :

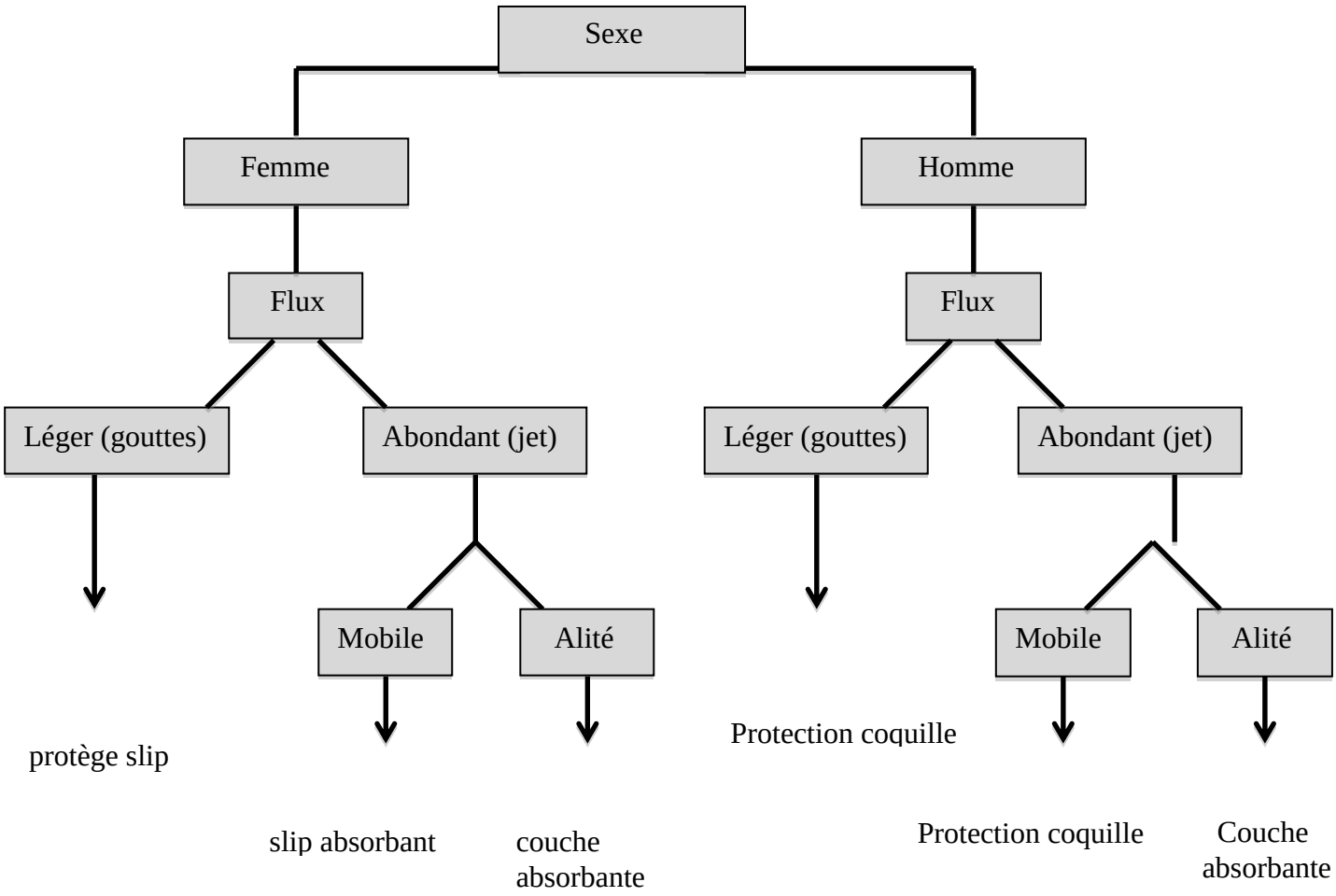
-le sexe : un homme

-la nature des troubles urinaires : transitoire

-il est mobile

Le choix se porte sur une coquille pénienne absorbante pour faiblesse urinaire masculine dont la forme anatomique et discrète en fait une protection idéale

Dans un second temps il peut être judicieux de lui conseiller de parler à son médecin de l'intervention d'un kinésithérapeute qui pourra certainement apporter son aide par des exercices de gymnastique périnéale. Madame Z est rassurée, elle repart avec des échantillons pour en discuter avec son mari.



VI. Conclusion

Malgré la gêne provoquée par les troubles d'incontinence urinaire, il est essentiel que les patients ou leur entourage parviennent à en parler, afin de trouver une solution adaptée. Le pharmacien est là pour faire le lien avec le médecin lorsque la situation est trop embarrassante. La prise en charge de ces troubles chez la personne âgée nécessite une double approche : d'une part des facteurs de risques et d'autre part des protections absorbantes. La prise en charge sera efficace grâce à la coopération et à la communication entre les professionnels de santé.

Le secret professionnel [32]

Le secret professionnel est un élément primordial de la relation de confiance établie entre le pharmacien et son patient.
« Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment. » (Code de déontologie, art. R. 4235-5 Code de la Santé Public).
L'organisation de l'officine doit assurer la qualité de tous les actes pratiqués dans son enceinte et doit veiller à ce que la dispensation des médicaments se fasse « dans la discrétion que requiert le respect du secret professionnel » (Art. R. 4235-55 CSP).
« L'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments doivent pouvoir s'effectuer dans des conditions de confidentialités permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers » (Art. R. 5125-9 CSP).

Le pharmacien doit rester discret quant aux informations qu'il tient à sa disposition. De plus lors de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et de sa confrontation avec l'historique du patient, il est possible qu'une interaction médicamenteuse soit détectée.

Lorsque la dispensation est réalisée entre les mains d'une tierce personne (famille, ami, voisin…) qui vient à la place du patient, il faut être le plus discret possible sur les causes de cette interaction médicamenteuses ou redondance. En effet, la personne qui vient chercher les médicaments peut avoir connaissance de l'ordonnance actuelle, mais elle ne connaît pas forcément les précédentes, qui pourraient relever de l'intimité du patient.

Chapitre 5 : La dépression

I. Définition [33]

La dépression se caractérise par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité physique et psychologique. La personne souffrant de dépression éprouve un sentiment d'**impuissance**, souvent accompagné d'autres symptômes comme l'**anxiété** ou l'**insomnie**. Selon l'OMS, la dépression appartient aux trois maladies aggravant le plus la qualité de vie. C'est également l'une des pathologies chroniques les plus courantes dans le monde occidental.

Chez le sujet âgé, l'état dépressif est fréquent mais surtout insuffisamment reconnu, il est **banalisé**.

II. Épidémiologie

En gériatrie, les troubles dépressifs sont d'une particulière fréquence, on les rencontre 4 fois plus que dans la population générale. Environ 13 % des personnes de plus de 65 ans, en France, sont atteintes par cette maladie. Ce pourcentage double chez les sujets hospitalisés et touche la moitié des personnes vivant en institution.

Malgré cette prévalence, seule une faible proportion des sujets est traitée, même lorsque le diagnostic est établi. Ceci est regrettable car un traitement adapté permet une correction des troubles dans plus de 60 % des cas.

De plus, les statistiques nous montrent que le sujet âgé se suicide plus fréquemment avec plus de « réussite » que le sujet jeune. Il est indéniable qu'il y a une corrélation entre la notion de dépression et la notion de suicide chez la personne âgée ; les deux constituant un problème médical, familial et social important.

III. Facteurs de risque [34]

La notion de facteurs de risque, c'est-à-dire le lien entre deux phénomènes, permet de définir des populations à risque pour lesquelles des actions ciblées permettent la diminution et/ou la suppression de celui-ci. Chez la personne âgée les facteurs de risque sont les suivants :

- Solitude ;
- Isolement social et affectif ;
- Veuvage ;
- Deuil ;
- Sexe féminin ;
- Perte d'autonomie ;
- Démence ;
- Comorbidité physique : cancer, maladie de Parkinson, diabète, AVC,…

La coexistence de ces facteurs chez un même individu peut compliquer la prévention.

IV. Prévention et dépistage

Il est important de savoir reconnaître la dépression de la personne âgé et de la soigner. Pour cela, il faut pouvoir mettre de côté les idées reçues comme :

- la tristesse légitime de la personne âgée ;
- la restriction alimentaire et les troubles digestifs ;
- la perte d'intérêt vis-à-vis de son environnement ;
- l'asthénie assimilée à tort au vieillissement ;
- l'émoussement affectif ;
- les troubles du rythme nycthéméral ;
- les plaintes somatiques.

D'une part la majorité de ces signes sont pris à tort pour des signes de vieillissement ou de quiétude, d'autre part l'expression des signes de la dépression est différente en fonction de

l'âge. On peut distinguer trois catégories de symptômes : ceux présents indépendamment de l'âge, ceux présents surtout chez le sujet jeune et ceux présents surtout chez le sujet âgé (tableau 6).

Symptômes indépendants de l'âge
Désespoir, pessimisme, perte de l'anticipation Troubles de l'humeur, anxiété Mésestime de soi Anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives) Anorexie, amaigrissement, troubles du sommeil Ralentissement psychomoteur
Symptômes présents le plus souvent chez le sujet jeune
Culpabilité Expression de la douleur morale Baisse de l'efficacité dans les actes de la vie sociale et professionnelle Baisse de la libido Idéation suicidaire
Symptômes spécifiques à la personne âgée
Instabilité, agressivité, colère Somatisations, hypocondrie Démotivation, ennui, sensation douloureuse de vide intérieur Repli sur soi, isolement Angoisse matinale Confusion Dépendance Troubles mnésiques Impression d'inutilité, suicides programmés, réussis

Tableau VI: Symptômes de la dépression du sujet âgé (d'après Thomas et Hazif-Thomas, 2003)

Le sujet âgé est un sujet fragile, à la physiologie précaire. Souvent porteur de maladies chroniques, un déséquilibre dans un domaine peut engendrer une dégradation dans un autre.

Ces mises au point devraient aider les professionnels de santé à ne pas sous-estimer une pathologie silencieuse où il serait contraire de se contenter d'une prescription d'anxiolytiques, sans action antidépressive.

V. Les outils du pharmacien [35 36]

A partir du moment où elle est diagnostiquée, la dépression du sujet âgé doit être traitée. Le but du traitement est de réduire les symptômes, le risque de rechutes et de récurrence, d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé, de diminuer la comorbidité due aux maladies somatiques associées. Les outils du pharmacien face à cette pathologie fréquente sont les antidépresseurs, l'homéopathie, la phytothérapie et également l'écoute.

1. Les médicaments antidépresseurs

La prescription médicamenteuse nécessite un suivi rigoureux et régulier de l'évolution des symptômes tant physiques que psychiques. Une bonne connaissance des différentes classes d'antidépresseurs permet une analyse de la prescription et la prise en charge d'éventuels effets indésirables ou de surdosage.

La dépression est le domaine des antidépresseurs, en aucun cas des anxiolytiques, notamment des benzodiazépines qui ne peuvent être considérées que comme un traitement d'appoint. Une diminution des posologies (½ à ¾ des posologies proposées chez l'adulte jeune) et, lors d'une posologie plus forte, une surveillance accrue sont nécessaires. La prescription d'antidépresseurs comporte des risques liés aux coprescriptions et aux interactions médicamenteuses possibles dans une population souvent polypathologique et déjà polymédiquée.

Il existe cinq classes thérapeutiques d'antidépresseurs :

- **Les antidépresseurs tricycliques (imipraminiques)** : ils sont parmi les plus anciens et restent les molécules de référence mais ils ont une utilisation limitée chez le sujet âgé en

raison de nombreux effets secondaires de type anticholinergique (sécheresse buccale, hypotension orthostatique, risque de confusion, troubles de la vision et aggravation des troubles cognitifs). C'est pourquoi ils ne doivent pas être prescrits en première intention chez le sujet de plus de 65 ans et uniquement dans le cadre de dépression résistante, mélancolique ou s'accompagnant de douleurs somatiques. Les principales contre-indications sont l'hypertrophie bégnine de la prostate chez l'homme et le glaucome par fermeture de l'angle. Parmi cette classe médicamenteuse on trouve les médicaments suivants : *Anafranil®, Laroxyl®.*

- **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) :** ils sont souvent prescrits en première intention en raison de leur maniabilité et de leur bonne tolérance. Malgré cela ces molécules présentent aussi des effets indésirables tels que l'hyponatrémie, les interactions médicamenteuses par leur action sur le cytochrome P450 et un risque de syndrome sérotoninergique (hypersudation, nausées, vomissements, vertige, diarrhée, tremblements et asthénie). Cette classe comporte : *Prozac®, Zoloft®, Deroxat®, Seroplex®*.

- **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSN)** : sont plus récents et présentent peu d'action anticholinergique. Leur efficacité dans les états dépressifs sévères a été démontrée. Dans cette classe thérapeutique on trouve : *Cymbalta®, Effexor®, Effexor LP®*.

- **Les inhibiteurs de la recapture de la monoamine oxydase (IMAO)** : sont peu nombreux et restent peu utilisés chez le sujet âgé du fait d'un maniement difficile. Cependant ils semblent apporter une amélioration chez les patients ayant un ralentissement psychomoteur due à leur action dopaminergique associée. Les chefs de file sont : *Moclamine®, Marsilid®.*

- **« les autres antidépresseurs »** : sont des molécules variées ayant des propriétés propres en plus de leur activité antidépressive, comme *Athymil®* (miansérine) qui agit sur les troubles du sommeil. Ces autres molécules sont : *Athymil®, Norset®, Stablon®*

Les conseils associés à la délivrance :

- Expliquer le traitement : le délai d'action se compte en semaines (au moins six) et la durée du traitement se compte en mois,
- Continuer le traitement même après une amélioration clinique,
- Rassurer le patient à propos des symptômes de sevrage,
- Arrêter l'alcool et diminuer la consommation de caféine,
- Pratiquer une activité physique régulière comme la marche, etc.

Points à retenir

- Prescription en monothérapie sauf exception.
- Délai d'action entre 2 et 4 semaines.
- Instauration du traitement à demi-dose chez le sujet âgé.
- Éviter un arrêt brusque et préférer une lente décroissance posologique.

2. L'homéopathie

Les antidépresseurs ne représentent pas la seule thérapeutique de la dépression. Chez un sujet âgé polymédiqué, l'homéopathie peut être une bonne alternative plus facile à conduire que le traitement médicamenteux (contre-indication, intolérances, etc.).

Les effets puissants des nouvelles thérapeutiques ne sont pas sans inconvénients : les troubles de la vigilance et de la mémorisation sous psychotropes majorent les risques d'accidents de la circulation, notamment parmi la population des retraités dont beaucoup conduisent un véhicule, et ils devraient entraîner une information des consommateurs sur ces effets potentiels. Les sujets âgés qui ne conduisent plus n'en sont pas moins gênés dans leurs déambulations par le risque accru de chutes, ce qui en fait un problème social et gériatrique majeur par ses conséquences individuelles et sociales.

Les médicaments homéopathiques, seuls ou en complément peuvent être un apport thérapeutique sans danger et efficace, notamment dans les dépressions réactionnelles à leur début. Il existe, en particulier, une liste de médicaments fréquemment indiqués à la suite de :

- chagrin : *Aurum, Causticum, Ignatia, Lachesis, Natrum muriaticum, Phosphoricum acidum,* etc,
- d'indignation refoulée : *Ignatia, Lycopodium, Staphysagria,*
- mauvaises nouvelles : *Calcarea carbonica, Gelsemium, Sulfur.*

Voici les conseils à apporter au patient lors de la prise de médicaments homéopathiques :

- Pour une prise optimale, les granules doivent fondre dans la bouche, car l'absorption du principe homéopathique se fait par la muqueuse buccale,
- Pour les liquides, l'absorption du principe homéopathique se fait également par la muqueuse buccale, il faut les laisser un moment dans la bouche,
- Ne pas toucher les granules homéopathiques avec les doigts,
- Prendre à distance des repas,
- Éviter l'absorption simultanée de café, tabac, camphre, menthe et camomille car ces substances pourraient influencer négativement l'efficacité de l'homéopathie.

3. La phytothérapie

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le traitement de choix en première intention d'une dépression légère est la psychothérapie. En seconde intention, si la prescription d'un antidépresseur est une option, la phytothérapie par le **millepertuis** est également une réponse adaptée et bien tolérée. Il faut cependant signaler les interactions médicamenteuses, le millepertuis interférant avec les cytochromes P 450 : l'association est donc contre-indiquée avec les anticoagulants oraux, la plupart des anticonvulsivants, les immunosuppresseurs, les inhibiteurs de protéases et la digoxine. En Allemagne, le millepertuis représente près de la moitié des antidépresseurs prescrits à l'échelle nationale, avec plus de 3 millions d'ordonnances établies chaque année par les médecins.

D'autres études montrent également l'effet positif de la **mélisse,** de la **gentiane** et du **jasmin** lors de dépression légère à modérée. La diversité des formes galéniques en phytothérapie peut être un avantage chez le sujet âgé (tisane, comprimé, gélule,…).

4. L'écoute

La plus grande qualité d'un aidant, qu'il soit professionnel de santé ou membre de la famille, est sa capacité d'écoute. L'écoute sans jugement ou sans évaluation est la base de tout processus de guérison. Ainsi, la personne aidée se sentira acceptée telle qu'elle est et pourra exprimer ses émotions et retrouver son état habituel. On peut aussi rassurer la personne, lui faire remarquer ses progrès. Elle aura parfois besoin qu'on lui fasse voir ce qui est bien dans tout ce qui l'entoure. Il est également primordial de l'encourager à faire de l'exercice, car bouger libère des endorphines et de la sérotonine. Ce sont des hormones qui contribuent à diminuer la pression artérielle, les douleurs et à atténuer les sentiments dépressifs. L'exercice contribue à une certaine valorisation, très utile dans le processus de reconstruction de l'estime personnelle.

Notre rôle est aussi d'orienter le patient vers des groupes de parole et des associations de familles, surtout si la personne est seule.

VI. Cas pratique

Lors d'une livraison de bas de contention chez Madame K., sa fille au téléphone souhaite vous parler.

« *Bonjour, excusez-moi de vous déranger mais je m'inquiète pour ma mère, je la trouve triste et très fatiguée, je pense qu'elle est déprimée. J'en ai parlé avec son médecin traitant mais il ne veut pas lui prescrire d'antidépresseur. Ya-t-il une alternative par les plantes, j'ai entendu parlé du millepertuis ?* »

« *Oui la phytothérapie peut être un moyen de traiter les symptômes de la dépression. Néanmoins avec le millepertuis, il faut faire attention aux autres médicaments pris par votre mère. Elle est sous AVK et il est contre-indiqué de les associer.* »

« *Que dois-je faire pour l'aider ?* »

« *Vous pourriez voir avec votre médecin pour qu'elle bénéficie d'un soutien psychologique, s'il ne souhaite pas lui prescrire d'antidépresseur, c'est sûrement en relation avec son traitement habituel et les risques d'interactions.* »

« *Je vous remercie, je vais lui en parler.* »

VII. Conclusion [37]

La qualité de la relation pharmacien-patient est essentielle à la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. La limite est mince pour le patient entre une médicalisation excessive de cette pathologie et la banalisation de la prise de psychotropes.

La Haute Autorité de Santé (HAS) met à disposition un arbre décisionnel (figure n°13)mettant en évidence les signes d'appels variés et peu spécifiques, permettant d'évaluer les différents risques associés à la dépression et prenant en compte l'impact de cette maladie sur les comorbidités et leurs traitements.

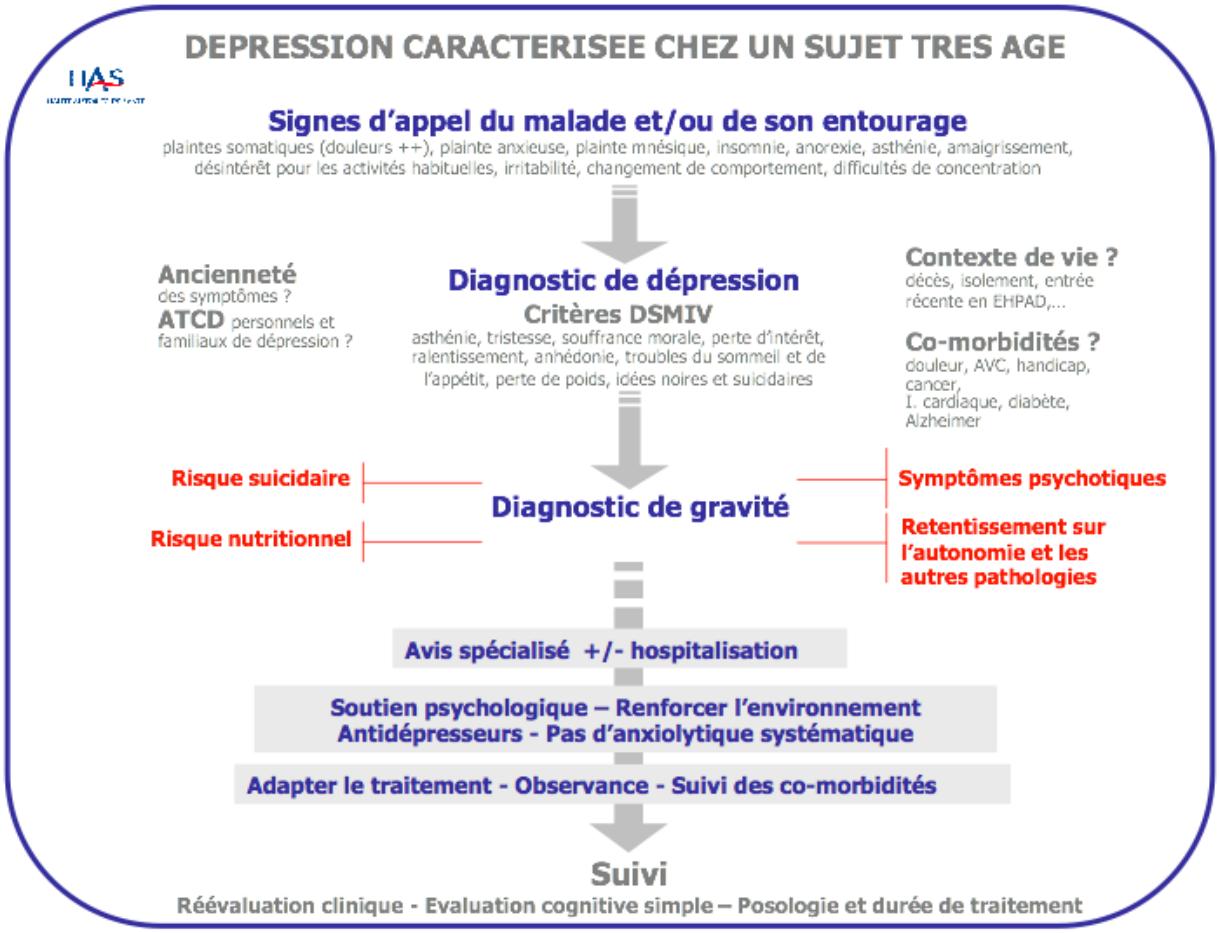


figure n°12 :Arbre décisionnel de l'HAS sur la dépression (Unité Programmes Pilotes - 29 juillet 2008)

Chapitre 6 : Les troubles du sommeil

I. Introduction

On passe un tiers de notre vie à dormir, c'est dire l'importance du sommeil sur notre santé. Toutefois, les plaintes relatives au sommeil sont nombreuses mais elles ne correspondent pas forcément à une insomnie, surtout chez la personne âgée. Elles peuvent être liées à des douleurs nocturnes (rhumatismales notamment) qui empêchent le sommeil, à de la nervosité, des problèmes urinaires, de l'anxiété liée à une dépression ou simplement de l'isolement. De plus, avec l'âge, il existe des modifications physiologiques du sommeil. La personne âgée dort moins, son sommeil est fractionné et se répartit différemment dans la journée. Quels sont les outils et les conseils du pharmacien face à cette souffrance quotidienne ?

II. Épidémiologie[38]

La prévalence des troubles du sommeil avérés serait de 10 à 20 % en population générale.
Parmi les sujets de 75 ans et plus, 40,3 % se plaignent de la quantité ou de la qualité de leur sommeil ou prennent une molécule pour le favoriser. Le taux de consommation de psychotropes s'accroît parallèlement à l'âge : alors qu'entre 15 et 44 ans, seulement 4,8 % des sujets consomment un ou plusieurs psychotropes, ce taux passe à 15,6 % chez les sujets entre 45 et 64 ans, à 24,3 % chez ceux entre 65 et 74 ans, pour culminer à près du tiers (32,8 %) des sujets de 75 ans et plus. L'évaluation du sommeil par le médecin traitant devrait faire partie de l'examen clinique de routine chez le sujet âgé. La recherche de l'étiologie de la plainte d'insomnie est capitale dans le choix du traitement.

III. Facteurs de risques[39]

Il existe trois types de facteur de risque de troubles du sommeil chez la personne âgée que nous allons aborder.

Facteurs physiologiques

Fréquemment rapportés par les sujets de 65 ans et plus, les modifications physiologiques du sommeil constitue des facteurs de risques :

- une heure de coucher plus précoce,
- une augmentation de la latence d'endormissement,
- une augmentation du temps passé au lit,
- une réduction de la durée du sommeil nocturne,
- un plus grand nombre d'éveils nocturnes et
- un plus grand nombre de siestes.

Facteurs environnementaux

Ces facteurs, surtout présents chez le sujet âgé qui vit en institution, regroupent :

- le bruit,
- la lumière,
- la température de la chambre.

Facteurs psychologiques

Ils sont liés au ressenti émotionnel de la personne âgée et à l'apparition d'évènements inhabituels comme :

- le veuvage,
- les troubles dépressifs,
- les troubles démentiels,
- le stress,
- la prise prolongé d'un hypnotique,
- la prise d'un produit défavorable au sommeil.

IV. Les outils du pharmacien[40]

Indispensable à l'organisme, le sommeil permet d'évacuer le stress et la fatigue, les muscles se relâchent, les organes vitaux fonctionnent au ralenti : ainsi, l'activité cardiaque baisse de 10% et la tension de 20%. Dormir est donc essentiel à notre vitalité. Les outils du pharmacien

sont l'accompagnement et l'observance du traitement médicamenteux, les spécialités homéopathiques, la phytothérapie et les conseils hygiéno-diététiques.

1. La place des hypnotiques et des anxiolytiques[41 42 43]

La France arrive en première position pour la consommation d'hypnotiques et d'anxiolytiques, et cette consommation est particulièrement élevée chez le sujet âgé. Le pharmacien dont le rôle est l'analyse de l'ordonnance doit pouvoir faire le lien entre les plaintes relatives au sommeil et la prise au long cours d'un psychotrope, qu'il s'agisse d'un hypnotique ou d'un autre médicament utilisé comme aide à l'endormissement.

Les somnifères ne sont efficaces que sur une durée très courte, et ils présentent des effets indésirables avérés chez les personnes âgées. Ces médicaments exposent à des chutes et à leurs conséquences (voir chapitre 1), à des accidents de la voie publique, mais aussi à des troubles cognitifs. Ainsi il existe une iatrogénie à court terme mais également à long terme. Elle peut être évitée lors d'une mise au point sur le traitement ou simplement lors de l'écoute du patient.

Les tranquillisants [44]

Ce sont des médicaments de l'anxiété et de l'hyperémotivité. Les benzodiazépines sont par ailleurs myorelaxantes, anti-convulsivantes et possèdent une action sédative à fortes doses.
Les principales indications sont les états névrotiques, l'anxiété sous toutes ses formes et les insomnies d'endormissements.

Les tranquillisants appartiennent principalement à deux grandes familles chimiques :
-les benzodiazépines : oxazépam (Seresta®), alprazolam (Xanax®), lorazépam (Temesta®), bromazépam (Lexomil®);
-les carbamates : méprobamate (Equanil®).

Les hypnotiques

Ce sont des médicaments utilisés pour traiter de manière symptomatique, les insomnies. Ils agissent sur un symptôme, l'insomnie, qui peut exister isolément ou faire partie de nombreux troubles mentaux.

Les principaux médicaments se divisent en deux classes :

-les benzodiazépines : loprazolam (Havlane®), lormétazepam (Noctamide®) et flunitrazépam (Rohypnol®) ;

-les analogues des benzodiazépines ou **composés Z** : **z**opiclone (Imovane®) et **z**olpidem (Stilnox®).

Les médicaments appartenant à d'autres classes

Certains antihistaminiques font partie de l'arsenal médicamenteux de l'insomnie, on retrouve : hydroxyzine (Atarax®), etifoxine (Stresam®), doxylamine (Donormyl®), alimémazine (Théralène®).

Toutefois il faut être vigilant au risque de contre indication en fonction du terrain chez le sujet âgé : par exemple, en cas de glaucome par fermeture de l'angle ou de rétention urinaire avec tel médicament.

L'âge modifiant la pharmacocinétique des médicaments, notamment la diminution de l'excrétion rénale, on choisit une benzodiazépine à demi vie courte ou intermédiaire et/ou peu métabolisée (Annexe 1). Il convient de prescrire tout psychotrope à la plus faible dose active n'ayant pas d'effet sédatif ; en pratique on divise par deux la posologie que l'on aurait donnée à l'adulte. De plus l'emploi au long court de ce type de classes médicamenteuses est déconseillé, en raison du risque d'accoutumance, d'impossibilité de sevrage, de masquage de dépression et d'apparition d'aggravation de troubles mnésiques.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place en octobre 2007 des recommandations pour faciliter l'arrêt des benzodiazépines (BZD) et médicaments apparentés à l'ensemble des médecins amenés à renouveler une prescription de ces médicaments chez un patient âgé de plus de 65 ans.

Ces recommandations s'articulent autour des questions suivantes :

1. Quels sont les risques liés à la consommation de BZD et les bénéfices de leur arrêt chez le patient âgé de plus de 65 ans ?
2. Comment évaluer la difficulté de l'arrêt ?
3. Comment diagnostiquer, prendre en charge et prévenir le syndrome de sevrage aux BZD ?

4. Quelles sont les précautions particulières à l'arrêt des BZD chez le patient âgé de plus de 65 ans ?
5. Quelles sont les stratégies d'arrêt des BZD chez le patient âgé de plus de 65 ans ?

La HAS met à disposition un ensemble d'outils d'amélioration et d'évaluation des pratiques de prescription chez le patient âgé (Annexe 2).

Le pharmacien a pour rôle de veiller au respect des indications, des durées de traitement, des posologies ; et de tenir compte d'une éventuelle insuffisance rénale ou hépatique associée.
Il est important d'éviter d'associer les psychotropes entre eux en raison d'une augmentation du risque de chutes, de troubles de la vigilance et/ou d'effets anticholinergiques pour certains d'entre eux.

2. La place de l'homéopathie

L'homéopathie est méthode thérapeutique efficace contre les troubles du sommeil, elle peut être une alternative avantageuse car elle ne crée ni dépendance, ni effets de somnolence dans la journée contrairement aux anxiolytiques et aux hypnotiques.

Le conseil homéopathique peut être le suivant :
- 5 granules ou 20 gouttes au coucher de passiflora composé,
- 2 comprimés matin et soir de magnésium.

Il existe également des spécialités comme :
- Sédatif PC de chez Boiron (figure n°17),
- L72 de chez Lehning (figure n°18).

figure n°13 : L72 *figure n°14 : sédatif PC*

Ces médicaments homéopathiques peuvent également accompagner le sevrage d'hypnotiques.

3. La place de la phytothérapie [45]

Depuis toujours, les hommes connaissent le pouvoir sédatif et hypnotique de certaines plantes. Elles ont généralement peu ou pas d'effets secondaires et leur action se révèle douce et progressive.
Leur activité sédative facilite l'endormissement et améliore la qualité du sommeil sans en désorganiser les différents stades. Pour une action optimale, il est recommandé d'associer plusieurs plantes aux actions complémentaires : anxiolytique, sédative et antispasmodique.

Plantes majeures

- *Eschscholtzia* : a pour effet de calmer les spasmes, favorisant ainsi la détente, nerveuse et musculaire au cours de la nuit. Elle est traditionnellement utilisée en cas de nervosité et d'agitation au coucher, de réveils nocturnes et/ou de réveil matinal précoce.
- *Aubépine* : douée d'une activité sédative sur le système nerveux central, l'Aubépine est traditionnellement utilisée pour atténuer les troubles liés à la nervosité : irritabilité et émotivité excessive.
- *Passiflore* : bien toléré, l'extrait de Passiflore apaise, calme et favorise la détente musculaire. Son effet bénéfique est reconnu sur la nervosité et les troubles du sommeil.

- *Valériane* : son activité sur le système nerveux central et ses effets antispasmodiques, liés à la teneur de la racine en acide valérénique, justifie l'usage traditionnel de la Valériane dans les troubles du sommeil. En réduisant la nervosité, la Valériane aide à raccourcir le temps d'endormissement.

Autres plantes

- *Tilleul* : les propriétés sédatives du Tilleul ont donné lieu au rituel presque universel de l'infusion du soir. On l'utilise maintenant en extrait concentré, en particulier sous forme fluide.
- *Verveine* : les feuilles contiennent des flavones particulières, ainsi qu'une huile essentielle dont le principal composant est le citral. Reconnue pour ses propriétés relaxantes, la Verveine odorante est fréquemment recommandée lorsque des spasmes digestifs troublent le sommeil.
- *Mélisse* : célèbre depuis longtemps pour son activité sédative et pour ses propriétés antispasmodiques, la Mélisse contribue à dissiper les gênes digestives d'origine nerveuse. Associée à d'autres plantes, elle aide à préserver la qualité du sommeil.

4. Les conseils hygiéno-diététiques[46]

Pour soulager les personnes âgées qui souffrent de troubles du sommeil il est important de rappeler certains conseils pour « mieux dormir ».

- Limiter les siestes à 20 minutes.
- Éviter les repas trop lourds et les excitants (café, thé) le soir.
- Prendre les diurétiques le matin pour éviter les levers nocturnes, ainsi que les médicaments qui peuvent gêner le sommeil, par exemple les corticoïdes (effet excitant) ou les bêtabloquants liposolubles (propranolol) qui peuvent induire des cauchemars.
- Respecter un rythme éveil/sommeil régulier.
- Promouvoir l'éveil diurne (activités physiques et intellectuelles dans la journée).
- Abaisser la température de la chambre aux environs de 20°C.

V. Cas de comptoir

Monsieur J., 78 ans, se plaint de troubles du sommeil :

- Je me réveille souvent la nuit sans jamais avoir souffert d'insomnie !
- Faites vous des siestes dans la journée ?
- Oui, cela m'arrive de temps à autre, surtout après manger en début d'après midi.
- Tout d'abord il faut limiter vos siestes à 20 minutes sinon vous décalez votre cycle éveil/sommeil. Prenez vous un médicament pour dormir prescrit par votre médecin ?
- Non.
- Je peux vous proposer un produit à base de plantes, c'est un sachet d'extraits fluides de Mélisse, de Tilleul et de Verveine à diluer dans un verre d'eau, avant de se coucher.
- C'est parfait je vais essayer.
- Mais si vos troubles persistent, il faudra consulter votre médecin.

VI. Conclusion

Aujourd'hui la prise de tranquillisants et d'hypnotiques tend à se banaliser autant chez le patient, que chez le médecin. Le pharmacien a son rôle à jouer pour tenter de faire réagir le sujet ou son entourage. Le risque est d'autant plus grave chez le sujet âgé avec des risques de chute pouvant entrainer une hospitalisation, ou des effets indésirables tels que des troubles cognitifs.

C'est pourquoi une thérapeutique à base de plantes ou de spécialités homéopathiques est préférable car il n'y a pas d'accoutumance et peu d'interaction médicamenteuse.

Troisième partie: La prescription de médicaments génériques chez le sujet âgé.

Depuis juin 2012, le pharmacien a pour obligation de délivrer le ou les génériques afin de pouvoir pratiquer le Tiers Payant (Annexe 3). Le sujet âgé apparaît assez réticent face à cette nouvelle réforme et, en partie, à juste raison car il ne s'y retrouve pas. Nous présentons ci-après les problèmes liés à l'âge qui rendent la substitution délicate. Cela ne va-t-il pas nuire à la relation de confiance entre le pharmacien et sa patientèle ?

I. Les difficultés liées au sujet âgé

La substitution est actuellement mieux acceptée que auparavant par les patients, même si la population âgée reste un peu plus réticente, ceci étant lié à la perception de la substitution elle-même et à l'adhésion psychologique au traitement princeps.

1. L'observance [47]

La prescription des génériques peut-elle avoir une influence sur l'observance médicamenteuse du sujet âgé ?

L'observance thérapeutique se définit comme le par le malade d'une prescription médicale et l'adhésion à un schéma thérapeutique. C'est également un outil de mesure de l'adhérence au traitement médicamenteux prescrit sur ordonnance.

Les déterminants de l'observance sont liés aux paramètres suivants :

A l'individu : - caractéristiques sociales,
- caractéristiques physiques (vision, tremblement, ouïe),
- caractéristiques cognitives (problème de mémoire),
- caractéristiques psychologiques (adhésion au traitement).

A l'état de santé : - maladie chronique avec prise d'un traitement à vie (lassitude),
- absence de symptômes cliniques (entraîne l'inobservance),
-polypathologie : prise de nombreux médicaments et donc apparition d'effets secondaires.

Tout au long de la prise en charge du malade s'établit un processus de communication entre le professionnel de santé et le patient. L'aptitude du professionnel de santé en terme de communication est cruciale, non seulement pour la satisfaction du patient mais aussi pour la réussite des soins. Cette relation est vécue comme un engagement.

→Le patient

Le patient ne peut pas modifier ses caractéristiques sociales, physiques, cognitives, son état de santé, ou la taille ou la couleur de ses comprimés. Par contre, il a la liberté de réclamer de l'information et de changer de médecin ou de pharmacien s'il n'est pas satisfait. Et surtout, il a le choix de vouloir suivre son traitement ou non. Il faut qu'il ait envie d'adhérer aux prescriptions de son médecin. Par conséquent, il faut que les professionnels de santé l'entourent et lui donnent cette envie.

→ Le médecin

Tout traitement doit sa réussite aux efforts conjoints du patient et du soignant. La relation médecin-malade constitue pour la majorité des auteurs l'élément clé d'une bonne observance. Une attitude positive du médecin améliore la confiance dans le traitement, la motivation et le comportement du sujet. De plus, une attitude compréhensive et attentive est favorable à une bonne adhésion au traitement.

→ Le pharmacien

Le pharmacien explique au patient pourquoi le médicament est prescrit, ses bénéfices, ses effets secondaires potentiels et l'importance de prendre correctement le traitement. En général, le malade ne retient pas tout ce que dit le médecin. Il peut alors retrouver ces informations auprès du pharmacien et dans la notice des médicaments. Mais, le contenu de ces notices est souvent complexe, confus et difficile à lire. De plus, la liste interminable des effets secondaires pousse le patient à faire le choix d'une mauvaise observance, voire de pas d'observance du tout. Le pharmacien est donc là pour faire le lien entre le patient et son traitement.

2. La difficulté de communiquer avec les personnes âgées

Les problèmes de diminution de l'acuité visuelle

Les personnes âgées peuvent faire des erreurs lors de la prise de leurs médicaments parce qu'elles voient mal et ne distinguent pas les différences de formes et de couleurs. De ce fait, la baisse de l'acuité visuelle peut conduire à l'inobservance du traitement en raison des difficultés à différencier des médicaments d'apparence similaire. Les laboratoires pharmaceutiques utilisent souvent différentes couleurs pour différents dosages afin d'éviter les erreurs.

Le sujet âgé ayant une mauvaise vue identifie ses médicaments par l'aspect de la boîte, la taille et la couleur de celle-ci. C'est pourquoi la substitution devient délicate car, même si les laboratoires essayent de conserver ces paramètres, la majorité des médicaments génériques ont un conditionnement différent de leurs princeps.

Les problèmes de surdité

La baisse de l'acuité auditive associé à cet affaiblissement de la vue entraîne un problème de communication : le message verbal ou écrit donné au malade peut devenir moins explicite. Cette lacune risque, elle aussi, d'entraîner une diminution de l'observance.

Le pharmacien doit s'assurer que la personne a été attentive au changement du médicament de référence. Pour cela il peut utiliser des questions relais pour la faire participer et attirer son attention.

<u>Exemple :</u>

- « Votre médicament de référence était le Vasten et son médicament générique se nomme Simvastatine. Vous rappelez-vous pour quelle indication vous le prenez ? »
- « Oui, c'est celui pour le cholestérol »
- « D'accord, celui pour le cholestérol. Vous le prenez donc le soir ? »
- « Oui c'est ça. »

Les problèmes de perte de mémoire ou de démence

Dans la plupart des cas la mémoire se détériore avec l'âge, en particulier la mémoire des faits récents. Cela peut entraîner de façon involontaire une mauvaise observance et être la cause d'oubli ou de doublement d'une prise.
Cette altération de la mémoire s'associe à une diminution des capacités d'apprentissage, ce qui produit un impact négatif sur la compréhension des informations reçues. Il est donc essentiel que les renseignements destinés aux personnes âgées soient adaptés. Les informations doivent être simples, concises et fréquemment reprises en cours de traitement.

La substitution peut être l'occasion de faire le point sur le traitement et de rappeler à la personne âgée les indications, les modalités de prise et la conduite à tenir pour une bonne observance. Le pharmacien peut conseiller de marquer la prise par un trait sur la boîte, cela peut éviter l'oubli.

3. La polymédication

Les sujets âgés sont de grands « consommateurs » de médicaments car il est rare qu'ils ne présentent qu'une seule affection : le plus souvent deux ou trois pathologies coexistent chez un même patient. On parle alors de polypathologie et de polymédication.
Celle-ci implique plusieurs médicaments à prendre en plusieurs prises à différents moments de la journée. Il semble évident qu'une unique prise par jour entraîne une meilleure observance que deux ou trois. Mais il faut tout de même remarquer que certaines molécules à courte durée de vie données une fois par jour n'entraînent pas une couverture thérapeutique satisfaisante. Il est préférable de les donner en 3 fois avec une observance moyenne plutôt qu'une seule fois avec une bonne observance.

C'est pourquoi la substitution chez la personne âgée polymédiquée doit se faire graduellement, pour introduire progressivement les médicaments génériques et éviter les confusions.

4. La forme galénique

La forme galénique doit être adaptée au sujet et, bien qu'il existe un grand nombre de références (comprimé, comprimé dispersible, comprimé effervescent, gélule, sachet, goutte, sirop, suppositoire,...), il n'est pas simple de trouver la bonne combinaison. Les gélules adhèrent à la paroi de l'œsophage, les sachets et les gouttes nécessitent une précision du geste lors de l'administration,… D'autres facteurs comme l'état de la cavité buccale ou les troubles de la déglutition interviennent également.

Le médicament doit se présenter sous une forme facilement utilisable pouvant être avalée sans difficulté. Les laboratoires pharmaceutiques multiplient les formes disponibles pour une même molécule, il revient alors au pharmacien de conseiller la forme la plus adaptée à son patient.
Le conditionnement est également primordial. Il doit permettre au patient âgé de prendre correctement et sans oubli ses médicaments.

Pour adhérer à la proposition de traitement, l'hypothèse retenue *a priori* est que le patient doit comprendre *a minima* sa ou ses pathologies, pourquoi tels médicaments sont prescrits, quels en sont les bénéfices et les risques. Cette action de communication du pharmacien est complémentaire de celle du médecin et contribue à renforcer les messages déjà prodigués au patient par les différents professionnels de santé rencontrés tout au long de son parcours de soins.

II. Le rôle du pharmacien lors de la substitution [48]

Lors de la délivrance, les informations sur le traitement doivent être verbales et écrites. Le pharmacien doit prendre le temps de noter sur chaque boîte le nom du princeps s'il y a eu substitution, les posologies et l'indication du médicament (ex : tension, estomac, etc.). Cela peut paraître exagéré, et entraîner quelque impatience de la part du patient « je les connais, ça fait 10 ans que je les prends », alors que certains voient d'un bon œil une mise au point sur leur traitement.

1. Le langage

Quelques règles simples sont à utiliser au comptoir :

- Il est important lors de la délivrance de bannir le langage médical, surtout lorsque l'on parle des génériques. Ne pas utiliser le mot « princeps » mais **médicament de référence** et ne pas employer le mot « générique » mais **médicament générique**.

- Il est nécessaire de prendre son temps et de répondre à toutes les questions du patient (voir V. questions réponses sur le médicament générique). Écrire sur chaque boîte le nom du princeps même au bout du 3ème mois de substitution, et en profiter pour noter les posologies.

- Faire remarquer au patient que le nom de son générique n'est autre que le nom de la molécule active, déjà inscrit sur le médicament de référence.

- On peut également demander à la personne de ramener le médicament de référence pour éviter toute confusion mais surtout le doublement d'une prise.

2. La forme galénique

Comme nous l'avons vu précédemment la forme galénique est très importante pour le patient âgé. Il faudra donc être très attentif à dispenser la même forme galénique ou à défaut se rapprocher le plus de celle du princeps lors de la substitution.
Par ailleurs, le pharmacien doit être vigilant à délivrer une seule marque de génériques aux personnes âgées de plus de 75 ans, cela va les aider dans l'observance de leur traitement.

Exemple : Inexium se présente sous forme d'un comprimé gastro-résistant alors que Esoméprazole est une gélule.

3. Le dossier pharmaceutique [49]

Le Dossier Pharmaceutique ou DP est un outil professionnel mis au point dans l'intérêt de la santé publique et des patients. Il permet :

- aux pharmaciens d'avoir une vue globale des traitements dispensés quelle que soit la pharmacie dans laquelle ils ont été délivrés ;

- d'éviter au quotidien les risques d'interactions médicamenteuses et les redondances de traitement.

Les objectifs du Dossier Pharmaceutique sont de favoriser **la coordination, la qualité, la continuité des soins** et la **sécurité de la dispensation des médicaments,** produits et objets. Il peut être le support de la stratégie officinale, notamment avec la médication officinale, la prise en charge du petit risque pathologique et la lutte contre la iatrogénie lorsque le patient s'adresse à plusieurs officines.

Le Dossier Pharmaceutique respecte les droits des patients garantis par la loi et son déploiement a été soumis à autorisation préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), obtenue en décembre 2008. Par conséquent :

- Le pharmacien doit demander l'accord du bénéficiaire pour créer un DP à son nom ;
- Le bénéficiaire peut demander à ce que certains médicaments ne soient pas inscrits dans le DP ;
- Le bénéficiaire peut décider à tout moment de fermer son DP. Il sera alors supprimé ;
- Le bénéficiaire peut décider de refuser l'accès à un pharmacien. Il suffit de lui stipuler ;
- Le bénéficiaire peut demander une copie de son DP à toute pharmacie équipée du dispositif. Par exemple, pour informer un médecin de ses traitements en cours.

Pour la substitution générique, le DP permet de savoir si la personne a déjà eu le médicament générique et depuis combien de temps.

4. Les outils d'aide à la prise des médicaments

Face à la difficulté de communication, le pharmacien peut proposer des outils d'aide à la prise des médicaments. Il peut établir avec le patient un plan de prise soit au dos de l'ordonnance ou sur un papier libre grâce à un tableau ou des schémas. Devant un nombre important de médicaments, il peut être utile de conseiller l'emploi d'un pilulier ou d'un semainier (figure n°15). Les plus pratiques d'utilisation semblent être ceux disposant de modules détachables pour chaque jour de la semaine.

Exemple : le pilulier semainier PILBOX® Liberty

figure n°15 : semainier PILBOX® Liberty

III. Cas de comptoir

Suite à la réforme « Tiers payant contre générique » et sans mention « non substituable » du médecin, nous avons substitué Témérit® 5mg de Monsieur R. par Nébivolol® 5mg.

Étant un client habitué de la pharmacie et ouvert à la discussion, la substitution ne l'a aucunement gêné, la personne le servant ayant pris soin de noter la dénomination du princeps sur le conditionnement. Reprenant ses propres dires : « Du moment que vous marquez Témérit sur la boîte le temps que je m'en accommode, il n'y a pas de problème. »

Le lendemain monsieur R. revient perturbé à la pharmacie. En faisant son semainier la veille au soir, il s'est rendu compte que l'allure générale de Nébivolol et de Préviscan lui paraissait identique. Effectivement une fois sortis du blister, les deux comprimés sont semblables (figure n°16) : tous les deux de couleur blanche et quadrisécables (en forme de trèfle : fractionnement facilité du comprimé en parts égales).

figure n°16 : comprimés de Nébivolol 5mg et de Préviscan 20mg

Préviscan étant un médicament anticoagulant dont la posologie journalière doit être adaptée avec précision, une confusion avec ce type de médicament peut entraîner des risques d'effets indésirables graves, voire mortels.

Après appel du médecin traitant de monsieur R., nous ne substituons pas Témérit 5mg, la mention « non substituable» figurera sur les prochaines ordonnances.

IV. Question/Réponses sur les médicaments génériques à destination des équipes officinales [50]

Les médicaments génériques sont-ils aussi efficaces que les médicaments de référence ?

OUI. Ils sont obligatoirement fabriqués avec le même principe actif que le médicament de référence. Un médicament générique ne peut être vendu en officine que s'il a été démontré, par des études cliniques, une équivalence d'efficacité (appelée bioéquivalence). La variabilité acceptée est celle qui pourrait exister entre deux personnes différentes prenant le même médicament.

Est-il vrai que la bioéquivalence ne signifie pas qu'il y ait forcément une équivalence thérapeutique ?

NON. S'il n'y avait pas d'équivalence thérapeutique, cela reviendrait à nier qu'une quantité égale de principe actif dans le sang après une même durée ne produirait pas, chez le même patient, les mêmes effets.

Les médicaments génériques sont-ils aussi sûrs que les médicaments de référence?

OUI. Ils sont contrôlés avec les mêmes normes de qualité. Avant de pouvoir être commercialisés, ils doivent obligatoirement obtenir une autorisation de mise sur le marché auprès des Autorités sanitaires. En France, c'est l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM, anciennement Afssaps) qui assure cette fonction. Depuis leur arrivée sur le marché en 1999, aucun signalement de pharmacovigilance n'a mis en doute cette sécurité.

Peut-il y avoir des différences entre le médicament générique et le médicament de référence ?

OUI. Cependant les différences avec le médicament de référence ne sont acceptées et autorisées que si elles n'ont pas d'impact sur l'activité thérapeutique du médicament. Elles peuvent concerner la présentation, la forme pharmaceutique ou les excipients. Il est vrai que le changement d'excipient peut occasionner des réactions allergiques, mais les réactions allergiques potentielles sont équivalentes, quel que soit le statut du médicament, générique ou de référence (princeps).

Les médicaments génériques sont-ils de simples copies ?

NON. Les médicaments génériques arrivent sur le marché 8 à 10 ans après le médicament de référence. Ils peuvent aussi intégrer des nouveautés dans la formulation, la forme pharmaceutique... Les patients bénéficient ainsi d'innovations qui vont faciliter la prise du médicament (consistance, goût, gélule versus comprimé...). Cette concurrence entre les différents laboratoires incite à développer la recherche sur de nouvelles pathologies pour être le premier à mettre sur le marché un nouveau médicament.

Les médicaments génériques sont-ils vraiment une source d'économie pour le système de santé ?

OUI. Le prix des médicaments génériques est très largement inférieur à celui du médicament de référence. Concrètement, depuis janvier 2012, il doit être inférieur de 60% à celui du médicament de référence. En 2011, les économies générées ont atteint 2 milliards d'euros. Ces économies permettent de dégager des moyens pour financer un accès à l'innovation sur des traitements coûteux.

Les médicaments génériques sont-ils à l'origine de délocalisations ?

NON. Les médicaments génériques sont fabriqués à 96% en Europe et à 55% en France. Les contrôles des sites de fabrication par les autorités sanitaires de chaque pays sont du même niveau d'exigence quel que soit le site de production des médicaments.

V. Conclusion

Le pharmacien doit garder son rôle privilégié face à la personne âgée, pour cela la coopération avec les médecins semble nécessaire pour effectuer une première approche du médicament générique. Malgré cette réforme obligatoire, le pharmacien doit évaluer le bénéfice/risque pour son patient, éviter les conséquences d'une substitution à l'aveugle et réserver la non substitution aux personnes les plus susceptibles de faire des confusions dans leur traitement.

Conclusion

De ma thèse, il s'avère que la personne âgée à l'officine représente la majeure partie des patients, une catégorie de personne à laquelle il faut prêter la plus grande attention aujourd'hui mais aussi demain.

En effet, après avoir étudié l'ensemble des modifications du corps dû au vieillissement, il paraît évident que le pharmacien s'implique en professionnel très rigoureux et adapte ses interventions lors de la délivrance pour les personnes âgées.

Ma thèse a également démontré que la personne âgée est sujette à de nombreux problèmes de santé qui modifient et diminuent sa capacité d'autonomie. C'est pourquoi chacun de ces chapitres est composé de cas pratiques et de solutions propres à améliorer le quotidien du sujet.

Le métier de pharmacien étant en pleine mutation depuis ces derniers mois, il convient de terminer cette thèse sur un sujet d'actualité. Le tiers payant contre générique est devenu un vrai problème pour la personne âgée.

Des efforts sont à perpétrer dans la prise en charge du sujet âgé à l'officine mais avec l'arrivée de la loi HPST (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires) et la mise en place de l'éducation thérapeutique le pharmacien démontre une fois de plus sa qualité d'acteur de santé très proche de ses patient.

J'espère que ma thèse servira au plus grand nombre, étudiant en pharmacie désireux d'apprendre la gériatrie à l'officine, pharmacien d'officine, ou tout autre professionnel de santé voulant mettre en place des actions pour le confort du sujet âgé.

Annexes

Annexe 1 :

Tableau de classification des benzodiazépines selon leur demi vie

Annexe 2 :

Agenda du sommeil et arbre décisionnel de l'HAS

Annexe 3 :

Rappel sur le générique

Annexe 4 :

Lettre de l'assurance maladie aux pharmaciens concernant la mise en place de la réforme tiers payant contre générique

À privilégier : benzodiazépines à "demi-vie courte" (< 20 heures)[2]

Nom commercial	Molécule	Demi-vie[1] (heure)	Métabolite actif cliniquement pertinent
Classe des hypnotiques			
STILNOX*	Zolpidem	2h30	non
IMOVANE*	Zopiclone	5	non
NORMISON*	Témazépam	5 à 8	non
HAVLANE*	Loprazolam	8	non
NOCTAMIDE*	Lormétazépam	10	non
NUCTALON*	Estazolam	17	non
Classe des anxiolytiques			
VERATRAN*	Clotiazépam	4	non
SERESTA*	Oxazépam	8	non
TEMESTA*	Lorazépam	10 à 20	non
XANAX*	Alprazolam	10 à 20	non

À éviter : benzodiazépines à "demi-vie longue" (≥ 20 heures)[2]

Classe des hypnotiques			
ROHYPNOL*	Flunitrazépam	16 à 35	oui
MOGADON*	Nitrazépam	16 à 48	non
Classe des anxiolytiques			
LEXOMIL*	Bromazépam	20	non
URBANYL*	Clobazam	20	oui
VALIUM*	Diazépam	32 à 47	oui
VICTAN*	Ethyle loflazépate	77	non
LYSANXIA*	Prazépam	30 à 150	oui
NORDAZ*	Nordazépam	30 à 150	oui
TRANXENE* NOCTRAN**	Clorazépate dipotassique	30 à 150	oui

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'agenda de votre sommeil

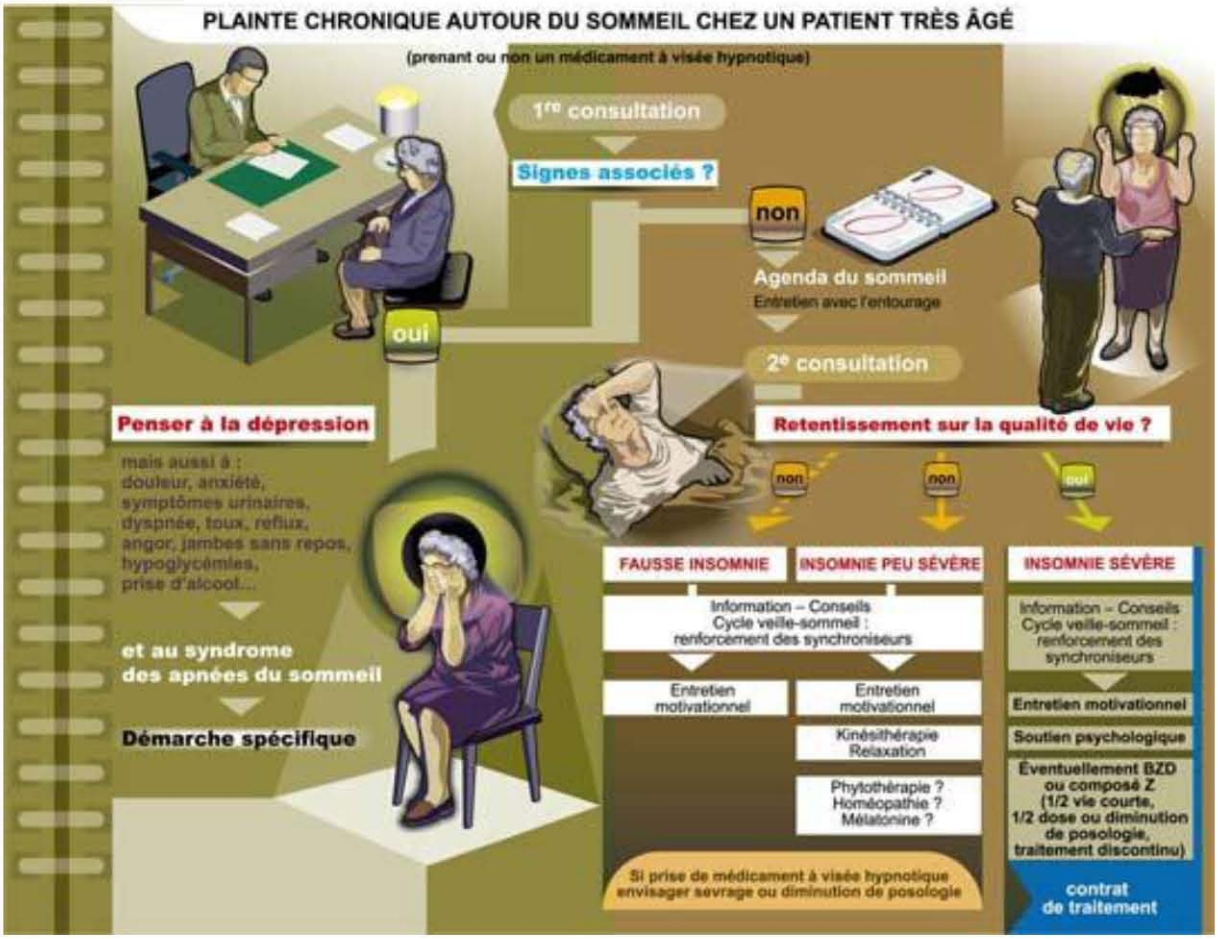
Nom :.....
Prénom : .....
Date : ..... / ...../.....

Débutez le remplissage de la 1ère ligne J1 avec votre médecin

	Date	Médicaments	17h 18h	19h	20h	21h	22h	23h	MINUIT	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	MIDI	13h	14h	15h	16h	Qualité: Sommeil la nuit	Qualité: Forme le jour	Commentaires
J1																												
J2																												
J3																												
J4																												
J5																												
J6																												
J7																												
Exemple		1/2			X												X						X		X	M	M	TOUX

M.S. a pris ½ ZOLPIDEM, il s'est couché à 19h30, s'est endormi à 21 h après avoir regardé la télé, a dormi jusqu'à 7h, avec sommeil entrecoupé d'un réveil entre minuit et 1h. – M.S. s'est recouché pour la sieste à 13h30 et a dormi de 15h à 16h puis s'est levé. Son sommeil et sa forme étaient mauvais.

Médicaments pour dormir	Temps passé au lit ou à dormir (nuit, sieste)	Qualité de la nuit et forme dans la journée
Nom des médicaments.....	Indiquez par une « X » : - l'heure de mise au lit - l'heure du lever	Précisez la qualité de la nuit et la forme dans la journée par : *B = bien* *M = mauvais* *TB = très bien* *TM = très mauvais*
Précisez ce que vous avez pris chaque soir pour dormir dans la colonne « médicaments »	Indiquez le temps de sommeil en hachurant la case :	



Rappel sur le médicament générique

I. Médicament générique et droit de substitution

1. Définition

« Sans préjudice des articles L.611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, la spécialité générique d'une spécialité de référence est définie comme celle qui a **la même composition qualitative et quantitative en principes actifs**, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées.

Une spécialité ne peut être qualifiée de spécialité de référence que si son autorisation de mise sur le marché a été délivrée au vu d'un dossier comportant, dans des conditions fixées par voie réglementaire, l'ensemble des données nécessaires et suffisantes à elles seules pour son évaluation.

Pour l'application du présent alinéa, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique. De même, les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont regardés comme ayant la même composition qualitative en principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur de l'autorisation de mise sur le marché… » (Article L 5121-1 al. 5 du Code de la Santé Publique).

2. Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)

Un médicament générique est introduit sur le marché dès que la protection du brevet du produit princeps est échue. La procédure est beaucoup moins longue pour le générique car le dossier d'enregistrement est allégé, les parties correspondant à la pharmaco-toxicologie et à la clinique pouvant être bibliographiques.
S'il y a modification de la composition qualitative des excipients, le demandeur doit uniquement fournir un dossier pharmaceutique et des études de bioéquivalence.

Le médicament générique obtient alors une **AMM identique à celle du médicament princeps**, dans les mêmes indications, pour le même usage, au même taux de remboursement mais surtout à un prix inférieur à celui de la molécule de référence.

3. Identification de la spécialité générique

L'ordonnance du 24 avril 1996 subordonne le remboursement des spécialités génériques à une claire identification de ces dernières : peuvent être inscrites sur les listes des médicaments remboursables, les spécialités dont le nom commercial sera constitué :

- Soit par la Dénomination Commune Internationale (DCI), assortie d'un nom de marque ou du nom du titulaire de l'AMM ou de l'exploitant ;

- Soit par un nom de fantaisie suivi du suffixe « Gé », souligné d'un trait.

4. Répertoire des génériques

Un répertoire officiel a été créé pour faciliter l'identification des médicaments génériques.
L'article R.5121-5 du Code de la Santé Publique attribue au directeur général de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) l'identification des spécialités répondant à cette définition et l'inscription, après avis de la commission d'AMM, au répertoire des génériques.
Selon la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2004, l'inscription se fait dans un délai de 60 jours après avoir informé le titulaire du princeps de l'obtention d'AMM du médicament générique.
Ce répertoire présente les spécialités génériques et leurs spécialités de référence « princeps » par groupe générique. Les groupes génériques sont regroupés par principe actif désigné par sa DCI et par voie d'administration.

5. Prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI)

C'est lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qu'a été autorisée la prise en charge au remboursement des prescriptions en dénomination commune, sans faire référence à une quelconque dénomination spéciale du médicament. Puis le 5 juin 2002, en contrepartie d'un accord sur l'augmentation des tarifs médicaux, les généralistes se sont engagés à prescrire en DC 25% des lignes de prescriptions médicamenteuses dont la moitié au moins entre dans le champ du répertoire des génériques. Cet accord a ensuite été conforté par le décret du 2 octobre 2002. Enfin en 2009 la loi de financement de la Sécurité Sociale a rendu obligatoire la prescription en DC pour les spécialités inscrites dans un groupe générique.

Pour la substitution, l'article L.5125-23 du CSP prévoit :

- Si la prescription est établie en « marque », en l'absence d'opposition manuscrite du prescripteur, la substitution peut se faire **entre génériques d'un même groupe ou entre la spécialité de référence du groupe et un générique de ce groupe**.

- Si la prescription est établie en DC :

- soit il n'existe pas de groupe générique, dans ce cas, le pharmacien d'officine délivre une spécialité de son choix correspondant à la DC,
- soit il existe un groupe générique et le pharmacien délivre alors une spécialité inscrite dans ce groupe, dans le respect des dispositions prévues par l'article L. 162-16 du Code de la sécurité sociale. Ce dernier article prévoit que la délivrance de cette spécialité ne doit pas entrainer une dépense supplémentaire supérieure à la dépense qu'aurait entrainée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe.

II. Le «Tiers payant contre génériques » est dorénavant obligatoire.

1. Les objectifs collectifs

Le dispositif « tiers payant contre génériques » (TPCG) est une mesure publiée dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Avec la signature de la convention et de son avenant « génériques », fixant pour **2012 à 85 % le taux de substitution** à atteindre, les syndicats représentant les pharmaciens et l'assurance maladie ont réaffirmé leur souhait de faire appliquer strictement et de façon homogène cette loi. Le 1er juin, l'assurance maladie a réuni, comme elle s'y était engagée vis-à-vis des syndicats, ses directeurs de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour leur donner des consignes précises, doublées d'une lettre « Info dirigeant », adressée à toutes les caisses, le 15 juin, avec pour objectif l'application du dispositif à compter du 20 juin. La consigne est claire : **en l'absence de mention « non substituable »**, écrite de façon manuscrite et intégrale pour chaque médicament prescrit concerné, les assurés qui **refusent de se faire délivrer des génériques** doivent **faire l'avance des frais** des médicaments en question. En revanche, le reste de l'ordonnance peut faire l'objet du tiers payant.

2. Les objectifs individuels

Substitution générique sur une liste de 26 molécules, sur le reste du répertoire et sur 5 molécules commercialisées lors des seconds semestres 2011 et 2012.

Liste des molécules dans le répertoire au 30/06/2011 de l'accord national visé à l'article L.162-16-7 du code de la sécurité sociale (tableau 6).

Numéro indicateur	Indicateur	Seuil bas	Moyenne	Seuil intermédiaire	Economie potentielle
1	PRAVASTATINE	70%	90%	95%	6,2 M€
2	CEFPODOXIME	69%	89%	94%	2,5 M€
3	CITALOPRAM	68%	88%	93%	1,8 M€
4	PAROXETINE	68%	88%	93%	3,7 M€
5	RAMIPRIL	67%	87%	92%	7,4 M€
6	AMLODIPINE	66%	86%	91%	5,6 M€
7	LANSOPRAZOLE	64%	84%	89%	4,3 M€
8	ALFUZOSINE	64%	84%	89%	1,9 M€
9	ZOLPIDEM	62%	82%	87%	2 M€
10	SERTRALINE	62%	82%	87%	2,2 M€
11	PANTOPRAZOLE	60%	80%	85%	9,3 M€
12	VENLAFAXINE	60%	80%	85%	5,4 M€
13	GLIMEPIRIDE	60%	80%	85%	2,2 M€
14	VALACICLOVIR	57%	77%	82%	7,0 M€
15	LERCANIDIPINE	49%	69%	74%	9,9 M€
16	TERBINAFINE	50%	70%	75%	3,4 M€
17	RISPERIDONE	48%	68%	73%	10,2 M€
18	TRAMADOL	41%	61%	66%	6,4 M€
19	CLOPIDOGREL	41%	61%	66%	46,9 M€
20	ESOMEPRAZOLE	38%	58%	63%	48,7 M€
21	LOSARTAN	36%	56%	61%	9 M€
22	NEBIVOLOL	30%	50%	55%	13,2 M€

23	REPAGLINIDE	22%	42%	47%	9,9 M€
24	LOSARTAN+HCTZ	23%	43%	48%	12,6 M€
25	RISEDRONATE	17%	37%	42%	10 M€
26	MYCOPHENOLATE MOFETYL	10%	10%	30%	31,2 M€
27	Reste répertoire	56%	76%	81%	136,3M€

L'atteinte du seuil de 85% générerait une rémunération moyenne de 3000€ par pharmacie par an versée au premier trimestre 2013.
Pour 90% des patients de plus de 75ans, la délivrance de génériques d'une seule marque sur une même année représente 11 molécules différentes.

3. Lettre aux pharmaciens

(Annexe 4)

4. Les modalités d'application

• Le dispositif « tiers payant contre génériques » concerne tous les génériques du Répertoire hormis les molécules faisant l'objet de recommandations de l'ANSM : antiépileptiques, lévothyroxine et fentanyl. Concernant Subutex, les caisses doivent avoir un « suivi particulier », indique la CNAM qui devrait donc faire preuve de tolérance à cet égard.
• Cette disposition s'applique à tous les assurés sociaux quel que soit leur régime (régime général, MSA, RSI, Mutuelles des fonctionnaires, SNCF, EDF…) et leur situation (bénéficiaire de la CMU ou exonéré du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée).
• En l'absence de mention « non substituable », écrite de façon manuscrite et en toutes lettres pour chaque médicament prescrit concerné, les assurés qui refusent de se faire délivrer des médicaments génériques doivent faire l'avance des frais des produits en question. Le reste de l'ordonnance peut faire l'objet de tiers payant.
• En cas de refus du patient, le pharmacien établit un volet de facturation papier que le patient adresse lui même avec les vignettes des médicaments correspondants, à l'assurance maladie.

5. Les contrôles et les sanctions

– Le contrôle est effectué par les caisses d'assurance maladie. Le suivi est réalisé tous les 15 jours par voie informatique sur toutes les pharmacies en croisant le taux de tiers payant de la pharmacie avec celui de la substitution. En cas d'écart trop important, la CPAM vérifie sur pièces.
– Les sanctions sont échelonnées et progressives : courrier d'avertissement avec menace de rejet des lots, puis mise en place des rejets de lots. Attention ! Ces rejets de lots peuvent s'appliquer aux pharmaciens qui ont un taux de substitution compris entre 60 et 85 %.
– Les pharmaciens qui ont un taux de substitution inférieur à 60 % peuvent, en outre, encourir des sanctions conventionnelles prononcées par la Commission paritaire locale (CPL). La CPL envoie une première lettre au pharmacien concerné. Si ce dernier ne réagit pas, elle lui adresse

une deuxième lettre 15 jours après, et, s'il le faut, le convoque 15 jours après. Les sanctions peuvent consister en un déconventionnement d'une durée n'excédant pas 4 ans.

Si le pharmacien ne procède pas ainsi, il encourt des incidents de paiement. Les caisses se sont engagées à revenir vers les médecins qui utilisent le NS de façon systématique. L'avenant de la convention pharmaceutique portant sur les génériques précise que les pharmaciens, en dessous d'un taux de substitution de 60 %, s'exposent à des sanctions conventionnelles. Les commissions paritaires locales rappelleront à l'ordre ces pharmaciens et les sanctionneront si besoin est.
« C'est une opération "renversement de tendance" qui est très importante, insiste Gilles Bonnefond. Il faut éviter tout changement de modèle économique pour le générique. Et les économies générées vont financer le suivi des patients sous AVK et de nouvelles missions. »

Les objectifs de cette mesure sont :

- de faire progresser le taux de pénétration du générique
- soutenir l'exercice du droit de substitution du pharmacien.

l'Assurance Maladie
Gestion du Risque

santé
famille
retraite
services

RSI Régime Social des Indépendants

Lettre aux pharmaciens

Metz, le 10 juillet 2012

N/Réf. : 12 RPS Th YD/GD

Objet : Dispensation des médicaments génériques

Madame, Monsieur,

Les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine (FSPF, UNPF et USPO) et les représentants de l'Assurance Maladie ont convenu de la nécessité de renforcer le dispositif "tiers payant contre génériques" lors de la conclusion de l'avenant n° 6 à l'accord national portant sur la délivrance de médicaments génériques.

Les modalités de renforcement de ce dispositif ont par ailleurs été actées lors de la réunion de la Commission Paritaire Nationale du 6 juin 2012, lors de la Commission Paritaire Régionale du 2 juillet 2012 et de la Commission Paritaire Locale du 19 juin 2012.

Ce renforcement se justifie d'autant plus que le taux de délivrance des génériques dans notre département s'établit à 66,74 % en mai 2012.

Aussi, dès réception du présent courrier, une stricte application du tiers payant contre génériques doit être mise en œuvre dans votre officine selon les modalités figurant en annexe.

Vous trouverez ci-joints des affiches et des flyers pour l'information de vos patients.

Concernant votre officine, nous avons relevé, sur le mois de mai, un taux de génériques de ... % pour une part de tiers payant de ... %. Des informations vous seront communiquées régulièrement, dans le courant de l'été, afin de vous permettre de suivre l'application du dispositif.

Nous vous précisons également, qu'en l'absence du respect des dispositions précitées à partir du mois de septembre 2012, vos factures en tiers payant comportant des princeps substituables et non substitués pourront faire l'objet d'un rejet. Ces factures devront alors être rectifiées par la facturation, à l'assuré, des princeps non substitués à tort, selon les modalités prévues en cas de refus de génériques.

Vous serez informés préalablement à la mise en œuvre de cette procédure coercitive à laquelle, nous le souhaitons, il ne sera pas utile de recourir.

Enfin, nous vous signalons que l'Assurance Maladie va rappeler aux médecins prescripteurs et aux assurés leurs obligations respectives.

Nous comptons sur votre implication pour l'application stricte de ce dispositif qui, tout en préservant la santé des malades, doit permettre de pérenniser notre système de santé.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie :	Le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole :	Le Directeur du Régime Social des Indépendants :
Emmanuelle LAFOUX	Jean-Marie GERARD	Daniel BOURGER

Contact :
Votre ligne dédiée ☎ 03 87 70 93 70 - www.ameli.fr

CPAM de Moselle 15-22 rue Haute-Seille 57751 METZ CEDEX 9	MSA Lorraine 15 avenue Paul Doumer 54607 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX	RSI Lorraine 35 rue des Cinq Piquets 54001 NANCY CEDEX

Bibliographie

[1] Groupe Société et Vieillissement
La dépendance : les concepts ; les chiffres ; les opinions, 2011, 1-3

[2] Dr. Jouany Sémiologie Médicales CHU de Rennes
Particularités sémiologiques chez le sujet âgé, 2002

[3] Ennuyer B.
Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation, Paris : Édition Dunod, 2006

[4] Delomier Y.
Le vieillard dépendant, approche de la dépendance, 1973,12, 9 p

[5] COLIN C.
L'outil AGGIR, Etudes et Résultats, DREES, 2000, 94, 6 p

[6] Lechat P.
Abrégé de pharmacologie médicale, Paris : Édition Masson, 1975

[7] Callanquin J., Labrude P.,
Prise en charge de la personne âgée à domicile (matériel, médicament, CRAM, réseau de santé), tables rondes de l'internat epu pharma lorraine, 2006

[8] Le Moniteur des Pharmacies
Prévenir l'iatrogénie à l'officine, le Moniteur des Pharmacies cahier de Formation, 2011, 2900

[9] Manckoundia P., Perennou D., Pfitzenmeyer P., Mourey F.
La rétropulsion du sujet âgé, La Revue de Médecine Interne, 2007, 28, 4, 242-249

[10] Legrain S.
Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, Paris: HAS, 2005.

[11] HAS, Société Francaise de Documentation et de Recherche en Médecine Générale
Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, 2005, 1-12

[12] Le Moniteur des Pharmacies
Prévenir l'iatrogénie à l'officine, le Moniteur des Pharmacies cahier de Formation, 2011, 2900

[13] Belmin J., Chassagne P., Friocourt P., Gonthier R., Jeandel C., Nourhashemi F., Pfitzenmeyer P.
Gériatrie, les chutes, Paris : Édition Masson, 2009

[14] Le Moniteur des Pharmacies Formation
Le patient à domicile, le Moniteur des Pharmacies cahier de Formation, 2011, 2897

[15] Callanquin J., CamuzeauxC., Labrude P.
Abrégé : le matériel de maintien à domicile, Paris : Édition Masson, 1998

[16] La Revue Prescrire
Eviter l'évitable, la Revue Prescrire, 2005, 267

[17] AFSSA
Evaluation des besoins nutritionnels chez les personnes âgées fragiles ou atteintes de certaines pathologies afin de définir des références nutritionnelles permettant d'adapter leur prise en charge nutritionnelle, Maison Alfort, 2009, 2008-SA-0279

[18] Belmin J., Chassagne P., Friocourt P., Gonthier R., Jeandel C., Nourhashemi F., Pfitzenmeyer P.
Gériatrie, la dénutrition du sujet âgé, Paris : Édition Masson, 2009

[19] Legrain S.
Troubles nutritionnels du sujet âgé, 2001, 36, 17

[20] Clinutren
Compléments Nutritionnels Oraux, brochure Clinutren, 2011, 6 p

[21] Fortimel
Compléments alimentaires, brochure, 2012, 4 p

[22] National Pressure Ulcer Advisory Panel
http://www.npuap.org/resources
(Page consultée le 25 avril 2012)

[23] Barrois B., Colin D., Desjobert S.
L'escarre, évaluation et prise en charge, Paris : Édition Frison Roche, 1995, 146 p

[24] Le Moniteur des Pharmacies
Le patient à domicile, le Moniteur des Pharmacies cahier de formation, 2011, 2897

[25] Profession Pharmacien
Maintien à domicile : les leviers d'action de l'officine, 2012, 74, 30-34

[26] Charitansky H., Fromantin I.
Mémo plaies et cicatrisation, Paris : Édition Lamarre, 2007

[27] Haab F.
Mieux vivre les fuites urinaires: Incontinence urinaire de la femme, guide Hartmann, 2001.

[28] Le Moniteur des Pharmacies
Dispositifs médicaux de la voie urinaire, le Moniteur des Pharmacies cahier de formation, 2010, 2850

[29] Hartmann
Catalogue des produits Hartmann, 2010, 21p

[30] le Moniteur des Pharmacies
Tous sur les sondes, le Moniteur des Pharmacies cahier de Formation, 2002, 2458

[31] AFSSAPS
Prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, 2005

[32] Groupe de travail du Collège Français des Pharmaciens Conseillers et Maitres de Stage
Guide de stage de pratique professionnelle en officine, Paris : Édition l'Ordre des Pharmaciens Conseil Central A des Pharmaciens titulaires d'officine, 2012, 114 p

[33] Jain P., Parada PJ., David A., Smith LG.
Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients, Arch Intern Med., 1995, 155, 1425-9

[34]http://psy-generale-secteurs.hugge.ch/enseignement/formation_continue/SPAFMC_symposia.html
(Page consultée le 18 mai 2012)

[35] Le moniteur des Pharmacies
La dépression chez l'adulte, le Moniteur des Pharmacies cahier de formation, 2009, 2807

[36] Talbert M., Willoquet G., Gervais R.
Guide Pharmaco Clinique, Paris : Édition Le Moniteur des Pharmacies, 2011, 1375-1399

[37] HAS
Arbre décisionnel dépression caractérisée
www.has-sante.fr
(Page consultée le 15 septembre 2012)

[38] Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H., et le groupe Médipath
Médicaments psychotropes: consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine, la Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 34, 2003,75

[39] Royan-Parola S.
Quelles sont les règles simples pour aider les personnes âgées en institution à lutter contre les troubles du sommeil ?, interview vidéo, HAS

[40] Revue Lehning & Moi
Réapprendre à bien dormir, 2012, 8 p

[41] HAS
Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale, Recommandations pour la pratique clinique, 2006, 18 p
www.has-sante.fr
(Page consultée le 23 septembre 2012)

[42] Zarifian E.
La prescription des médicaments psychotropes : usage, mésusage et abus. Bull Academy National Med, 1998, 182, 1439-46

[43] HAS
Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, 2007
www.has-sante.fr
(Page consultée le 23 septembre 2012)

[44] Talbert M., Willoquet G., Gervais R.
Guide Pharmaco Clinique, Paris : Édition Le Moniteur des Pharmacies, 2011, 1325-1335

[45] Fleurentin J., Hayon J.C
Les plantes qui nous soignent : traditions et thérapeutiques, Édition Ouest-France, 2007

[46] Le moniteur des Pharmacies
Les insomnies, le Moniteur des Pharmacies cahier de formation, 2011, 2896

[47] Dupin-Spriet Th., Garot-Chabrot Ch., Wierre P., Luyckx M
Le pharmacien et l'observance : aller au-delà de la dispensation pour une prise en charge pharmaceutique. Actualités Pharmaceutiques, 2002, 412

[48] GEMME
Le médicament générique
http://www.medicamentsgeneriques.info
(Page consultée le 17 aout 2012)

[49] Ordre national des pharmaciens
Le dossier pharmaceutique : Chiffres, mode d'emploi, perspectives et acteurs majeurs : l'essentiel pour mieux comprendre cet outil professionnel, les cahiers de l'ordre national des pharmaciens, 2011

[50] Collectif des groupements de pharmaciens
Dossier génériques, 14 p

Bibliographie des figures

1. http://www.equipmedicale.com (page consultée en décembre 2011)

2. http://www.equipmedical.com (page consultée en décembre 2011)

3. http://www.equipmedical.com (page consultée en janvier 2012)

4. http://www.equipmedical.com (page consultée en janvier 2102)

5. http://www.equipmedical.com (page consultée en janvier 2012)

6. http://wwequipmedical.com (page consultée en janvier 2012)

7. http://www.sphere-sante.com (page consultée en avril 2012)

8. http://www.sphere-sante.com (page consultée en avril 2012)

9. http://www.sphere-sante.com (page consultée en avril 2012)

10. http://www.sphere-sante.com (page consultée en avril 2012)

11. http://www.sphere-sante.com (page consultée en avril 2012)

12. http://www.has-sante.fr
Psycho SA et Dépression, Arbre décisionnel « Dépression caractérisée »

13. http://www.lehning.com (page consultée en juin 2012)

14. http://www.boiron.com (page consultée en juin 2012)

15. http://www.pilbox-shop.com (page consultée en septembre 2012)

16. http://grangeblanche.com/2011/06/15/risque-de-confusion-previscan-et-generiques-2/

N° d'identification :

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE DE LORRAINE**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 14 décembre 2012

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE présenté par : **Delphine PENSIVY** Sujet : **Gestion des difficultés et de l'entourage du sujet âgé en perte d'autonomie à l'officine** Jury : Président : LABRUDE PIERRE Directeur : CALLANQUIN JACQUES Juges : DE BISSCHOP OLIVIER PICAUT MARIE HELENE	Vu, Nancy, le 9 novembre 2012 Le Président du Jury Directeur de Thèse
Vu et approuvé, Nancy, le 9 novembre 2012 Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine, p.o *Francine PAULUS* Francine KEDZIEREWICZ Vice-doyen	Vu, Nancy, le 23-11-2012 Le Président de l'Université de Lorraine, *Pierre MUTZENHARDT* N° d'enregistrement : 5093

TITRE

Gestion des difficultés et de l'entourage du sujet âgé en perte d'autonomie à l'officine

Thèse soutenue le 14 Décembre 2012

Par Delphine PENSIVY

RESUME :

Aujourd'hui, le sujet âgé entre 65 et 80 ans représente la majorité de la clientèle officinale, la plupart étant confrontés quotidiennement à des problèmes ou des évènements qui perturbent, ralentissent et dégradent leur indépendance.

Le pharmacien d'officine étant le professionnel de santé le plus proche de ses patients, il est indispensable que celui-ci se mobilise et qu'il agisse dans le but de dépister, identifier et apporter au patient et à son entourage, la solution adéquate au divers problèmes de santé qu'ils peuvent rencontrer : chute, dénutrition, escarre, incontinence urinaire…
De plus, la profession officinale est en pleine évolution et subit actuellement de nombreux changements, notamment sur la substitution des médicaments. Nous verrons les limites de la prescription générique chez la personne âgée ainsi que les conseils indispensables pour mener à bien cette nouvelle réforme tout en garantissant une observance optimale quant à leur traitement.

En 2050, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans où plus, contre un sur cinq en 2005. C'est pourquoi la prise en charge et l'amélioration du confort du sujet âgé à domicile est une mission du pharmacien à ne pas négliger.

MOTS CLES :
sujet âgé, vieillissement, perte d'autonomie, officine

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mr Callanquin Jacques		**Expérimentale** □ **Bibliographique** X **Thème 6**

Thèmes	**1–Sciences fondamentales** **3 – Médicament** **5 - Biologie**	**2 – Hygiène/Environnement** **4 – Alimentation – Nutrition** **6 – Pratique professionnelle**