Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2014 ; 12 (2) : 121-2

L'observance médicamenteuse chez la personne âgée : une ambition collective

The medication adherence in the elderly: a collective goal

Est-il nécessaire de rappeler la surconsommation de médicaments par les personnes âgées et le prix élevé payé aussi bien par la collectivité en termes de coût pour l'assurance-maladie, que par les personnes elles-mêmes en termes d'accidents iatrogéniques et d'hospitalisations non programmées ?

Ces affirmations égrènent les présentations, articles et rapports sur le sujet depuis bientôt trente ans, sans que la situation soit prise en compte dans son ampleur. Nul n'est besoin d'être expert en politique ou en économie de santé pour percevoir qu'une logique collective soutenait plutôt la consommation de médicaments que le discernement de leur utilisation. Parmi les causes de cette course à la prescription, les bénéfices des laboratoires pharmaceutiques et leur relais de promotions viennent en premier à la réflexion, mais il n'est pas sûr que ce soit l'élément déterminant. En effet, pour chaque médecin la prescription médicamenteuse était, et est souvent encore, le truchement qui permettait à la fois de montrer l'utilité de la consultation vis-à-vis du patient, de montrer indirectement sa compétence médicale qui était supposée dans la démarche du patient et, sous couvert de la qualité de la production de médicament et des études qui ont prévalu à leur commercialisation, la balance bénéfice/risque semblait pencher vers un avantage dans la grande majorité des situations. Cette habitude de prescrire devient alors progressivement le moyen ou plus exactement l'instrument de la relation médecin/malade. À tel point que les patients deviennent demandeurs de la prescription, imposant parfois leur liste !

Les accusateurs de ce système et les contrôleurs des dépenses d'assurance-maladie ont utilisé de mauvais arguments. Prenant ce qu'ils avaient sous la main, si j'ose dire, ils ont résumé leur accusation au nombre de médicaments pris quotidiennement par les patients. Ainsi plus de cinq médicaments devenait le chiffre fatidique au-delà duquel il y a trop de médicaments. Les recommandations de prescription à la suite d'un infarctus du myocarde, par exemple, imposent d'emblée ce nombre de médicaments en l'absence des traitements des facteurs de risque vasculaires. Il est alors aisé de faire un procès en incompétence. Les recommandations issues de la naissance de l'Andem puis de l'HAS, par une analyse centrée par pathologie, favorisent le bon usage dans le contexte de la maladie étudiée, mais n'offrent pas un regard croisé entre les spécialités, créant involontairement les conditions de l'empilement des exigences de prescription par pathologie. Des démarches comme le PMSA visent à corriger cet effet additif des recommandations, mais il n'est que de constater la difficulté à promouvoir cette démarche pour mesurer la résistance passive du système dans son ensemble. Le parcours de soins peut être une réponse mais l'on voit déjà certains parcours de soins s'afficher par maladie (parcours diabète, parcours asthme), et si l'on n'y veille pas, ils seront à leur tour les promoteurs de l'addition de prescription par pathologie.

Que faire ?

Une première réponse serait de considérer la personne âgée à risque de dépendance comme une entité qui permettrait au sein d'un parcours adapté (Paerpa) de réviser les prescriptions pour en réduire les effets délétères. Cette démarche se nourrit de l'expérience de l'évaluation gériatrique standardisée, d'une part, et des travaux visant à faire l'analyse des prescriptions [1] et de repérer les traitements inappropriés [2] d'autre part. Cette démarche promue par le haut conseil à l'avenir de l'assurance-maladie et repris par le ministère ensuite, va dans le bon sens de manière incontestable. Mais, elle n'est pas la solution en-soi. Pourquoi le fait d'être inapproprié sur des listes de médicaments construites sur la prévalence des effets iatrogènes sur des populations de personnes âgées, devrait rendre la molécule inappropriée pour un patient donné porteur d'une pathologie pour laquelle les recommandations proposent cette molécule ? Cela reviendrait à considérer que les recommandations sont faites uniquement pour les patients adultes jeunes ou dans le cas de patients âgés, mais pas trop pour ne pas être qualifié « à risque de dépendance ». Dans l'excès on aboutit à la proposition d'une liste de médicaments pour les patients en Ehpad

doi:10.1684/pnv.2014.0478

Pour citer cet article : Berrut G. L'observance médicamenteuse chez la personne âgée : une ambition collective. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2014; 12(2) :121-2 doi:10.1684/pnv.2014.0478

qui, par extension, deviendrait vite la liste pour vieux quel que soit leur lieu de vie. Ce d'autant que 50 % des patients dépendants de GIR 2 vivent à leur domicile !

Un autre type de réponse, qui ne substitue pas mais complète la première, est de promouvoir une bonne observance médicamenteuse. Les avantages sont nombreux : une personnalisation de la prescription par l'obligation d'entreprendre une éducation thérapeutique, cette éducation devant prendre en compte l'entourage des aidants naturels ; la nécessité de s'expliquer sur la raison de la prescription, de donner un diagnostic que l'on partage et de décrire les effets secondaires possibles non pas comme une liste mais comme une information que l'on désire partager avec le patient et son entourage. Il faut également donner la répartition des traitements au cours de la journée et apprécier quelle est la meilleure forme galénique. Elément clé de la prescription, l'observance impose que l'on fournisse au patient les moyens de la surveillance du traitement et que l'on s'explique sur la durée de la prescription. Afin que cette information soit adaptée et que l'on réserve cette démarche longue à ceux qui en ont le plus besoin, il faut déterminer les patients à risque de non-observance, et c'est dans ce cadre que l'article [3] de ce numéro sur l'observance est publié dans le prolongement du précédent [4]. Le financement de l'assurance-maladie au titre d'un parcours et non plus uniquement d'un acte permettra, nous le souhaitons, que ces prises en charges soient possibles.

Mais quel serait le bénéfice pour les professionnels ?

Si on analyse les conséquences de ces démarches on constate des avantages que l'on peut simplement citer :

– personnalisation de la relation médecin malade qui fidélise les patients ;

– personnalisation qui justifie ce que porte la médecine générale, en particulier de volonté de proximité et d'accompagnement dans la durée ;

– opportunité pour les pharmaciens de s'inscrire dans la prise en charge dans leur spécialité et leur connaissance approfondie des traitements et de leurs différentes formes ;

– opportunités pour les soignants à domicile pour s'extraire de rôle purement technique, pour avoir un rôle d'interlocuteur pédagogique et mise en possibilité de donner l'alerte sur les effets secondaires ;

– opportunité pour les laboratoires pharmaceutiques de proposer un service. À l'heure où le générique vient se substituer à celui qui a conçu le traitement ou qui en a assuré la diffusion, l'observance médicamenteuse est un objectif qui met à l'honneur le service rendu, et par là la possibilité de fidéliser des patients qui trouveront un suivi, un conseil, un logiciel d'apprentissage ou tout autre moyen pour favoriser l'adhérence au traitement.

Gilles Berrut

Références

1. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (screening tool of older persons' prescriptions) and START (screening tool to alert doctors to right treatment) : consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008 ; 46 : 72-83.

2. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997 ; 157 : 1531-6.

3. Vejux J, Galery K, Binjamin S, Ghali A, De Decker L, Berrut G. Adaptation des grilles de non-observance à la personne âgée : vers la construction d'une nouvelle échelle de non-observance gériatrique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2014 ; 12 : 139-54.

4. de Decker L, Gouraud A, Berrut G. Adhérence et persistance chez le sujet âgé. *Geriatr Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2011 ; 9 : 29-38.