

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année : 2019

N° 2019-102

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Marine CHAMPIGNEUX née le 21 juin 1988 à Sèvres

---

Présentée et soutenue publiquement le 04 juillet 2019

---

**PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PERSONNES  
ÂGÉES AYANT DÉPASSÉ LEUR ESPÉRANCE DE VIE ET PRÉSENTANT UN  
VIEILLISSEMENT RÉUSSI**  
**Étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Renaud DEFEBVRE

Membres du jury : Madame la Professeur Dominique NAVAS HOUSSAIS  
Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY

*« La santé n'est pas un bien à acquérir, mais un but à poursuivre. »*

# Table des matières

---

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>3</b>
<b>SERMENT MÉDICAL</b> .....	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>6</b>
<b>ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	<b>8</b>
<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>9</b>
1. LE VIEILLISSEMENT .....	9
1.1 <i>Définitions</i> : .....	9
1.2 <i>Les conséquences</i> : .....	9
2. MÉDICAMENTS ET PERSONNES ÂGÉES .....	11
2.1 <i>Consommation médicamenteuse</i> : .....	11
2.2 <i>Prescriptions</i> : .....	12
2.3 <i>Outils de réévaluation de l'ordonnance</i> : .....	12
3. DÉPENDANCE, FRAGILITÉ ET VIEILLISSEMENT RÉUSSI : PRISE DE RECUL PROGRESSIVE .....	13
3.1 <i>De plus en plus de personnes âgées dépendantes</i> : .....	13
3.2 <i>Un pas vers la prévention, le concept de fragilité</i> : .....	14
3.3 <i>En cherchant plus loin, étude du vieillissement réussi</i> : .....	15
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>20</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>21</b>
1. LA BIBLIOGRAPHIE .....	21
2. LE CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE .....	21
3. POPULATION ÉTUDIÉE.....	21
4. RECUEIL DES DONNÉES.....	22
4.1 <i>Caractéristiques de la chercheuse</i> .....	22
4.2 <i>Guide d'entretien</i> .....	22
4.3 <i>Mode de recueil : Entretien semi-directif</i> .....	22
4.4 <i>Consentement des patients</i> .....	23
5. ANALYSE DES DONNÉES.....	23
5.1 <i>Retranscription</i> .....	23
5.2 <i>Codage</i> .....	23
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>25</b>
1. ÉCHANTILLON .....	25
2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION .....	25
<b>ANALYSE</b> .....	<b>26</b>
1. LA SANTÉ .....	26
1.1 <i>Bonne santé</i> .....	26
1.2 <i>Attribué en partie à la génétique</i> .....	26
1.3 <i>Absence de préoccupation de leur santé</i> .....	27
1.4 <i>Souhait de gestion autonome de leur santé</i> .....	27
1.5 <i>Recherche de la santé dans le mode de vie</i> .....	27
1.6 <i>Connaissance de soi</i> .....	28
1.7 <i>Santé relativisée par l'âge</i> .....	28
1.8 <i>Notion de chance, de bonheur</i> .....	29
1.9 <i>Peur de la perte d'autonomie</i> .....	29
1.10 <i>Refus de l'acharnement thérapeutique</i> .....	30
2. LE MÉDECIN TRAITANT .....	30
2.1 <i>Le relationnel</i> .....	30

2.2	<i>Les rôles</i>	36
3.	LES MÉDICAMENTS	39
3.1	<i>Définitions</i>	39
3.2	<i>Croyances</i>	39
3.3	<i>Classification</i>	40
3.4	<i>Efficacité</i>	42
3.5	<i>Effets indésirables</i>	42
3.6	<i>Modalité de prise</i>	44
3.7	<i>Observance</i>	46
3.8	<i>Automédication et médicaments sans ordonnance</i>	47
3.9	<i>Influence des lobbys</i>	49
4.	SOURCE D'INFORMATION EN SANTÉ	49
4.1	<i>Source principale</i>	49
4.2	<i>Source secondaire</i>	49
5.	ANALYSE DES ORDONNANCES	52
<b>DISCUSSION</b>		<b>55</b>
1.	RÉSULTAT PRINCIPAL	55
2.	DISCUSSION DES RÉSULTATS ÉCLAIRÉS PAR LA LITTÉRATURE	55
2.1	<i>Définition utilitariste des médicaments</i>	56
2.2	<i>Limitation du nombre de traitement</i>	57
2.3	<i>Bonne relation avec leur médecin traitant</i>	58
2.4	<i>Connaissance de leur santé et de leurs médicaments adaptés à leurs besoins</i>	59
2.5	<i>Préoccupation limitée de leur santé</i>	59
2.6	<i>Une observance satisfaisante et une automédication limitée</i>	60
2.7	<i>Capacité à alerter sur les effets indésirables ressentis</i>	61
2.8	<i>Schéma récapitulatif</i>	61
2.9	<i>Des ordonnances imparfaites</i>	63
2.10	<i>Cohérence avec les facteurs prédictifs de vieillissement réussi déjà connu</i>	63
2.11	<i>Des situations médicamenteuses à risque non appréhendées</i>	64
3.	FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	64
3.1	<i>Statut de l'enquêtrice</i>	64
3.2	<i>Recrutement</i>	64
3.3	<i>Recueil de données</i>	64
3.4	<i>Absence de triangulation des données</i>	65
4.	FORCES DE L'ÉTUDE	65
4.1	<i>Sujet d'actualité</i>	65
4.2	<i>Population étudiée</i>	65
4.3	<i>Utilisation du logiciel N'Vivo®</i>	65
4.4	<i>Méthodologie qualitative</i>	65
5.	PERSPECTIVES	66
<b>CONCLUSION</b>		<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>68</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>75</b>

## SERMENT MÉDICAL

---

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

---

À Monsieur le Professeur Gilles BERRUT,

Merci pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de juger ce travail

Au Docteur Renaud DEFEBVRE,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail avant même de me connaître, avant que le sujet ne soit clairement défini. Merci de m'avoir suivi dans une méthodologie qui t'étais inconnue. Merci de ta disponibilité, de ton honnêteté et de ta bienveillance.

À Madame la Professeur Dominique NAVAS HOUSSAIS,

Merci pour l'intérêt porté à mon travail. Merci d'avoir accepté de venir juger mon travail.

Au Docteur Nicolas HOMMEY,

Merci d'avoir accepté de venir représenter la Médecine Générale au sein de mon jury de thèse.

Au Docteur Gilles REIGNIER

Merci de m'avoir guidé vers mon directeur de thèse et de m'avoir aidé à cheminer dans la réflexion de mon sujet. Merci aussi pour la qualité de ton enseignement.

Au Docteur Rosalie ROUSSEAU et à Mathilde PLARD, merci de beaucoup de votre aide méthodologique sans laquelle je n'aurais pas réussi à démarrer ma thèse.

Merci au Docteur FOIRRY, INTERLIGATOR, LACROIX et LE MOING-PELON de m'avoir consacré du temps pour trouver et contacter des patients à interviewer.

Un très grand merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer à mon étude. Merci de votre temps et de votre accueil chaleureux.

Paul, je ne te dirais jamais assez merci pour ta présence à mes côtés, pendant ce travail et tout au long de notre vie.

Maman, Papa, mes études se terminent enfin ! Merci d'être présents depuis le tout début. Merci de votre soutien, de votre confiance et de votre générosité à toute épreuve. Merci d'avoir pris le temps de relire ma thèse jusqu'à la dernière ligne !

Grand père, tu n'es plus là pour me lire, mais tu m'as soufflé mon sujet il y a déjà bien longtemps. Merci pour le temps que nous avons passé ensemble et merci d'avoir été fier de moi.

Petit frère, un immense merci pour ta précieuse relecture, merci de ta bonne humeur communicative ! Aurélie, merci de ton soutien et de ton attention. J'ai de la chance de vous avoir tous les deux.

Chantal, merci de ta relecture et de ta générosité.

Jo, qu'aurais-je fait sans toi ! SOS informatique, conseil en méthodologie qualitative, formateur N'Vivo et j'en passe ! Merci de m'avoir donné tout ce temps et merci pour ton amitié.

Ségo, merci de ton soutien, merci de m'avoir libérée tout le temps nécessaire à l'écriture de ma thèse, merci de ta relecture enthousiaste et de ton aide dès que j'en avais besoin. Merci Guitou d'avoir gravé les CDs et d'avoir occupé mon homme !

Audrey, merci de ta motivation, merci d'avoir relu ma thèse à l'autre bout du monde. Merci pour ta joie de vivre. Merci d'être toujours là quand on a besoin de toi !

Merci à ceux qui m'accompagnent depuis le lycée, merci de votre fidélité. Votre amitié est précieuse et nos chemins différents sont très enrichissants. Merci Caro, Romain, Pauline et Alex.

Merci à Paris Ouest, sur les bancs de la fac ou plus tard, on a ri, on a travaillé, on a mis notre première blouse, on a fait nos premiers pas à l'hôpital, que de bons souvenirs ! Merci Sophie d'être toujours aussi positive, je t'attends à Nantes ! Merci Camille, Delphine, Guérande et Reine.

Merci à tous les nantais, je ne pouvais rêver meilleur entourage pour refaire ma vie dans l'ouest ! Depuis Fontenay où tout a commencé, merci Laura, Sandrine, Marie et les Morganes ; à Challans où j'ai passé un semestre aussi fou qu'enrichissant, merci Maxime, Emma et Mickael, merci Anne, Mélissa, Guillaume et Stéphanie ;

à la Roche sur Yon je me souviendrais toujours de l'humanité et de la bienveillance de ce service, merci Mélanie et Ségo d'avoir mis un peu de joie et de bonne humeur pendant mes soirées à l'internat ;

à mes premiers pas en Médecine Générale, merci Michèle, Marie et Cornélia pour votre patience et votre bienveillance, merci de tout ce que vous m'avez appris ;

à mes second pas, merci Gilles, Marc et Thierry de m'avoir confié vos patientèles, de votre gentillesse, de vos conseils. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis.

à Bouaye, merci de me permettre de travailler en confiance et des échanges que l'on peut avoir dès que nécessaire.

Merci à tous ceux qui se sont rajoutés à cette liste au fur et à mesure, merci pour votre amitié : JB et Mathilde, Haissam et Marie cam, Hélène, Chloé, Jules, Guillaume, Gaëtan, Arié, Audrey, Camille et Flo.

Merci au scout toujours présent après tant d'années, Aurélien, Mej, Tonio, Aurélie et Claire A l'ISNAR, merci pour la rigueur, les relectures, les débats... mais surtout toutes ces belles rencontres, Ui-Ui et Paquet évidemment, Saupiquet, Minikeum, Birdy, Granule...

Un dernier merci pour tous mes relecteurs orthographiques, tout spécialement Cécile Defebvre.

## ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

---

ADL : Activity of Daily Living

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CKD EPI : Chronic Kidney Disease EPIdemiology

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DICTIAS : Diagnostic Indication Contre-indication Tolérance Interaction Ajustement de dose  
Sécurité

EGS : Évaluation Gériatrique Standardisée

IADL : Instrumental Activity of Daily Living

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

MDRD : Modification of Diet in Renal Diseases

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PIEA : Prescribing Indicators in Elderly Australians

PLM : Poids Lié aux Médicaments

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériologie

S.O.C : Sélection – Optimisation – Compensation

SOFRES : SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDES ET DE SONDAGES

STOPP/START : Screening Tool for Older Persons' potentially inappropriate Prescription/  
Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment

# PRÉAMBULE

---

## 1. Le vieillissement

L'avènement du vieillissement humain est considéré par certains comme une quatrième révolution. Les chercheurs et la population générale commencent tout juste à reconnaître l'importance du phénomène. Pourtant l'impact du prolongement de la vie et, par conséquent, le vieillissement de la population, commence à se faire sentir dans la société. Dans cette perspective, les recherches, les réflexions et les pratiques doivent se concentrer sur les facteurs de dépendance et de maladie et tout particulièrement sur la prise en charge thérapeutique de nos aînés. Elles doivent aussi trouver des interventions novatrices pour favoriser le bon vieillissement.

### 1.1 Définitions :

Le vieillissement est une notion difficile à caractériser du fait de la variabilité de son expression et de son caractère individuel. L'étude du vieillissement a donc nécessité la détermination d'un cadre d'étude plus précis.

La **Gérontologie**, du grec « géronte » qui signifie « vieil homme » est un terme introduit par *Metchnikoff* (1903) pour désigner une science nouvelle qui étudie le phénomène du vieillissement.

La **Gériatrie**, du grec « géronte » et « iatron » qui signifie guérir, s'inscrit dans le champ de la gérontologie clinique et peut être définie comme la science médicale de la personne âgée.

Le **vieillissement** a été défini dans le rapport de l'OMS (Organisme Mondial de la Santé) de 2002 comme une altération généralisée progressive des fonctions entraînant une perte de la réponse adaptative au stress alors que croît le risque de pathologies associées à l'âge (1).

En France, le plan national « Bien vieillir » retient la définition suivante : le vieillissement est l'effet général du temps sur un organisme biologique (2).

Au-delà de l'aspect métabolique de ces définitions, l'âge à partir duquel on est considéré comme une personne âgée est évolutif. Ainsi l'âge de début de la vieillesse était fixé à 56 ans pour Hippocrate (VI<sup>ème</sup> siècle avant Jésus Christ), 60 ans pour Saint-Augustin (354-430), 40 ans par le dictionnaire de Trévoux (XVIII<sup>ème</sup> siècle).

L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus (3). L'âge de 75 ans est plus communément retenu dans le milieu médical.

### 1.2 Les conséquences :

Le vieillissement entraîne un certain nombre de changements physiopathologiques et le déclin progressif de la plupart des systèmes de l'organisme. Une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, c'est à dire une diminution des capacités d'adaptation est alors observée. Les effets du vieillissement portent, entre autres, sur les capacités d'absorption, de distribution, sur le métabolisme et l'excrétion des médicaments. Ces modifications vont avoir une influence sur la pharmacocinétique des médicaments (4).

### 1.1.1 Modifications pharmacocinétiques :

L'absorption est modifiée par plusieurs facteurs :

- L'allongement du temps de la vidange gastrique,
- L'augmentation du pH gastrique,
- La diminution de la surface digestive,
- La diminution de la motilité gastro-intestinale,
- La diminution du flux sanguin splanchnique,
- La diminution de l'efficacité de certains systèmes de transport actifs.

Ces modifications physiologiques pourraient altérer la vitesse d'absorption et la quantité de médicament absorbée. La présence de comorbidités, la prise de nombreux médicaments, les habitudes alimentaires, la dysphagie, le reflux gastro-oesophagien, la constipation et le positionnement peuvent aussi altérer l'absorption des médicaments.

Le vieillissement de l'appareil digestif interfère, en pratique, assez peu avec l'absorption des médicaments.

La distribution et le transport se modifient aussi avec l'âge, on observe alors :

- Une diminution de l'eau totale et de la masse maigre de l'organisme, augmentant le risque de surdosage pour les drogues hydrosolubles.
- Une augmentation de la masse grasse augmentant les risques d'accumulation et de relargage prolongé pour les drogues liposolubles.
- Une diminution du taux d'albumine plasmatique et une réduction du nombre de ses sites de fixation, responsables d'une augmentation de la fraction libre active avec un risque de toxicité au pic.

Ceci aura des conséquences cliniques essentiellement pour les médicaments à marge thérapeutique étroite.

La métabolisation évolue au cours du vieillissement entraînant une diminution :

- Des capacités hépatiques à métaboliser un grand nombre de médicaments. Cette diminution s'applique différemment d'un médicament à l'autre. Elle est soumise à des variations interindividuelles (facteurs génétiques, environnementaux, états pathologiques, polymédication, dénutrition).
- De la masse hépatique d'environ un tiers,
- Du flux sanguin hépatique, proportionnellement plus important que la masse hépatique.

Ces deux derniers facteurs expliquent à eux seuls la diminution de la clairance hépatique d'un grand nombre de médicaments chez les sujets âgés.

L'excrétion rénale se réduit progressivement suite à la diminution :

- Du flux sanguin rénal,
- De la filtration glomérulaire,
- De la sécrétion tubulaire,
- De la réabsorption tubulaire.

La diminution de la filtration glomérulaire chez le sujet âgé rend compte des principales modifications des paramètres cinétiques (augmentation de la demi-vie, diminution de la clairance plasmatique des médicaments à élimination rénale). Elle justifie d'utiliser, pour les médicaments à élimination rénale ou dont le métabolite actif est éliminé par le rein (fluoxétine, morphine par exemple), des posologies adaptées.

Chez le sujet âgé, cette fonction rénale doit être appréciée à partir d'une estimation du débit de filtration glomérulaire par la formule MDRD (Modification of Diet in Renal Diseases) ou CKD EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology). Le taux sérique de créatinine n'est pas un bon marqueur de la fonction rénale dans cette population en raison d'une diminution de la production de

créatinine, elle-même liée à la diminution de la masse musculaire. En pratique quotidienne, lorsqu'il s'agit d'adapter les posologies de médicaments à élimination rénale, la clairance de la créatinine est évaluée grâce à l'équation de Cockcroft et Gault :

Chez la femme  $(140 - \text{Age}) \times \text{Poids (kg)} / \text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l})$

Chez l'homme  $(140 - \text{Age}) \times \text{Poids (kg)} \times 1,25 / \text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l})$

En effet, tous les résumés des caractéristiques des produits sont basés sur cette formule (5,6).

### 1.1.2 Modifications pharmacodynamiques :

La sensibilité des récepteurs varie. Elle est parfois plus importante, augmentant l'action du médicament, parfois moindre et l'action des médicaments est ainsi diminuée.

Certains organes sont ainsi particulièrement sensibles à certains médicaments :

- Le cerveau aux psychotropes,
- La vessie aux anticholinergiques (rétention aiguë),
- Le système nerveux autonome dont les mécanismes de contre - régulation (hypotension orthostatique, incontinence urinaire...) sont moins performants.

Les médicaments sont absorbés, agissent puis sont excrétés selon des mécanismes propres à chaque molécule. Chez la personne âgée, chaque étape peut être altérée ou modifiée entraînant des réactions non souhaitées des médicaments. La prescription médicamenteuse nécessite donc chez la personne âgée, une grande vigilance et des adaptations de dose et/ou de durée de traitement.

## 2. Médicaments et personnes âgées

### 2.1 Consommation médicamenteuse :

En 2011, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 44% de la consommation de médicaments en ville selon le rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale (Octobre 2012). 71% des plus de 50 ans et 86 % des plus de 75 ans prenaient des médicaments une ou plusieurs fois par jour, et ce, depuis plus de 10 ans, pour la moitié des cas. Les plus de 75 ans en prenaient en moyenne 4 par jour (7).

En un mois, 9 % des personnes âgées achetaient un médicament sans ordonnance et 4 % des médicaments acquis par les personnes âgées l'étaient sans ordonnance. Cependant la consommation de médicaments sans ordonnance diminuait avec l'âge (6 % de 50 à 59 ans et 1 % à partir de 80 ans). Les raisons de cette baisse de l'automédication au grand âge ne sont pas bien connues, mais cette diminution était retrouvée dès le début des années 1980 (8).

Les effets indésirables liés au médicament en population générale représentaient 22 actes sur 1000 (8). Ils étaient en cause dans 20% des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et dans 25% des admissions hospitalières des plus de 85 ans. Une autre étude réalisée en 2018 en maison de retraite, en France, retrouvait une surconsommation médicamenteuse chez 21% des patients et des prescriptions médicalement inappropriées chez 47% des patients étudiés. Cette même étude mettait en évidence l'augmentation du risque d'erreurs en cas de surconsommation médicamenteuse lors de la préparation et l'administration des traitements.

Selon une étude sur la fragilité et la consommation de médicaments en population âgée, les sujets dits robustes de plus de 65 ans consommaient en moyenne 12 médicaments différents par an. Les sujets dit fragiles en consommaient en moyenne 18 (9,10).

La littérature retrouve des taux de prescriptions médicalement inappropriées entre 15 et 89% selon les critères pris en compte(11,12).

Les personnes âgées sont donc parmi les plus gros consommateurs de médicament. Pour autant, ils se réfèrent principalement aux médicaments prescrits par leur médecin. Le rôle du médecin dans la bonne prescription du médicament est donc essentiel pour cette tranche de la population.

## 2.2 Prescriptions :

Le médecin généraliste est le principal prescripteur chez les sujets âgés, qui ont moins souvent recours aux spécialistes que les sujets plus jeunes (13). Les sujets polypathologiques et polymédicamentés sont le plus souvent exclus des essais cliniques ce qui complique une prescription optimale par le médecin (8).

De plus les sujets âgés cumulent plusieurs facteurs de risque de mauvaise observance. Le taux d'observance des traitements varie de 26% à 59% selon la définition retenue et la méthodologie utilisée. Ce défaut d'adhésion thérapeutique, dont l'impact clinique est mal connu, nécessite la mise en place de stratégies complexes, centrées sur le patient. L'âge en soi ne serait pas un facteur de mauvaise observance, à l'inverse, la sévérité de la maladie améliorerait l'observance des traitements (13).

Plusieurs modalités de prescription suboptimale chez le sujet âgé ont été décrites : l'excès de traitements (overuse), la prescription inappropriée ou utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus (misuse), et l'insuffisance de traitement (underuse) (8).

L'overuse se produit quand un médicament dont le bénéfice est incertain ou non évalué est prescrit et dispensé, mais aussi, par extension, lors d'un surdosage ou quand la durée du traitement est trop longue.

L'underuse correspond à la non-prescription de la molécule nécessaire, au sous-dosage et, par extension, à l'inobservance.

Le misuse est une situation observée lorsque le risque est supérieur au bénéfice ou lorsqu'il existe des interactions potentielles des médicaments entre eux et entre les médicaments et la pathologie.

Une expérience canadienne de diminution de la polymédication chez le sujet âgé, via une participation financière accrue des malades, s'est traduite par une diminution du nombre de médicaments pris, incluant des médicaments essentiels. Ceci a conduit à une aggravation de l'état de santé témoigné par un recours accru aux urgences hospitalières. Ainsi, une réduction à l'aveugle de la polymédication du sujet âgé ne paraît pas souhaitable (14).

Dans la pratique courante du médecin généraliste, il n'est pas toujours simple de réévaluer les ordonnances de ses patients. Par manque de temps le plus souvent, parfois par crainte de supprimer des traitements et de modifier l'équilibre précaire de la personne âgée (15). Il est donc intéressant de pouvoir les accompagner dans l'élaboration des ordonnances.

## 2.3 Outils de réévaluation de l'ordonnance :

Il existe des outils adaptés aux médecins généralistes comme aux autres spécialistes permettant de réévaluer les prescriptions. Il s'agit de repérer les médicaments inappropriés pour le patient mais aussi de mettre en évidence les médicaments qui lui sont profitables et qui ont été omis sur son ordonnance.

De multiples grilles de critères explicites pour la réévaluation de l'ordonnance ont été créés et évaluées de 1991 à nos jours. Les critères STOPP/START version 2 (Screening Tool for Older Persons' potentially inappropriate Prescription / Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)

(16), la 5<sup>ème</sup> version des critères de Beers ou encore la grille PIEA (Prescribing indicators in elderly Australians), semblent les mieux répondre aux besoins des professionnels de santé. Ces trois dernières, qui sont également les plus récentes, ont été développées par un panel d'experts composé, pour les critères de Beers et STOPP/START, de médecins et pharmaciens internationaux, selon une méthode respectant les principes de la médecine basée sur les preuves (17).

D'autres outils, comme DICTIAS (Diagnostic, Indication, Contre-indication, Tolérance, Interaction, Ajustement de dose, Sécurité) (18) sont des aides à la réflexion autour de l'ordonnance et sont particulièrement performant pour repérer la prescription sous optimale (19).

Il existe aussi la possibilité de réaliser un bilan de médication auprès du pharmacien. Il correspond à un entretien structuré avec le patient, qui comprend « l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du patient. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées » (20).

Il a été démontré que les bilans de médication ont un impact significatif sur la réduction de la polymédication, l'amélioration de la qualité de vie des patients, mais aussi sur la réduction des coûts globaux mensuels (21,22).

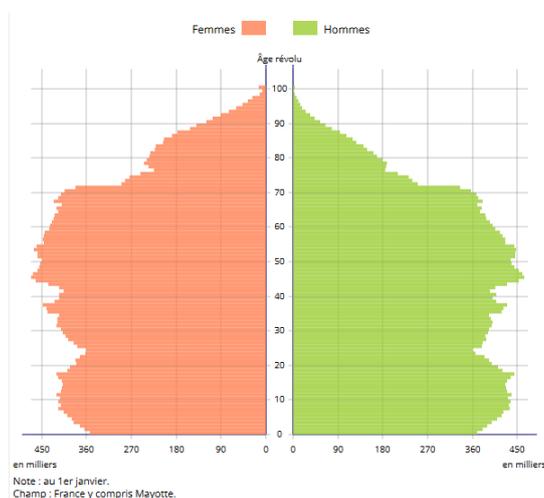
L'hétérogénéité de la population âgée nécessite un accompagnement et un suivi personnalisé de chaque individu. Il est important de s'adapter à l'état de santé de la personne plus qu'à son âge. Pour cela, il faut rechercher les facteurs de risque de maladie et de perte d'autonomie ainsi que ceux permettant le maintien d'une bonne qualité de vie et améliorant le bien-être.

### 3. Dépendance, Fragilité et Vieillesse réussie : prise de recul progressive

#### 3.1 De plus en plus de personnes âgées dépendantes :

La population âgée augmente au sein de notre société, comme présenté en figure 1, sur la pyramide des âges de 2018. Au 1<sup>er</sup> janvier 2019 les personnes âgées de 75 ans ou plus représentaient plus de 9 % de la population contre 7 % en l'an 2000. Les perspectives en 2060 montrent que cette même tranche de la population représenterait alors 16,2 % de la population française. Selon le panorama de la santé de l'OCDE 2018 l'espérance de vie, à la naissance, des hommes en France est de 79,4 ans et celle des femmes de 85,3 ans (23–25).

Figure 1 : Pyramide des âges en 2018



Depuis plusieurs années les scientifiques et les médecins s'évertuent à rechercher des solutions pour retarder et limiter l'évolution vers la dépendance. Plusieurs éléments ont été identifiés comme facteur décisif de la dépendance parmi lesquels : l'âge, le sexe, l'isolement et la santé. Le vieillissement est associé à des modifications physiologiques et physiques pouvant mener à la dépendance (26,27). Les femmes sont plus fréquemment dépendantes que les hommes selon plusieurs études (28). L'isolement et plus particulièrement le décès du conjoint entraîne une augmentation de la vulnérabilité et augmente le risque d'hospitalisation (29–31). La dégradation de la santé et l'accumulation de pathologies, en particulier liées aux troubles sensoriels, augmentent le risque de dépendance (32,33).

La dépendance peut être définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (34).

La loi n°97-60 du 24 janvier 1997, la définit comme l'« état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière» (35).

Le degré de dépendance d'une personne âgée dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit, et non directement de son état de santé. Il est le plus souvent évalué par l'index des activités de la vie quotidienne de *Barthel* (Activity of Daily Living–ADL) et l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (Instrumental Activity of Daily Living–IADL) de *Lawton et Brody* (36–38).

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur de santé publique.

Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,2 million de personnes âgées étaient dépendantes au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), soit environ 8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2040, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2 millions.

La prise en charge des personnes dépendantes par les pouvoirs publics (sécurité sociale, État, collectivités locales) et les ménages était estimée à 34,2 milliards d'euros en 2014. Elle concerne les dépenses, liées à la dépendance, de santé, d'hébergement et d'aide à la prise en charge spécifique de la perte d'autonomie. Le rythme de croissance de ces soins reste évolutif : + 4 % en moyenne annuelle de 2010 à 2015, contre + 12 % en moyenne de 2004 à 2009 (39).

L'augmentation parallèle de la population âgée et des personnes dépendantes rend nécessaire la mise en place d'une politique de prévention accrue chez les personnes âgées et de l'optimisation de leur prise en charge.

C'est pourquoi les gériatres se sont rapidement intéressés à un autre concept, celui de la fragilité et au moyen de dépister les personnes âgées dite fragiles.

### 3.2 Un pas vers la prévention, le concept de fragilité :

Il n'existe pas encore de consensus sur la définition de la fragilité mais la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) la définit ainsi : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut

réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible(40). »

La personne âgée perd donc progressivement sa capacité d'adaptation. Un état d'équilibre précaire s'établit alors entre les modifications physiologiques liées au vieillissement, les pathologies chroniques et la prise régulière de médicaments. Tout événement aigu, même anodin, peut alors faire décompenser rapidement la personne âgée (3).

L'état de fragilité prédispose à la perte d'autonomie fonctionnelle (41) et à une surmortalité (42).

Le modèle de référence pour le dépistage de la fragilité est fondé sur le modèle de *Fried*. Celui-ci a été développé aux États-Unis dans les années 2000. Il s'appuie sur les caractéristiques métaboliques de la fragilité.

Il est composé des 5 critères suivants :

- Perte supérieure ou égale à 4,5kg ou plus de 5 % du poids en un an
- Sensation d'asthénie ou d'épuisement généralisé
- Sédentarité (absence de marche, une ou deux marches par semaine)
- Vitesse de marche lente
- Baisse de la force de préhension mesurée à l'aide d'un dynamomètre

Si un ou deux critères sont présents, les patients peuvent être qualifiés de « pré-fragiles », si au moins 3 critères sont présents, les patients sont qualifiés de « fragiles », si les critères ne sont pas présents la personne est considérée comme « robuste » (43).

En France la prévalence de la fragilité est estimée à 15,5% des sujets âgés de plus de 65 ans vivant à domicile (44). En Loire Atlantique la prévalence des patients « pré-fragiles » et « fragiles » a été récemment évaluée à 42 % (45).

Le dépistage de ces patients « fragiles » et « pré-fragiles » repose principalement sur le médecin généraliste. Il est souvent rendu complexe par l'absence de plainte fonctionnelle émise par le patient. Lorsque le médecin généraliste arrive à dépister ces patients, il peut ensuite les orienter vers un service de Gériatrie afin de réaliser une Évaluation Gériatrique Standardisée (EGS). L'efficacité de l'EGS a été démontrée en termes de réduction de la morbi-mortalité (46). Elle permet la mise en œuvre d'actions concrètes auprès des populations fragiles. Elle a prouvé son efficacité lorsqu'elle est réalisée dans un service hospitalier adapté (47). Ces consultations gériatriques permettent de plus une réduction des dépenses de santé chez les personnes âgées fragiles (48).

Le constat de l'augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées a fait surgir une double perception : la vieillesse fragile, vulnérable et malade que nous venons d'aborder, en opposition à la vieillesse créative et active.

### 3.3 En cherchant plus loin, étude du vieillissement réussi :

Dans les années 1970, le docteur *Antonovsky* invente le concept de la salutogénèse. Ce concept désigne une approche centrée sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être (physique, mental, social, etc.), plutôt que d'étudier les causes des maladies (49).

D'autre part, dès le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle, on constate l'émergence de la Gériatrie.

Le lien entre le concept de salutogénèse et la Gériatrie a progressivement abouti à la notion de vieillissement réussi afin de promouvoir une vision positive de la vieillesse.

#### 3.3.1 Qu'est-ce que bien vieillir ? Historique et définitions

Deux théories émergent entre 1950 et 1960 : la théorie du désengagement de *Cumming et Henry*, et la théorie de l'activité de *Havighurst et Albrecht* (50).

La théorie du désengagement suppose que les personnes âgées se désengagent progressivement,

avec l'âge, des liens qui les unissent à la société.

La théorie de l'activité met en avant l'hypothèse qu'en vieillissant, le bien-être de la personne passe par le maintien des activités et des rôles sociaux à un niveau élevé. On peut y voir les prémisses de la théorie du vieillissement réussi.

Il n'existe pas à ce jour de consensus sur une définition du vieillissement réussi (51–54) En 2006, *Depp et Jeste* ont identifié 29 définitions du vieillissement réussi (55). En 2015, *Cosco* en identifie 105 dans sa revue de littérature (52). Les plus répandues sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Facteurs identifiés parmi les définitions théoriques du vieillissement réussi

Table 1. Items identified within theoretical definitions of successful aging.

Reference	Biomedical			Psychosocial			
	Absence of disease and related disability	High physical functioning	High cognitive functioning	Engagement with life	Happiness/life satisfaction	General well-being	Adaptation and control
Baltes and Baltes (1990)							✓
Berkman et al. (1993)	✓	✓	✓				
Garfein and Herzog (1995)		✓	✓	✓	✓		
Lee, Lan and Yen (2011)		✓	✓	✓		✓	
McLaughlin, Jette, and Connell (2012)	✓	✓	✓				
Menec (2003)		✓	✓		✓	✓	
Rowe and Kahn (1997)	✓	✓	✓	✓			
Strawbridge, Cohen, Shema and Kaplan (1996)		✓		✓			
Vaillant and Mukamal (2001)	✓			✓	✓	✓	
von Faber et al. (2001)		✓	✓	✓		✓	
Young et al. (2009)	✓	✓	✓	✓	✓		

Note. This table is not an exhaustive list of successful aging definitions; item titles adapted from a review of successful aging definitions conducted by Depp and Jeste (2006).

En 1987, *Rowe et Kahn* s'inscrivent dans le prolongement de la théorie de l'activité.

Les auteurs distinguent trois formes de vieillissement à l'échelle individuelle :

- Le vieillissement pathologique caractérisé par un cumul de deuils, de problèmes majeurs de santé : démence, dépression, affections cardiovasculaires, troubles sensoriels, troubles de la locomotion, associés fréquemment à une dénutrition qui, dans un contexte polypathologique, favorise l'apparition de pathologies aiguës.
- Le vieillissement « usuel » ou « habituel » dans lequel on constate une régression marquée des capacités fonctionnelles, sans que l'on puisse attribuer cet amoindrissement à une maladie de l'organe concerné.
- Le vieillissement « réussi » qui représente le maintien des capacités fonctionnelles ou leurs atteintes très modérées et l'absence de pathologie.

Il peut se caractériser par la réunion des 3 éléments suivants :

- Une durée de vie égale ou supérieure à l'espérance de vie moyenne
- Une bonne santé malgré l'existence d'une ou en général plusieurs maladies traitées ou bloquées dans leur évolution
- Un sentiment de bien-être et de qualité de vie, quel que soit son niveau dans une échelle quantitative des items matériels retenus.

Le vieillissement réussi est alors défini comme « un état, une condition objective et mesurable à un moment donné » (56).

Dans cette définition le sentiment de bien-être intègre les trois facteurs suivants :

- Des possibilités comportementales : motrices, cognitives, sensibles ;
- Un bien être psychologique : bonheur, optimisme, conformité entre les projets prévus et les projets atteints ;
- Un environnement satisfaisant : logement, voisinage, ressources, travail, activités ...

Toujours selon cette théorie, le vieillissement réussi peut être observé chez trois catégories de personnes :

- Les sujets qui, à un âge très avancé, gardent l'ensemble de leurs fonctions physiologiques dans un état satisfaisant (malgré l'existence de pathologie) ;
- Les sujets qui, disposant de fonctions moins bonnes, les améliorent au cours de leur vieillissement ;
- Les sujets qui se caractérisent par une bonne adaptation psychologique à ce qu'ils peuvent faire physiologiquement et à ce qu'ils ont envie de faire.

Ce modèle reste encore aujourd'hui le modèle dominant de la littérature, bien que très critiqué (57).

En 1990 *Baltes et Baltes* proposent une autre théorie du vieillissement réussi (58,59). Dans ce modèle psychosocial, le vieillissement réussi est envisagé dans une perspective dynamique. Les auteurs considèrent que le vieillissement, quel qu'en soit sa forme, se poursuivra et qu'il est possible pour les individus d'influencer, dans certaines limites, son évolution et ses conséquences. « Le vieillissement réussi n'est pas le résultat de diverses stratégies adaptatives, mais l'ensemble des stratégies adaptatives elles-mêmes, celles-ci ayant pour but de permettre l'accumulation, la préservation et la gestion des ressources dans le grand âge (60) ». À chaque étape du vieillissement, les personnes effectuent un travail d'adaptation et de reformulation pour contrôler et préserver leur vie.

*Baltes et Baltes* ont développé le modèle de sélection – optimisation – compensation (S.O.C.) pour décrire ces stratégies adaptatives.

La sélection se réfère aux objectifs de l'individu, à ses projets prioritaires à un moment précis, elle peut être basée sur le choix ou sur la perte.

L'optimisation représente les moyens permettant d'appliquer ces objectifs dans les meilleures conditions possibles.

La compensation arrive, en dernier recours, par l'adoption de moyens de substitution quand les moyens initiaux ne peuvent plus être utilisés ou n'ont plus d'effet.

« Très proche du modèle psychosocial, il met davantage l'accent sur les attributs individuels tels que la motivation, la capacité d'adaptation et la résilience comme déterminants majeurs du bien-vieillir ». Pour ces chercheurs, la définition du vieillissement réussi se doit d'inclure des critères subjectifs et objectifs multiples, reconnaissant les variations individuelles et culturelles existantes. Enfin, les influences de l'environnement sont intégrées pour analyser le soutien environnemental dont peuvent disposer les personnes âgées. Le modèle relationnel du S.O.C. comme les précédents modèles a autant suscité l'intérêt que les critiques.

On notera ensuite les travaux de *Kahana et Kahana* (61) qui proposent un modèle basé sur la théorie du stress et de la proactivité préventive et corrective. Selon leur théorie, les personnes âgées peuvent faire face à des facteurs de stress normatifs, des maladies chroniques, des pertes sociales et à certains manques de leur environnement. Malgré ces défis, la préservation de leur qualité de vie est possible dans la mesure où les personnes âgées peuvent faire appel à des ressources d'adaptation internes ou externes.

Les adaptations « proactives » permettent de compenser les effets négatifs des facteurs de stress sur la qualité de vie des individus. Elles favorisent l'amélioration ou le maintien des activités, des relations, des objectifs de vie et du bien-être. Ces auteurs prennent aussi en considération les influences environnementales et temporelles pour saisir la réussite du vieillissement.

Enfin le modèle de *Flood* en 2005 propose une approche considérant à la fois la santé physique, fonctionnelle et psychologique de l'individu, tout en ajoutant les composantes existentielles et spirituelles. La réussite du vieillissement est associée à la satisfaction personnelle de l'individu, à sa capacité à faire face et à s'adapter aux changements qu'il rencontre, tout en poursuivant les buts qui donnent sens à sa vie (62).

Par la suite, les recherches sur le sujet se sont multipliées, montrant que la sensation de

vieillesse réussie exprimée par les patients n'était pas uniquement en lien avec leur condition physique et mentale ou leur santé. En effet, l'évaluation qu'une personne fait de sa santé n'est pas fondée sur une norme absolue de santé mais, est fonction de la bonne perception de son état de santé par rapport à son âge. En 2002 une étude américaine a interrogé 867 personnes âgées de 65 à 99 ans. Les résultats montraient que sur l'ensemble des participants, 18 % répondaient aux critères objectifs du vieillissement réussie selon la théorie de *Rowe et Kahn* alors que 50 % des participants s'estimaient être dans une situation de vieillissement « réussie ». D'autre part, 36 % des personnes qui répondaient aux critères objectifs n'estimaient pas « réussir » leur vieillissement (63). Comme le montrent ces résultats, le ressenti d'un vieillissement réussie est difficilement évalué par des critères objectifs.

D'autre part, selon l'origine culturelle du patient, l'image même du vieillissement peut être très variable. *Gangbè et Ducharme* l'expliquent très bien dans leur article *Le bien vieillir : concepts et modèles* : « Dans les sociétés occidentales fondées sur l'individualisme, où l'indépendance et l'autosuffisance de l'individu sont prônées du début de la vie jusqu'à la vieillesse, bien vieillir exige le maintien de son autonomie fonctionnelle et cognitive. En revanche, dans des sociétés plus relationnelles, où la personne âgée fait partie intégrante du groupe, bien vieillir, c'est avant tout pouvoir tenir les rôles sociaux associés à son âge, indépendamment de son état de santé. Ainsi, bien vieillir en Afrique subsaharienne, c'est être dépositaire des valeurs et coutumes ancestrales; au Japon, c'est être conseiller en chef pour les problèmes familiaux; en Inde, c'est aller vers plus de spiritualité et de religiosité; en Chine, c'est pouvoir rester en contact avec ses proches, etc (64–66). » Il semble donc très difficile de trouver une définition universelle du vieillissement réussie.

Au vu de toutes ses définitions il n'est pas étonnant de constater que la prévalence du vieillissement réussie est extrêmement variable selon les travaux analysés. La part des personnes répondant aux critères opérationnels du vieillissement réussie varie de 0,4 % à 92 % selon les études (52).

Malgré l'impossibilité de s'accorder sur une définition consensuelle du vieillissement réussie, la littérature est riche en étude sur ses facteurs prédictifs du vieillissement réussie.

### 3.3.2 Comment bien vieillir ?

Un certain nombre de facteurs pouvant influencer le vieillissement réussie, positivement ou négativement ont été mis en évidence. Le vieillissement réussie ne peut pas être attribué à un seul facteur mais dépend d'une diversité de facteurs génétiques, physiologiques, psychologiques, nutritionnels, comportementaux et environnementaux. Certains pouvant avoir plus d'importance que d'autres suivant leur nature et suivant les individus. Des études ont montré que ces facteurs prédictifs de vieillissement réussie se potentialisent entre eux (67,68).

Voici une liste des facteurs prédictifs positifs ayant été mis en évidence dans diverses études.

- Facteurs comportementaux

Non-fumeur (67) ou sevrage tabagique avant l'âge de 30 ans (69,70)

Pas de consommation excessive d'alcool (67)

Activité physique régulière (67,69,71,72)

Absence d'obésité (64,67,71)

Nutrition : alimentation saine (71) (pourcentage de protéines dans l'alimentation, consommation d'antioxydants (69))

Quantité suffisante de sommeil (> 6 heures par jour) (69)

- Facteurs sanitaires et sociaux :

Bon niveau socio-économique avec conditions de ressources financières (53,71–75)

> 7 ans d'éducation(72–74)

Qualité et accessibilité des offres de soins médicaux (69,74)

Bien-être au travail (69)

Statut marital (53,64)

Disponibilité pour des temps de loisirs(69)- bénévolat (76)

Température moyenne du lieu de vie (69)

Proximité de l'entourage et liens sociaux importants (53,54,64,71,72)

- Facteurs personnels (77) :

Biologique

Génétique

Relation au premier degré d'une personne ayant présenté une grande longévité (78,79)

- Facteurs psychologiques(53,54,74,80) :

Bien être psychologique (69,81)

Bonheur (69,75,81) et satisfaction de vie

Qualité de vie (75)

Acceptation de soi

Développement personnel

Autonomie

Relation positive avec autrui et maîtrise sur son environnement

Stratégie d'adaptation (64)

Spiritualité (53)

Les études se sont aussi intéressées aux facteurs prédictifs négatifs parmi lesquels on peut retrouver un soutien social insuffisant, l'isolement (71), de faibles revenus (71,72), des antécédents dépressifs (71) le veuvage ou le divorce (71) et les chutes (72).

Au vu du nombre important de facteurs en lien avec le vieillissement réussi et de leurs effets qui se potentialisent, certains scientifiques concluent que pour réussir la fin de sa vie, il faut s'y préparer tout au long de son parcours de vie (82). Pour cela il faut s'attacher à prévenir les comportements à risques et favoriser un mode de vie sain. Tout en sachant que la prévention ne vise pas à empêcher le vieillissement, qui est naturel et inévitable, mais qu'elle vise à le réussir sans le vivre comme une fatalité (83).

# INTRODUCTION

---

En 2019 en Loire Atlantique l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) estime que 8,2 % de la population a plus de 75 ans (84).

Le poids relatif, dans notre société, des personnes âgées, voire très âgées, va donc augmenter considérablement.

D'autre part en 2015, l'espérance de vie en bonne santé à la naissance dans l'Union Européenne était estimée à 63,3 ans pour les femmes et 62,6 ans pour les hommes. Entre 2014 et 2015, l'espérance de vie sans incapacité a diminué de 0,7 an chez les hommes et a augmenté de 0,3 an chez les femmes. Au total en 2015, la hausse de la mortalité aux âges élevés s'est accompagnée d'une dégradation de la santé fonctionnelle chez les hommes, surtout après 65 ans, alors que chez les femmes, cette même hausse s'est accompagnée d'une amélioration de la santé fonctionnelle, surtout avant 65 ans (85).

A tous les niveaux, mondial (77), européen (86) et national (2), on constate une réelle prise de conscience du vieillissement de la population ainsi qu'une volonté de promouvoir la bonne santé au cours du vieillissement. Des actions de prévention, pour aider à la mise en œuvre de facteurs favorisant le vieillissement réussi, commencent à être proposées. Par exemple, le Plan National Nutrition Santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition.

En France, dans le domaine de la santé, le projet « Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) a été mis en place afin d'optimiser le parcours de soin des personnes âgées. L'objectif est de renforcer et d'améliorer la coordination en santé. L'un des axes développés consiste à mieux utiliser les médicaments (87). Des actions de révision d'ordonnance sont mises en place notamment en sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

L'ordonnance du bien vieillir ne se résume pas à des prescriptions de médicaments, mais à une conduite globale qui met en jeu chacun des intervenants de santé.

La perception, qu'a la personne âgée de ses médicaments, a pu être étudiée en population générale à plusieurs reprises (15,88–90). D'autre part, des chercheurs ont mis en évidence le lien entre la qualité des soins et le vieillissement réussi (69,74).

Cependant lors de mes recherches je n'ai pas trouvé d'étude sur le lien entre le vieillissement réussi et la prise en charge thérapeutique, plus particulièrement sur la prise médicamenteuse. J'ai donc décidé d'aborder le sujet via une étude qualitative afin de mettre en évidence des pistes de réflexion autour de ces potentiels liens.

C'est ainsi que j'en suis arrivée à la question de recherche suivante :

« Quelles sont les perceptions de leur prise en charge thérapeutique par les personnes âgées ayant dépassé leur espérance de vie et présentant un vieillissement réussi ? »

# MATERIEL ET METHODES

---

## 1. La bibliographie

Avant de débiter mon travail de recherche, j'ai effectué une recherche bibliographique sur les bases de données suivantes : SUDOC, SCIENCE DIRECT, EMC, CAIRN, CISMéF, PUBMED/MEDLINE et BDSP. J'ai utilisé les mots clés : « consommation médic\* "personne\* agée\* », « vieillissement réussi, vieillissement en bonne santé, bien-vieillir, vieillissement actif » puis « usage des médicaments "personne\* agée\* ». J'ai fait une recherche avec les mots clés en anglais suivant : « successful aging, aging well, active aging » J'ai saisi la requête suivante dans la base PubMed/Medline :

```
("Drug Therapy"[Majr]) AND "Qualitative Research"[Mesh] NOT "Homes for the Aged"[Majr] NOT "Dementia/drug therapy"[Mesh] NOT "homebound persons"[Mesh]
```

avec Filters activated: 80 and over: 80+ years .

J'ai complété en tapant les mêmes mots clés dans le moteur de recherche généraliste Google. Au cours de mes recherches bibliographiques, j'ai sollicité l'aide des bibliothécaires de la bibliothèque de santé de l'université de Nantes ainsi que les bibliothécaires de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine de Paris.

## 2. Le choix de la méthode qualitative

L'objectif de l'étude était d'explorer les pratiques de prise en charge médicamenteuse chez les personnes âgées ayant dépassé leur espérance de vie et présentant un vieillissement réussi. Afin d'étudier cette problématique, j'ai choisi une méthode qualitative, par entretiens semi directifs auprès de personnes âgées de plus de leur espérance de vie présentant un vieillissement réussi. La recherche qualitative « qui amène des résultats produits ni par des procédures statistiques, ni par d'autres moyens de quantification » (91) peut « renseigner sur les obstacles rencontrés, sur la manière dont ils sont perçus et surmontés, et peut expliquer les réussites ou les échecs de certaines interventions et de certaines tentatives de mise en œuvre » (92). Elle explore l'existence et la signification des phénomènes psychosociaux en les appréhendant dans leur contexte. Les hypothèses sont données au fur et à mesure par l'étude des verbatims produits par les interviewés. Je ne souhaitais pas modifier la prise en charge des patients, j'ai donc opté pour une étude observationnelle.

La méthode par entretiens individuels semi directifs a été retenue pour ce travail car elle incitait l'enquête à se livrer (93) et permettait de ne pas inhiber la parole des interviewés contrairement aux entretiens en focus groupes (94). Ces entretiens ont été réalisés en utilisant le guide d'entretien que j'ai réalisé avec des questions ouvertes complétées selon les besoins par des questions de relance plus précises. Le guide d'entretien, "ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer" (95), m'a permis de solliciter les interviewés aux moments opportuns afin de balayer tous les thèmes souhaités, sans pour autant les influencer dans leurs réponses ou leur couper la parole. Pour la rédaction, je me suis appuyée sur les critères COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), permettant d'évaluer la qualité d'une recherche qualitative (96).

## 3. Population étudiée

La population étudiée était celle de femmes de plus de 85 ans et d'hommes de plus de 79 ans

présentant selon l'avis subjectif de leur médecin traitant et selon leur propre avis subjectif, un vieillissement réussi.

Je n'avais pas de critères concernant la catégorie socio-professionnelle, le lieu de vie, le mode de vie, le nombre de traitements pris au quotidien ni les antécédents médicaux.

Au contraire, le recrutement s'est fait avec un échantillonnage à variance maximale puisque je ne recherchais pas la représentativité mais souhaitais recueillir la diversité des opinions et des comportements des personnes interrogées (97).

J'ai d'abord contacté les médecins du pays de Retz et du sud de Nantes par courrier électronique afin d'expliquer le but de ma démarche. Je leur ai donné une des définitions possibles du vieillissement réussi afin de les guider dans le recrutement. (cf annexe 1)

Ils m'ont ensuite contacté par courrier électronique ou via mon téléphone portable afin de me communiquer le nom et le numéro de téléphone des patients répondant à mes critères. Tous les patients avaient été prévenus par leur médecin de mon appel, sans avoir d'information sur le sujet de ma recherche.

J'ai rappelé les patients et nous avons fixé ensemble une date de rendez-vous et le lieu de l'entretien. Tous les entretiens ont eu lieu chez les personnes interviewées. Je suis restée peu informative sur le but de mon étude lors du recrutement.

## **4. Recueil des données**

### 4.1 Caractéristiques de la chercheuse

Je suis une jeune femme médecin généraliste ayant fini mon internat en novembre 2016. Je n'avais pas d'expérience en recherche qualitative. Je n'avais aucun lien avec les patients avant la réalisation de ce travail. Les participants étaient informés de mon statut, ainsi que du cadre dans lequel s'inscrivait mon étude, c'est-à-dire une thèse de Médecine Générale.

### 4.2 Guide d'entretien

En m'appuyant sur mes recherches bibliographiques, j'ai rédigé un premier guide d'entretien en octobre 2018. J'ai effectué un entretien test, qui a pu être analysé au vu de son bon déroulement. Il a permis de tester la bonne compréhension des questions et d'améliorer le guide d'entretien. Ce guide a ensuite été modifié au cours de différents entretiens. Il est présenté en annexe sous sa version finale. (Cf annexe 2)

### 4.3 Mode de recueil : Entretien semi-directif

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'application Enregistreur® pour tablette après accord des patients et après avoir redonné une information claire sur l'étude. Ils ont tous été réalisés au domicile des patients. Le but était de favoriser l'échange et le discours dans un milieu calme et familial, afin d'établir une relation de confiance et d'éviter au maximum les mécanismes de défense du patient interrogé. L'horaire de visite a été choisi par le patient afin d'optimiser la disponibilité, l'écoute, la détente et la concentration. J'étais seule avec la personne interviewée lors de 10 entretiens. Un entretien a été réalisé en présence de la femme du patient interviewé ; les interventions de celle-ci ont été retranscrites dans le verbatim.

J'ai tenu un carnet de bord, dans lequel j'ai consigné des notes de terrain. Il m'a permis d'harmoniser ma pratique sur le déroulé des entretiens et de noter mes interrogations tout au long de

mon travail.

#### 4.4 Consentement des patients

Après information sur mon identité et le but de mon étude, j'ai recueilli le consentement oral des patients pour réaliser l'entretien ainsi que leur accord pour les enregistrer. Je les ai informés du caractère anonyme de l'étude. J'ai de plus recueilli leur consentement écrit en fin d'entretien en leur remettant une fiche d'information (Cf annexe 3).

### 5. Analyse des données

#### 5.1 Retranscription

Les entretiens ont été intégralement retranscrits, mot à mot, sur le logiciel Libre Office® à l'aide du logiciel Notes Keep®. Ils ont été anonymisés. La retranscription est la « première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé » (98). Les éléments de communication non verbale ont également été retranscrits pour favoriser la bonne compréhension du contexte.

Aucun des Verbatims n'a été relu par les patients.

#### 5.2 Codage

J'ai organisé ma recherche en conduisant simultanément en parallèle, le travail de bibliographie, la collecte des données, l'analyse et enfin l'écriture. En effet, à la différence d'une organisation séquentielle, ces différentes étapes conduites parallèlement, "s'instruisent mutuellement" (99). Mes entretiens et mes relances ont pu être enrichis au fur et à mesure de mon travail de bibliographie et de l'analyse de mes premiers entretiens, ce qui a favorisé la production d'idées neuves.

L'objectif de mon étude était d'explorer la perception des prises en charge médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de leur espérance de vie présentant un vieillissement réussi, d'où le choix de l'analyse par théorie ancrée. La théorie ancrée est une méthodologie développée par *Glaser et Strauss* en 1967 (100) dont le propos est de faire émerger la théorie à partir des données recueillies et non pas à partir d'hypothèses prédéterminées. La méthode a été réadaptée par *Paillé* en 1994 sous le nom d'analyse par théorisation ancrée (101). Dans la théorie ancrée, le chercheur entre sur le terrain avec un esprit ouvert et permet aux données de le guider. Une fois les données collectées, il identifie les modèles dans les données. Dans mon étude, j'ai essayé de faire émerger des théories répondant à ma question de recherche à partir des données qualitatives recueillies verbalement et enregistrées après accord des participants. L'analyse du contenu a été réalisée le plus fidèlement possible, en respectant les propos tenus par les interviewés. Seules les phrases qu'ils ont prononcées ont été analysés (102).

Chaque verbatim a été relu et codé manuellement, afin de mettre en évidence des « étiquettes » à partir des verbatims, pour dégager des grands thèmes et conceptualiser les réponses (99). J'ai ensuite classé en thème et sous thème (codage axial), en utilisant le logiciel N'Vivo12®. J'ai lu à plusieurs reprises tous les verbatims puis j'ai réalisé une analyse verticale des entretiens. Pour cela j'ai regroupé les différents récits en nœuds et sous nœuds. J'ai complété cette analyse au fur et à mesure de l'avancée de mes entretiens. La saturation des données a été obtenue au 11ème entretien

puisque aucune idée nouvelle n'en est ressortie. Tous les entretiens terminés, j'ai réalisé une analyse horizontale avec l'aide du logiciel N'vivo®. Grâce au logiciel j'ai aussi pu créer des cartes mentales, des cartes conceptuelles, des tableaux comparatifs et des analyses par fréquence de mot afin de trouver de nouvelles idées, des liens et de grandes orientations pour chaque nœud et sous nœud.

En parallèle de cette analyse, j'ai étudié les ordonnances des patients interviewés. J'ai soumis ces ordonnances à l'évaluation STOPP/START grâce à l'application disponible en accès libre en ligne : <http://stopstart.free.fr/>. J'ai ensuite étudié les propositions faites une par une permettant ainsi d'éliminer ou d'accepter les propositions. Cela m'a permis d'avoir une vision sur la prescription de médicaments inappropriés chez les personnes interviewées. Ma relecture des ordonnances ainsi que des propositions faites par l'outil STOPP/START ont été triangulées par le gériatre, docteur Defebvre grâce à l'outil DICTIAS.

# RÉSULTATS

## 1. Échantillon

J'ai contacté grâce aux informations transmises par leur médecin traitant 13 personnes habitant en Loire Atlantique. Le recrutement s'est fait par le biais de médecins généralistes exerçant en Pays de Retz et à proximité de Nantes. Toutes les personnes interrogées ont été considérées par leur médecin traitant comme présentant un vieillissement réussi, ce qu'ils ont ensuite confirmé lors des entretiens. J'ai mené 13 entretiens au total. 2 entretiens ont été exclus. Le premier car le patient n'a pas confirmé son bon état de santé, le deuxième car la patiente n'avait pas l'âge requis. Au total 11 entretiens semi-dirigés ont été inclus pour aboutir à la saturation des données. Ils ont été réalisés entre février et avril 2019. Les entretiens ont duré en moyenne 37 minutes [23min – 1h18min]. Ils ont tous eu lieu au domicile des patients. Un entretien a eu lieu en présence de l'épouse du patient interrogé, les autres patients ont été interrogés sans tierce personne.

## 2. Caractéristiques de la population

J'ai interrogé 5 femmes et 6 hommes. L'âge moyen était de 88,6 ans pour les femmes et de 83,3 pour les hommes soit 85,7 ans au total. Les personnes interrogées consommaient quotidiennement en moyenne 4 médicaments.

Les caractéristiques des personnes interrogées sont résumées dans le tableau 1

Individu	Âge	Sexe	Profession	Habitat	Statut marital	Nombre d'enfant	Activité physique	Activité sociale	Nombre de médicament	Durée de l'entretien
Anne	88 ans	Féminin	employée d'artisans	Maison	veuve	2	Modérée	Activités de groupe	3	25 min
Annick	85 ans	Féminin	mère au foyer / Cantinière	Maison	veuve	6	importante	famille amis dessin	1	30 min
Clément	82 ans	Masculin	Traceur en construction Mécanique	Maison	En couple	1	Marche 30min/j	Amis famille Commerçant	7	29 min
Ginette	89 ans	Féminin	Puéricultrice directrice de crèche	Maison	veuve	3	Marche régulière	Amis famille	5	26 min
Jean	83 ans	Masculin	ajusteur mécanicien/ Professeur en mécanique	Maison	Marié	3	Marche régulière	Amis famille commerçant Bénévolat associatif	4	1h18 min
Louis	80 ans	Masculin	électricien	Maison	Marié	2	Marche jardinage	Amis famille Commerçant	4	48 min
Lucette	90 ans	Féminin	Dessinatrice industrielle	Maison	Mariée	4	Marche régulière	Amis famille Commerçant	5	24 min
Marcelle	91 ans	Féminin	ouvrière	Maison	veuve	2	aucune	famille	9	47 min
Michel	86 ans	Masculin	chimiste	Maison	Marié	4	Marche régulière	vie politique et associative, voyage	6	51 min
Rémi	80 ans	Masculin	Imprimeur	Maison	Marié	4	Marche régulière	Amis famille Commerçant	2	29 min
Yves	89 ans	Masculin	activité commerciale	Maison	veuf	3	Modérée	vie politique amis commerçant Famille	2	23 min

Tableau 1: Caractéristiques des personnes interrogées

# ANALYSE

---

Le codage transversal des verbatims a dégagé des catégories permettant d'organiser les résultats autour de quatre grandes thématiques : la santé, le médecin, les médicaments et les sources d'information. Chaque exemple a été associé à son verbatim de référence par un prénom.

## 1. La santé

### 1.1 Bonne santé

L'auto évaluation d'une bonne santé était un des critères d'inclusion. Les patients inclus étaient par conséquent tous positifs sur leur état de santé. Cependant on a pu noter quelques nuances. En effet les réponses variaient d'une vision très positive à une vision non négative de leur santé :

*« en général c'est bon, c'est bon » Ginette*

*« ben en général sauf l'accident cardiaque mais on va en parler tout à l'heure sans doute que j'ai fait il y a ça fait 5 ans plus, autrement j'ai une chance inouïe je vais vous le dire comme ça rien aucune douleur rien du tout ma femme est même jalouse » Michel*

*« Oh ben on va dire bon j'ai pas à me plaindre bon ben ça m'arrive d'avoir des petits problèmes bien entendu » Jean*

L'état de santé n'était pas perçu comme un frein dans la vie quotidienne.

*« ça ne m'empêche pas de sortir ça ne m'empêche pas d'aller marcher ça ne m'empêche pas on va beaucoup marcher tout ça tous les jours ça nous empêche de... ça n'empêche rien » Lucette*

Plusieurs patients le déclaraient bon en comparaison avec les personnes de leur âge.

*« Bien par rapport quand je me compare à certaines personnes voilà c'est surtout ça. » Anne*

Une des patientes le comparait avec l'état de santé à n'importe quel âge de la vie.

*« j'ai des hauts et des bas comme tout le monde comme quand on est jeune ça ne change pas » Lucette*

### 1.2 Attribué en partie à la génétique

Seul deux patients évoquaient un lien entre leur santé et leur patrimoine génétique :

*« je dirais oh je dirais 50/50 disons que ma santé je pense qu'elle est surtout dépendante pour une très très grande part de mon organisme de la façon dont il me tient et puis alors pour une autre part pas très importante oh pour une autre part je ne sais pas disons que pour peut-être 75 % c'est mon bon être, ma bonne santé dépend de mon organisme et je mettrai que pour 25 % les médicaments le médecin y contribuent » Jean*

*« je dis merci à mes parents quelquefois parce que ils m'ont bien fait » Michel*

### 1.3 Absence de préoccupation de leur santé

La plupart des patients insistait sur le fait que la santé n'était pas une préoccupation dans leur vie quotidienne. Elle n'était pas à l'origine d'inquiétude ou de stress.

*« mais enfin je m'en occupe pas de trop quand même », « je me fais pas de mauvais sang je me stresse pas »* Lucette

*« c'est pas ma grande inquiétude. »* Anne

*« mais moi de toute façon ma devise c'est un jour à la fois je vis aujourd'hui je suis bien tous les jours je prépare ma journée de demain parce que je ne m'ennuie pas parce que là quand il fait du soleil et tout bah je reste pas enfermée et puis et donc c'est tout quoi si vous voulez j'ai pas besoin d'aller chez le médecin d'ailleurs je m'en porte aussi bien. », « je ne pense pas tellement à ma santé hein », « ça ne me tracasse pas beaucoup. »* Ginette

*« ce n'est pas une préoccupation pour moi », « Voilà mais c'est tout je ne m'inquiète pas moi je dis ça me va bien. »* Anne

*« je suis pas hypocondriaque moi je me pose pas trop de questions »* Rémi

### 1.4 Souhait de gestion autonome de leur santé

Les patients ne voyaient pas de raison de déléguer la gestion de leur santé. Ils se sentaient capable de le faire et souhaitaient conserver ce rôle qui était important pour eux.

*« elle me dit il faut que tu rentres lundi aux comment là-bas aux nouvelles... aux Clouzeaux. je lui dis quoi !ben je lui ai dit moi il m'a rien dit ah bah non elle me dit c'est nous qu'on est prévenues mais pas toi. Ah dame toi j'étais en colère je lui ai dit oui mais quand même c'est bien moi qui est malade comment qu'il s'occupe plus aussi c'était à moi d'en parler aussi de me dire bah vous allez il faut rentrer là »* Marcelle

De plus ils étaient plusieurs à mettre en avant l'envie de protéger leurs enfants, de leur éviter des inquiétudes.

*« ben mes enfants j'essaie de ne pas les inquiéter alors je ne leur en parle pratiquement pas. »* Ginette

### 1.5 Recherche de la santé dans le mode de vie

La majorité des patients reliait son mode de vie avec sa bonne santé.

Une patiente m'a confié qu'elle essayait *« de ne pas vivre comme une personne âgée »*. Une autre disait continuer *« de vivre comme j'ai vécu »*.

Les principaux éléments du mode de vie qui ressortaient des entretiens étaient l'alimentation et l'activité physique.

*« j'ai la nette impression que depuis que je suis retombé à 67,5 de poids et avec l'espèce de régime que je fais surtout boire pas mal d'eau j'ai l'impression que j'écarte la possibilité des crises de goutte de ce fait. »* Jean

*« non non le seul médicament que je prends autrement les trucs vitamine C et autres c'est avec des fruits c'est tout »* Louis

*« on m'a dit de toute façon il fallait que je sois actif pour le dos pour la sciatique »* Louis

*« je marche comme on me l'a dit une demi-heure par jour »* Clément

L'un d'eux résumait cela : « *Alors pas de médicaments, prendre ce qu'il faut, une vie saine.* »  
Michel

Un patient a complété ces éléments en abordant l'importance des interactions sociales :

*« les gens qui sont comme moi, et comme tous les autres comme moi plus ou moins, qui sont très occupés, très souvent ils sont, on sait on sait non parce que c'est avec la sécu il y a au moins 10 ans que j'avais vu ça, on s'est aperçu que les gens retraités qui avaient une activité qui pouvaient jouer aux boules, aux cartes ou comme moi humanitaire dans ma cabine, une occupation assez forte. Ils étaient beaucoup moins malades donc moi j'en conclu que le premier des médicaments d'abord c'est pas l'oisiveté. »* Michel

### 1.6 Connaissance de soi

Pour trois patients, la connaissance de soi, de son corps et de ses réactions était un important paramètre de leur santé. Cela leur permettait d'adapter leur traitement et justifiait à leurs yeux une éventuelle automédication ou une consultation médicale.

*« il est tout à fait possible que je décide moi-même de modifier mon traitement de n'en prendre que 20 sur 40 et de regarder comment sont mes chevilles comment est mon comportement parce que je m'observe bien entendu je regarde comment est et je me pèse et puis j'avais j'étais à 68 kg et demi même des fois 69 à une époque j'étais gonflé de plein d'eau et depuis que je prends du furosémide de façon régulière je suis tombé à 67,5 et en me pesant régulièrement comme ça je m'aperçois que je plafonne à 67,5 j'en déduis... ma réflexion c'est que si c'est mon poids sec si on peut dire voyez-vous alors que si je n'avais pas de furosémide et que les reins ne travaillant pas bien et bien je remonterai probablement aux alentours de 69 »* Jean  
*« ça donne beaucoup de gaz à un certain âge voyez le corps et je commence un peu je connais un peu le mien quand même. »* Louis

### 1.7 Santé relativisée par l'âge

Comme on a pu le voir ci-dessus la santé n'était pas une préoccupation quotidienne pour la plupart des patients interrogés. Certains allaient plus loin et acceptaient leur vieillissement avec les conséquences qui l'accompagnent, comme une part intégrante de leur vie. L'une d'entre eux y a même inclus la mort.

*« ça ne me stresse pas outre mesure j'ai même j'ai même des acouphènes j'y pense même pas ça me stresse pas rien du tout je les ai acceptés comme une partie intégrante de moi ça ne me gêne pas »*  
Lucette  
*« parce que je vais vous dire une chose aussi la santé ben évidemment je ne me fais même pas de souci pour ma santé mais mais bon à l'âge que j'ai c'est normal je suis prête à la mort »* Ginette  
*« mais bon on fait avec c'est tout il faut prendre ça avec il faut prendre ça comme ça. »* Louis  
*« je suis un vieil homme maintenant j'ai pas peur de le dire »* Michel

Un certain nombre de patient ont intégré leur santé dans le contexte de leur âge. Cet état d'esprit permettait de relativiser certains symptômes ressentis. On retrouvait aussi plusieurs fois des comparaisons avec les personnes du même âge.

*« parce que comme j'ai des pertes de mémoire ça ne m'inquiète pas parce que je me dis c'est normal*

*et puis qu'il y a des amis qui sont plus jeunes et qui en font aussi. » Ginette*

Du fait de leur bonne santé en comparaison à leurs congénères, les patients refusaient ou n'osaient pas se plaindre.

*« tout le monde me dit à ton âge ne te plains pas tu es bien comme ça. », « Ah actuellement maintenant non parce que à l'âge où j'arrive je me dis maintenant que voulez-vous je fais abstraction de beaucoup de choses oui c'est vrai pourquoi maintenant il arrivera ce qu'il arrivera et voilà. » Anne*

*« je me demande s'il y a pas des effets secondaires parce que je ressens de la fatigue bon ça peut être liée à l'âge quand même » Rémi*

*« je sais que les problèmes qu'il y a ils sont avec l'âge donc on va pas les on va pas les solutionner. c'est comme ça faut prendre ça quand même pour pas être un frein de dire oh non on est voilà des problèmes il y en a oui un peu de tous ordres mais on fait avec je me déplace même si ça coince un peu mais bon voilà mais une fois que c'est parti c'est parti . » Louis*

La comparaison était parfois aussi positive, l'un des patients justifiait une habitude par la bonne santé qu'il a pu constater chez des personnes plus âgées la pratiquant aussi.

*« et oui et puis quand on voit des gens où je vais dans les caves où je vais qui ont 92 ou 93 ans et qui boivent toujours leurs deux verres le midi et ils sont toujours en pleine forme non mais en qualité par contre » Louis*

### 1.8 Notion de chance, de bonheur

La majorité des patients a fait part de sa joie de vivre, et de son bonheur : leur âge n'empêchait pas le bonheur et la vie. Leur bonne santé était souvent attribuée à de la chance.

*« Oh oui oui et à mon indépendance oui et puis c'est tellement agréable je suis heureuse c'est pas parce que je suis vieille mais je suis heureuse ! Écoutez comment voulez-vous ne pas être heureuse dans cette maison où j'ai du soleil mes enfants viennent me voir la semaine prochaine samedi à cette semaine samedi prochain ils m'emmènent 8 jours à La Baule ben je suis ravie. » Ginette*

*« il m'a dit avec ce que vous avez il y en a qui vont jusqu'à 80 j'ai dépassé les 80 donc c'est que du bonheur. » Louis*

*« mais j'ai espoir et puis je suis j'ai toujours envie de sortir j'aime la musique j'aime les chansons heureusement que j'ai ça parce que je deviendrai folle quand il y a mes mes boutons qui se mettent à me démanger partout ça fait un an qu'on m'a donné à la télé on m'a dit prend donc la 33 tu vas voir pendant 1h de l'accordéon alors ben puis ça danse aussi alors j'apprends et maintenant je revis là » Marcelle*

*« tant que je marche bien que je ne suis pas dépendante je me dis mon Dieu que j'ai de la chance. » Anne*

*« non mais j'ai une chance inouïe je le dis bien j'ai une chance inouïe j'ai mon vieil âge et ça va bien jusqu'à aujourd'hui. » Michel*

### 1.9 Peur de la perte d'autonomie

Ils ont été plusieurs à confier leur peur d'une baisse de leurs capacités physiques. Cette peur était surtout liée à la peur de devenir dépendant ou de devoir entrer en maison de retraite.

*« j'ai quand même pas envie de me retrouver dans un fauteuil invalide », « bon je suis heureuse*

*d'être en bonne santé j'embête personne mais le jour où je deviendrai plus ou moins invalide qu'il faudra que j'aïlle dans une maison de retraite ah non ah non » Ginette*  
*« je pense toujours aux AVC vous savez c'est ce qui me c'est ce qui me préoccuperait je vous dirais mon dieu pourvu que je ne sois pas handicapée c'est le problème quand on arrive à un certain âge. » Anne*

### 1.10 Refus de l'acharnement thérapeutique

La peur de la dépendance et de la diminution progressive des fonctions physiques et intellectuelles aboutissait chez deux patients à l'expression claire d'une volonté de limiter les soins.

*« j'ai une belle-sœur, une amie, une autre amie qui ont qui se sont fait poser des pacemakers moi j'ai dit ah bah ça vous ne me le poserez pas je n'ai pas envie je ne veux pas d'acharnement thérapeutique j'appelle ça pour moi les autres sont libres de faire ce qu'ils veulent hein pourquoi voulez-vous que je mette à 89 ans bientôt 90 ans un pacemaker pour aller encore je ne vois pas le sens. » Ginette*  
*« ça doit faire 5 ans que je suis pas retourné voir le cardio puis je veux pas aller voir ça va très bien comme ça je bon il y a des jours. » Louis*

## 2. Le médecin traitant

### 2.1 Le relationnel

#### 2.1.1 Les attentes

##### 2.1.1.1 Bonne relation

Tous les patients étaient satisfaits de leur relation avec leur médecin traitant. La plupart mentionnait plusieurs médecins cela s'expliquait par leur âge.

*« bien oh elle est gentille non bien bien non elle est bien on peut discuter quoi on discute. » Lucette*  
*« avec le dernier là je crois que ça va être très bien » Annick*  
*« c'est Madame L bien entendu ben écoutez elle est sympathique » « je suis à l'aise avec Madame L » Ginette*  
*« Oh très à l'aise, oui » Anne*  
*« avec mon médecin ben Madame L je la plains[rire] il faut qu'elle me supporte ma femme ça va elle non on a pas de mauvais rapports avec Madame L. » Rémi*  
*« bon ben moi je me trouve bien avec le docteur F » Jean*  
*« A ben je suis bien il y a pas de problème avant j'avais le docteur C bon ben pas de problème puis maintenant le docteur F ça va. » Clément*  
*« ça passe l'influx passe bien il est il est je lui raconte quelques petites plaisanteries de temps en temps et bon voilà donc non ben avant c'était le docteur C qu'on a eu pendant 15 ans peut-être. »*  
*« le docteur C parce que après c'est lui qui a bien repris quand on a changé parce que de Nantes on est venu ici il a bien regardé le dossier et là à partir de là on est rentré en symbiose on était très d'accord sur tout » Louis*  
*« je vais voir le docteur F qui est bien d'ailleurs je le trouve sympa. » Michel*  
*« il y a une très bonne relation avec lui il est très sympa. », « il y avait le docteur C avant lui ils étaient moi les docteurs je n'ai pas de mauvaises relations avec eux hein » Yves*

L'une des patientes soulignait la notion de reconnaissance.

*« et après j'aurai je lui aurais sauté au cou parce qu'il m'avait fait beaucoup de bien. »* Marcelle

### 2.1.1.2 Confiance

La confiance a été un thème récurrent lorsque l'on abordait la relation au médecin traitant. Les patients présentaient différents niveaux de confiance. Un même patient pouvait exprimer différents niveaux de confiance selon les situations.

- Confiance aveugle

Certains patients préféraient suivre les instructions sans se poser de questions. La confiance qu'ils avaient dans leur médecin leur permettait de s'en remettre complètement à lui.

*« non c'est pas un souci pas du tout je fais confiance c'est ce qu'il faut faire d'ailleurs si on n'a pas confiance dans si on n'a pas confiance en son médecin c'est plus la peine à ce moment-là non. »*

Clément

*« non non ben je fais confiance au médecin c'est le médecin qui sait je suis ses conseils et puis c'est tout »* Ginette

*« non non j'en pose pas beaucoup de questions non non je leur fais confiance c'est tout je prends. »*

Yves

*« oh bah si oui je lui ferai confiance oui si le médecin oui oui si je vais le voir c'est parce que j'ai confiance j'écoute ce qu'il me dit. »* Annick

*« Non je vous dis je ne m'inquiète pas je fais confiance quand même à la médecine vous voyez. »*

Anne

- Confiance par manque de connaissances

Dans d'autres situations, les patients expliquaient leur confiance par leur impossibilité à juger par eux même. Ils n'avaient pas de connaissances suffisante ni les moyens de les acquérir, pour juger de ce qui était bon.

*« c'était l'ampoule que je prenais vous me le rappelez vous me remettez ça en mémoire oui oui oui ben écoutez je le prenais mais je ne sais pas quand on ne peut pas mesurer les effets directement on le fait avec confiance c'est tout. », « Oui le médicament pour moi c'est je ne sais pas ce qu'il y a, de quoi, comment ils sont composés exactement je fais confiance au médecin. »* Anne

*« c'est-à-dire que moi je m'intéresse beaucoup à la médecine je lis beaucoup de choses dans le domaine paramédical je suis je suis un touche-à-tout je m'intéresse à tout et alors ça c'est embêtant parce qu'on ne peut pas on ne peut pas tout faire bon dans de nombreux domaines mais bon je crois quand même que oui si j'avais un problème mon médecin en prendrai acte de la façon la plus simple et la plus anodine. »* Jean

*« non non non non ah non non la-dessus je fais confiance ah je fais confiance aux professionnels je vais pas non non c'est régulier la. c'est voilà faut pas pour ce qui est de médicaments. »* Louis

*« on ne peut pas j'ai pas fait d'études spéciales de médecin moi. »* Yves

Pour l'un d'entre eux on a noté que ce manque de savoir est même venu s'imposer à lui. On pourrait l'exprimer par l'oxymore suivante : une confiance contrainte.

*« si les médecins n'ont pas d'informations suffisantes concernant les interactions médicamenteuses si les laboratoires eux ne disent pas les choses qu'il faudrait dire comment voulez-vous que moi je*

*puisse discriminer entre ceci cela et cela pour savoir s'il n'y a pas un risque. » Jean*

- **Confiance éclairée**

Enfin ce qu'exprimait le plus les patients était une confiance raisonnée suite aux explications du médecin. Les réponses que celui-ci pouvait apporter devenaient des preuves suffisantes pour valider la décision.

*« il faudrait qu'on me prouve que j'en ai besoin voilà. » Anne*

*« je le verrai pas mal parce que moi je suis pas je suis pas spécialiste mais de nouveau là c'est pareil pourquoi plus pourquoi moins mêmes informations pourquoi on me le retire bon on m'explique pourquoi je suis pas contre non non parce que je suis pas chef si vous voulez de moi le responsable c'est celui qui est en face de moi. » Michel*

La connaissance qu'avait le médecin du patient faisait partie du raisonnement pouvant aboutir à la confiance.

*« Bah oui je lui fais confiance il me suit quand ils nous suivent depuis longtemps quand même alors je pense qu'ils peuvent connaître mes problèmes et à quoi on s'expose aussi. » Anne*

*« bah si c'est le médecin je suppose qu'il le fait parce qu'il a des raisons je lui fais confiance je fais confiance au médecin oui » Ginette*

L'examen médical et les soins accordés étaient eux aussi des critères de confiance.

*« mais si j'ai quelque chose par contre je vais par le médecin parce que s'il constate que j'ai besoin de quelque chose là je lui fais confiance. » Annick*

*« j'ai confiance en lui ce docteur parce que c'est lui quand même qui m'a envoyé au CHU pas au CHU aux nouvelles cliniques. » Marcelle*

*« il sait que j'ai un traitement depuis des années il reprend il a vu mon... il connaît mon pedigree donc voilà mais il regarde très bien quand même voilà parce que s'il ne regardais pas je ne... ce n'est pas lui que j'aurais choisi. » Louis*

Un patient essayait de se faire sa propre opinion avec les connaissances qu'il pouvait avoir.

*« à condition que ce soit à bon escient, j'essaierai de faire quand même la part des choses » Louis*

### 2.1.1.3 Humanité

L'importance du dialogue avec le médecin a souvent été retenu dans les entretiens.

*« c'est juste que j'en ai pas besoin non non mais du fait qu'il parle aussi un médecin qui me parlerai pas qui prendrai seulement ma tension qui me ça j'aimerais pas du tout mais un médecin qui là le docteur I et le docteur L qui était là avant c'était pareil vous savez et puis en plus j'ai quelquefois un peu besoin de parler de dire ce qui est arrivé. » Annick*

*« et puis je sais que je sais que le médecin ne peut pas s'attarder non plus à entendre les états d'âme de son patient quoique Monsieur F de temps en temps bavarde un peu comme ça avec Monsieur L aussi on a bavardé un petit peu. » Jean*

Dans cette notion d'humanité on a pu dégager plusieurs éléments. Tout d'abord les patients exprimaient un besoin d'écoute et d'attention.

*« ben bien oui oh oui ça au je n'ai pas de gros besoins puisque ben oui oui je lui dis si j'ai un petit*

*souci comme je viens de vous demander un truc comme ça par exemple c'est peu de chose mais c'est quand même important ça peut être important.* » Ginette

La notion de temps consacré au patient était très valorisée.

*« non non elle prend son temps Madame L par contre c'est pas pour lui dire du mal de lui mais son voisin lui il expédie c'est pas que c'est un mauvais médecin mais il va vite alors que Madame L elle prend son temps elle sort les papiers elle sort tout elle prend son temps.* » Lucette

Un entretien révélait aussi l'importance de la durée de la relation.

*« j'étais dans ses premiers clients patients et puis j'ai toujours continué depuis et puis avec elle elle me connaît par cœur quoi.* » Clément

L'ouverture de la discussion au-delà de la médecine et de la consultation était appréciée par deux patients.

*« on parle d'autre chose quand même.* » Lucette

*« mes besoins mes craintes il fait beau aujourd'hui aussi ! comment va votre famille ? par exemple.* » Michel

Par contre une patiente a mentionné sa gêne de côtoyer son médecin en dehors du cabinet, au niveau professionnel. Cette gêne a entraîné un changement de médecin.

*« on avait de très bonnes relations mais en tant que le voir ce ce monsieur que je connaissais en tant que papa en tant que cliente si on peut appeler ça un client ça me gênait j'étais pas à l'aise et je suis sûr que lui aussi il aurait pas été à l'aise de me déshabiller des choses comme ça par exemple.* » Ginette

La capacité de rassurer les patients s'est révélée un élément clé de la relation patient-médecin.

*« Oh non ça me rassure ça me rassure quand j'y vais à chaque fois mais dire non j'y vais parce que maintenant c'est une habitude tous les trois mois j'y vais pour mon renouvellement de médicaments et bon quand il n'y a rien d'alarmant je repars avec confiance toujours confiance.* » Anne  
*« peut-être oui peut-être quelque comme quand je suis allé le voir j'étais fatigué puis ma foi en sortant quand il me quand je suis sorti là je me suis dit ah ben non au fond je suis je suis pas si fatigué quoi ça va c'est normal voilà.* » Annick

Dans le discours des patients on a pu repérer l'évolution de la médecine vers une médecine plus accessible, plus moderne et plus humaine, mais aussi plus rapide et expéditive.

*« le docteur F maintenant le docteur C ces documents on a dû j'ai cherché partout parce que le docteur F maintenant il est plus moderne c'est mieux ça.* » Clément

*« alors autre fois enfin certains docteurs il ne fallait pas leur parler de rapport et maintenant ils en parlent [rire] on les fait progresser » Louis*

*« avec monsieur F alors euh... au contraire je trouve que c'est même la nouvelle génération de docteur hein parce que moi dans la jeunesse je me rappelle vous savez le docteur, le notaire, le curé enfin bon c'était les notables maintenant on retrouve des gens bah comme tout le monde à vrai dire et ça ça me on peut dialoguer quoi hein et là je me sens bien.* » Michel

*« je peux vous dire les gens savent pas ce que c'était à cette époque-là au formol et à l'éther vous savez ça vous marque à vie c'était c'était comme ça l'anesthésiste enfin voilà » Michel*

*« quand le médecin il écrivait l'ordonnance on avait le temps de lui dire maintenant on a pas le*

*temps ça va vite.* » Lucette

#### 2.1.1.4 Liberté d'expression

Plusieurs patients ont insisté sur l'importance de la liberté d'expression.

*« j'ai toutes les explications si vous voulez je suis un curieux de nature les explications je les ai auprès de mes spécialistes je vous le dire comme ça donc avec elles je discute d'ailleurs comme avec vous je suis aussi libre que ça et en fait ben oui j'ai toutes les explications. » Michel*

*« je me gêne pas avec elle. » Rémi*

*« alors après j'ai été il est parti en retraite ce médecin pas longtemps après et il y a eu le docteur F et là j'ai beaucoup apprécié le docteur F d'abord je lui ai beaucoup parlé j'ai beaucoup parlé avec lui tout ça c'est ça j'ai eu beaucoup confiance dans le docteur F » Annick*

#### 2.1.1.5 Recherche de réponse, de preuve, de suivi

On a retrouvé une réelle attente de recherche de preuves et d'implication dans le suivi. Les patients attendaient des moyens plus que des résultats.

*« Ah oui oui bien sûr pas de problème Oui-Oui parfois il dit j'en demande de trop parce que je lui demande des fois des prises de sang et il me dit oh ben pas tous les pas tous les deux mois. »*

*Clément*

*« je trouve qu'il ne font pas des investigations suffisantes. c'est je trouve que c'est ils effleurent le problème bon ou alors en tout cas c'est l'appréciation que j'en ai peut-être est-elle un peu fautive erronée peut-être mais c'est l'impression que je retire c'est que ils ont vite fait de vous conduire vers un spécialiste et puis ils recueillent le résultat je trouve que ce n'est pas suffisant. » Jean*

*« parce que je trouve depuis que j'ai mes boutons j'en ai partout de... c'est pas de l'eczéma c'est un comment ça s'appelle une allergie mais personne n'a trouvé bon bah par contre je docteur L il a essayé hein alors ça a été analysé à Paris ils ont rien trouvé. », « il contrôle bien déjà avec les prises de sang la prise de sang à jeun. » Marcelle*

*« ben oui parce que je sais pas quand même on dit bon bah c'est pour on va m'expliquer vraisemblablement sûrement même pourquoi on me rajoute quelque chose pourquoi on m'en supprime un et on me le remplace par un autre moi je veux bien mais je veux savoir pourquoi ah oui ça ma curiosité elle revient ah non non non non non je veux pas prendre n'importe quoi hein. », « on associait nivaquine et paludrine c'était ça au départ, après on a eu la savarine. c'était en fait les deux qu'on prenait la savarine c'était les deux réunis pourquoi on avait pas le même effet ? »*

*Michel*

*« ah bah ça je dirai pourquoi vous le faites ? » Yves*

#### 2.1.2 Les difficultés

On a pu noter un certain nombre de points qui viennent compliquer la relation avec le médecin.

##### 2.1.2.1 Distance ressentie

Parfois une certaine distance est ressentie par les patients empêchant un dialogue libre et spontané. Lorsque l'écoute n'était pas assez présente l'un des patients a comparé la consultation à « *une chambre d'enregistrement* » Jean. Il a insisté sur la notion de passage chez le médecin généraliste qui renvoie rapidement chez le spécialiste.

*« mais disons que avec les médecins d'une manière générale je dirais que les médecins ils ont vite fait de vous conduire vers un spécialiste, c'est-à-dire qu'ils se dédouanent ils se déchargent sur le*

*spécialiste et puis le docteur F comme les autres d'ailleurs parce que j'ai une résidence secondaire dans le Finistère je vois des médecins là-bas aussi je trouve ça un petit disons que d'une manière générale mais ce n'est pas propre docteur F mais le docteur F y compris je trouve qu'il ne font pas des investigations suffisantes. » Jean*

Parfois la distance s'installait progressivement sans qu'une raison particulière ne soit évoquée.

*« je pas si bien qu'il a été. parce que on ne sait pas non on va se c'est entre nous mais ma fille elle l'a trouvé aussi je lui disais à ma fille oh tu crois je lui ai dit tu vois toi aussi tu as des doutes. »  
Marcelle*

#### 2.1.2.2 Responsable des problèmes de santé

Le médecin se voyait parfois remis en cause et devenait responsable des problèmes de santé de ses patients.

*« j'ai été très longtemps j'avais plus confiance après d'abord j'ai écrit une lettre au médecin que j'ai toujours que je lui ai envoyé une lettre vraiment très où je lui reprochais beaucoup de choses . »  
Annick*

*« je me suis un peu égratigné avec Madame L [rire] je lui ai dit que c'est pas facile pour elle non plus alors les patients ils réagissent toujours moins bien c'est toujours la faute à quelqu'un alors c'est le docteur je lui ai dit vous auriez pu le voir plus tôt quand même parce que ça grossissait entre-temps et ça devenait assez important. » Rémi*

#### 2.1.2.3 Non-dits

Plusieurs personnes ont avoué ne pas tout dire à leur médecin.

*« je ne lui dis pas c'est pour ça que elle continue à me le mettre des fois sur l'ordonnance je les prends pas.[...] parce que je n'y pense pas c'est tout non je n'y pense pas c'est tout l'ordonnance elle est tiré ça y est pouf comme maintenant ça va vite. » Lucette*

Un patient expliquait qu'il ne voulait pas aller en opposition à son médecin. Il évitait le conflit.

*« moi comme vous avez pu comprendre je suis assez libre de parole mais enfin je tout de même avec Monsieur F que je connais bien et puis avec d'autres encore il y a des choses que je pense il y a des choses que je dis et il y a des choses que je pense et des choses que je ne dis pas. parce que je ne veux pas entrer dans des considérations qui seraient désagréables pour le médecin et puis qui qui ne m'apporteraient rien de plus non plus donc je reste sur ma réserve pour pour partie des choses que je ne pense et que je considère pour ma part juste. » Jean*

Un autre ne posait pas toujours ses questions par peur de déranger.

*« je pose des questions des fois je leur dis d'ailleurs je vous ennue mais pourquoi ça non mais normal mais par contre c'est pareil c'est sympa au niveau des réponses c'est pas ...on vient pas me dire vous m'ennuyez ah non c'est même moi des fois je leur dis je vous ennue excusez-moi mais pourquoi ? » Michel*

#### 2.1.2.4 Consultations à plusieurs

L'une des patientes m'a confié sa gêne lorsque son médecin était accompagné d'un étudiant. Elle a eu l'impression pendant cette consultation à plusieurs que l'attention n'était plus pour elle mais

pour l'étudiant.

*« ben je sais pas quand il est avec quelqu'un quand il est avec une autre personne c'est la personne qui fait les qui fait les papiers il laisse taper sur sa machine mais autrement il s'occupe pas de moi ils discutent entre eux quoi. » Marcelle*

## 2.2 Les rôles

### 2.2.1 Visite de routine

La consultation chez le médecin généraliste était vécue comme une habitude, un passage régulier sans besoins identifiés, presque une banalité. La relation était parfois mise au second plan car les patients n'y trouvaient pas d'apport particulier.

*« c'est un entretien plutôt de santé. » Anne*

*« ben écoutez je ne le connais pas beaucoup j'y vais tous les trois mois pour renouveler les les ordonnances parce que j'ai quand même des ordonnances. » Ginette*

*« je suis pas malade alors qu'est-ce que vous voulez que mon médecin généraliste me dise bah il me refait mon ordonnance .», « il me convient bien et bon qu'est-ce qui vous amène ben c'est le renouvellement d'ordonnance donc je lui dis de temps en temps je viens faire une visite de courtoisie. » Michel*

*« j'ai commencé à consulter quand on est arrivé ici parce que j'avais le temps. », « ben ça la concerne pas tellement je prends des gouttes pour la tension là pour les yeux là. » Rémi*

### 2.2.2 Réservé aux problèmes importants

En dehors du renouvellement, la consultation du médecin était réservée aux maladies qui inquiètent.

*« je crois que mais bon comme je ne suis pas malade je ne vais pas le voir par plaisir donc voilà. » Annick*

*« oui oh bah oui parce que des fois on a un bobo qui guérit pas ou n'importe quoi je vais pas aller chez le médecin pour ça. » Lucette*

*« oh non je suis il m'arrive aujourd'hui ou demain ou après-demain je suis mal fichu ah j'ai de la température comment ça se fait ben je vais voir le docteur F c'est lui qui va dire il faut passer à la pharmacie. » Michel*

*« enfin si si il y a besoin j'y vais des fois ça m'est arrivé d'y aller deux fois dans la semaine des fois c'est arrivé parfois au début de la semaine et à la fin de la semaine quand ça allait pas ça arrivé. » Clément*

### 2.2.3 Transmission d'information

On a pu souligner dans les différents entretiens que beaucoup d'informations étaient bien transmises et entendues par les patients.

*« actuellement j'en prenais un pour le cholestérol et justement le docteur que vous connaissez m'a dit oh vous n'avez pas besoin de ça. » Anne*

*« le docteur F m'avait expliqué un petit peu de prendre ça pour la tension . » Annick*

*« le lasilix je prends pour être mieux pour diminuer l'eau dans le corps voilà. », « Ah ben il m'en donne pas de trop ah non il me donne les médicaments je sais pourquoi c'est faire mais donc je sais à quoi ça ressemble bien entendu les médicaments et il me dit il faut prendre ça parce que vous avez tel problème quoi c'est tout. », « part le Xarelto quoi c'est que quand le cardiologue avait donné le*

*Xarelto elle m'avait dit c'est nouveau on connaît pas encore les effets secondaires pour l'instant. »*

Clément

*« on m'a dit que tout était normal que je n'avais pas de cancer quand le chirurgien est repassé me voir après l'opération à la clinique quelques jours après l'opération il m'a dit vous pouvez vous pouvez vous allez pouvoir rentrer chez vous il n'y a pas de cancer j'ai jamais pensé à un cancer pourquoi voulez-vous que j'ai un cancer non mais enfin ça c'est moi. »* Ginette

*« et bien monsieur L la dernière fois il a regardé mon il a regardé mon ma feuille de de maladie et puis il s'est attardé à m'expliquer les différents médicaments je les connais en partie. »* Jean

*« docteur F il n'a pas il est très compréhensif il a vu il m'a expliqué. »* Louis

*« justement l'autre fois j'en ai parlé au docteur L. il vous a peut-être dit c'est peut-être le stress il dit toujours que c'était le stress alors tous les bouquins que je trouve je me mets à les regarder et puis les démangeaisons et tout je regarde je me dis si seulement je pouvais trouver ma maladie et puis alors j'ai dit au docteur j'ai dit quand le stress ça vient les boutons les boutons ça vient par le stress il me dit ça peut. »* Marcelle

*« Oh de faire attention, de ne pas dépasser les doses prescrites et puis mais je n'ai pas beaucoup de médicaments à prendre. »* Yves

### 2.2.3.1 Souhait d'information

La plupart des patients interrogés était demandeuse d'informations et semblait plutôt satisfaite de l'information transmise par son médecin.

*« ben m'expliquer alors quoi si j'ai j'ai seulement mal au bras mais autrement sinon pourquoi est-ce que j'aurais besoin de médicament c'est pas je sais pas qu'est-ce que ? »* Annick

*« je demande pourquoi et puis c'est tout je demande pour voir si on m'explique c'est bon terminé pas de problème je le prends. »* Clément

*« comme je suis un grand curieux je risque de poser beaucoup de questions et puis j'aurais les réponses ou pas j'aurais des réponses à moitié juste à moitié erronées et je sais très bien que la majorité des gens ne vont pas chercher des explications comme moi je le fais. »* Jean

### 2.2.3.2 Adaptation du vocabulaire

Un patient a souligné l'importance de la vulgarisation.

*« par contre on m'a pas donné ils m'ont dit le terme exact mais ils m'ont dit pour être pour rester à notre niveau vous avez fait un infarctus donc hein et on va dire que les reins ont fait un infarctus pendant le même temps. »* Michel

### 2.2.3.3 Information non recherchée

Certains ne voyaient pas d'intérêt à avoir plus d'information.

*« rien je ne lui pose pas de question parce que c'est c'est toujours la même chose ça fait plus d'un an que j'ai les mêmes remèdes. »* Marcelle

*« Je ne demande pas d'explication »* Anne

### 2.2.3.4 Absence d'information transmise

On a aussi pu remarquer dans les entretiens que certaines informations ne sont pas transmises.

*« qu'est-ce que c'est marqué à c'est l'extraction dentaire ça c'est pour mes dents ah oui bah tiens il m'a pas dit ça il m'a fait une ordonnance mais je l'ai pas su. »* Marcelle

« non les médecins ils disent rien. » Rémi

#### 2.2.3.5 Information non comprise

Mais ce qui était le plus flagrant c'est l'incompréhension qui persistait souvent après une opération, l'ajout ou le retrait d'un traitement. Parfois tout simplement l'explication n'avait pas été suffisamment claire pour permettre la compréhension.

« la dernière fois ils m'ont fait je sais pas ce qu'ils m'ont fait exactement parce que ils voulaient une occlusion de l'auricule gauche ils n'ont pas fait. », « c'est le dernier problème que j'ai eu enfin je sais pas tellement ce qui m'a fait parce que c'est pas une ablation par radiofréquence c'est pas le docteur A qui m'a fait ça il est passé mais j'étais pas endormi j'ai parlé avec le docteur et puis je sais pas ce qui m'a fait c'était pas une caméra c'était pas une caméra je sais pas ce qui m'a fait pour ça doit être marqué dessus ce qu'il a fait. » Clément

« finalement vous savez pas tellement pourquoi est-ce que vous les prenez ? Ah parce que j'en ai tellement pris » Ginette

« le kiné me dit non que je vois pas de relation aucune relation et pourtant moi je suis à peu près sûre qu'il y en a ça s'arrête là voyez » Louis

« euh la pravastatine je suis je ne sais pas à quoi ça sert ? », « le Xarelto euh je le prends pourquoi je sais pas pourquoi je le prends. » Yves

Pour certain on a noté des doutes sur la bonne interprétation de l'information.

« c'est ma notion je suis pas médecin moi. » Michel

« Bah pour l'instant on n'est pas des spécialistes pour en discuter » Rémi

« bon je n'affirmerais pas non plus ce je ne sais toutes ces choses-là aussi sont complexes. » Jean

#### 2.2.3.6 Données par les autres spécialistes

Un certain nombre d'informations étaient données directement lors des consultations avec les autres spécialistes.

« mais quand je vois mon cardiologue pour lui c'est Xarelto bon si c'est tellement affirmatif que je n'ai rien à dire c'est Xarelto c'est tout. » Jean

« ben d'abord sur les médicaments qu'on me donne je suis un peu habitué avec ce que je prends donc alors toutes les explications c'est vrai le docteur F n'est jamais intervenu dans ce cadre-là mais je comprends puisque j'ai toutes les explications si vous voulez je suis un curieux de nature les explications je les ai auprès de mes spécialistes » Michel

#### 2.2.4 Accord de prise en charge adaptative

Plusieurs patients ont validé des accords précis avec leur médecin sur les modalités d'adaptation de leur traitement.

« Ah oui mais ça c'est prévu prévu par le docteur qui m'ont dit si je prends du poids si j'ai pris par exemple 1 kg ou 2 je double je prends un quart de lasilix là j'en prends un demi pendant deux trois jours et puis je redescends en poids normal et j'arrête et c'est tout c'est prévu ça par le docteur ensemble » Clément

« je voyais je demandais à votre collègue s'il ne serait pas judicieux que je coupe le cachet en deux que je fasse 20 mg au lieu de 40 alors il réfléchissait il ne savait pas trop quoi me dire mais bon ce que je comprends très bien qu'il ne veut pas prendre la décision je comprends très bien il est là pour peu de temps surtout que mon médecin habituel il est revenu il n'allait pas me dire bon ben

*mettez-vous à 20 au lieu de 40 il va laisser le soin à Monsieur F d'en décider. » Jean*  
*« je le fais seulement on peut le faire par le cholestérol comme le disait le docteur C on est imprégné donc 15 jours quand on partait même en vacances dans un pays pour 15 jours il dit embêtez vous pas avec ça ce que c'est pas la peine... bon je les prenais quand même mais il disait vous êtes imprégné » Louis*  
*« non on cherche et puis je suis toujours enfin en ce moment il y a des ennuis avec le Lévothyrox alors bon j'ai changé quatre ou cinq fois au moins alors à chaque fois il faut attendre alors on essaye ensemble. » Lucette*  
*« c'est par rapport à ce petit comprimé là j'ai dit mais je le prends quand même si je le prends pas le matin je le prends le midi le docteur L. était d'accord avec moi. » Marcelle*

### 2.2.5 Prise de tension

La prise de tension restait pour les patients un moment important de la consultation.

*« oui parce que n'ayant pas de problème de santé vraiment de gros problèmes moi j'y vais c'est surtout pour surveiller la tension actuellement. » Anne*  
*« je suis allé le voir pour prendre ma tension d'abord. » Annick*

## 3. Les médicaments

### 3.1 Définitions

Les médicaments étaient définis par leur capacité à soigner, à résoudre un problème de santé, à guérir. Ils soulageaient.

*« Un médicament comment vous répondre ben c'est une intervention pour ... pour corriger ce qui ne va pas. » Anne*  
*« c'est pour soulager nos douleurs nos maladies. » Annick*  
*« c'est un produit qu'on prend quand il y a quelque chose qui cloche physiquement pour redonner la santé. » Ginette*  
*« donc le médicament c'est quelque chose c'est une nécessité dans le cadre d'une pathologie. » Michel*

### 3.2 Croyances

Les médicaments étaient souvent jugés utiles. Ils apportaient une protection et permettaient la guérison. Comme pour le médecin, les patients faisaient globalement confiance aux médicaments.

*« Ben je fais je faisais confiance aux médicaments j'espérais bien que ça fasse que ça m'apporte quelque chose oui c'est avec confiance que je le prenais. » Anne*  
*« ben les médicaments je crois que c'est utile parce que il est certain que dans ma famille bon j'ai mon père par exemple qui est décédé à 28 ans s'il y aurait eu les médicaments pour à ce moment-là il serait certainement pas décédé. » Clément*  
*« Ah ben c'est qui me garde en bonne santé c'est tout c'est tout je ne m'attarde pas dessus. », « non hmm hmm je n'y pense pas je les prends parce que je me dit si je ne le prenais pas notamment ce machin la pour la le liquéfier le sang la évidemment ça c'est indispensable j'ai quand même pas envie de me retrouver dans un fauteuil invalide. » Ginette*

*« j'en attends euh pas le résultat parce que il y en a pas ce que je prends c'est à vie donc j'en attends si vous voulez ben un confort de vie moi j'en attend un confort de vie et je vis grâce aux médicaments si vous voulez qui me protège en fait hein qui me protège. » Michel*

Pour autant tous les médicaments n'étaient pas bons selon les patients.

*« les médicaments je pense comme certains livres ont pu l'écrire que il y a peut-être 90 % des médicaments ou plutôt disons 80 % des médicaments qui sont inutiles et qui sont bombardés par les laboratoires pharmaceutiques et qui sont commercialisés par les médecins et les pharmaciens sans aucune sans aucun intérêt pour le patient. néanmoins il y a des médicaments et je ne pourrai pas les citer mais il y a des médicaments qui sont salvateurs disons qui sont bons qui sont bien adaptés. » Jean*

Un patient soulignait la part que peut jouer le psychologique sur les effets des médicaments.

*« il y a des gélules qui sont vertes d'autres qui sont rouges c'est les mêmes mais il y a des patients c'est il y a rien à faire les rouges c'est bien meilleur que les vertes. », « vous avez toute une série de patients comment ça se fait il y a des placebos qui ont marché à 15 % autant que d'autres qui ont eu le vrai médicament je prends des exemples farfelus parce que j'ai pas les proportions hein. » Michel*

### 3.3 Classification

Du discours des patients on a pu classer les médicaments selon quatre critères :

Le nombre de traitement, la maladie par rapport à laquelle on le prend, le dosage et les médicaments ponctuels versus au long cours. Certains exprimaient juste le fait que leurs médicaments ne sont pas importants sans explication avancée.

*« ça c'est c'est pour aussi 10 mois 12 mois et c'est pas c'est pas important c'est pas grave jusqu'au 19 avril », « c'est tout mais je prends rien d'extraordinaire comme médicament. » Yves*

#### 3.3.1 Importance rapportée au nombre de médicament

Tous les patients ont répété leur volonté de ne pas avoir trop de médicament. Plusieurs reprenaient l'expression « moins j'en prends mieux je me porte ».

*« Pour moi j'ai cette impression j'ai l'impression que je me porte mieux ainsi mon impression c'est que moins on prend de médicament meilleur c'est je pense parce que un médicament ne peut pas convenir à tout le monde ça c'est possible sûrement. » Anne*

*« j'en prends le moins possible de médicament » Annick*

*« ben je dis ben des fois j'en prends peut-être un petit peu trop des fois », « bon ben il faut pas en prendre plus de 5 par jour j'en prends 7 mais ça ça me fait pas trop de mal du coup alors j'en prends 7 oui 7 par jour. » Clément*

*« j'en prends le moins possible » Ginette*

*« Qu'on en enlève où qu'on en mette Je je l'accepte volontiers mais je ne voudrais pas que qu'il y ait une liste trop longue tout le monde a entendu parler de certains médecins qui qui prescrivent à leurs patients une quinzaine de médicaments c'est dément je n'accepterai pas que cela soit fait en ce qui me concerne. » Jean*

*« je pars d'un principe que moins on prend de médicament mieux on se porte je veux pas dire ça pour vous vexer mais il y a un certain Illich philosophe je ne sais plus de quelle nationalité il est qui dit s'il n'y a pas de médecin il n'y a pas de malade. » Louis*

*« autrement non j'en prends le moins possible là » Lucette*

« à Jules Verne j'en avais encore davantage qu'avant que le ce que le docteur m'avait donné alors j'avais toute une liste et j'ai regardé oh ben il y en avait bien plus à Jules Verne. » Marcelle  
« je pense aussi qu'il faut prendre que ce qu'il faut prendre, il faut pas prendre plus non parce qu'il y a des gens il faut voir tout ce qu'ils prennent en France, on est quand même pas mal renommé pour ça les gens en prennent de trop, enfin en prennent de trop. Enfin il faut prendre ce qu'il faut il faut prendre mais pas plus non mais il y a des gens, je sais pas ce qu'ils avalent. » Michel  
« les médicaments ben moins j'en prends mieux je me porte ! » Rémi  
« je leur donnerai je leur dirai attendez m'en fichez pas j'en ai déjà assez. », « ah non j'ai pas envie d'en prendre plus non non. » Yves

### 3.3.2 Importance liée à la maladie concernée

Ils exprimaient aussi une différence d'attention accordée aux médicaments selon la maladie que ceux-ci doivent soigner.

« je prends juste un petit peu de remèdes pour la tension le matin depuis un petit moment là depuis peut-être 5 ou 6 ans, oui même pas peut-être bien et vraiment très très léger je sais même pas bon je pourrais peut-être m'en passer mais bon voilà c'est le seul remède que je prends. » Annick  
« d'autres médicaments par exemple pour la tension non ça faut faire le choix quand même il faut être... la tension c'est pas la peine si après on a des problèmes qui font dilater les vaisseaux et puis on a des problèmes. » Louis  
« oh beaucoup de mal mais c'est toujours pareil quand on est obligé on est obligé d'en prendre ça dépend ce qu'on a, quelqu'un qui a un cancer ou un truc il est bien obligé de les prendre. » Lucette  
« non non je suis les prescriptions. si ça me plaît pas j'arrête mais en général je suis les traitements parce que pour la vue parce que c'est important quand même. » Rémi  
« et puis après qu'est-ce que j'ai encore une bricole pendant 12 mois Vismed et fluidbak. » Yves

### 3.3.3 Importance liée au dosage du médicament

L'un d'entre eux a évoqué l'importance du dosage du médicament.

« Elle m'a demandé de continuer le furosémide je lui ai dit mais je trouve que c'est peut-être beaucoup alors elle me dira vous savez moi j'ai j'ai des patients qui en ont des quantités de furosémide astronomique combien par exemple vous avez des... » Jean

### 3.3.4 Prise de médicament ponctuel versus médicament quotidien

Enfin un seul patient a parlé clairement des médicaments pris pour une maladie ponctuelle, traitement qui sera court et aura pour but de guérir, versus les traitements longs pour les maladies chroniques.

« un médicament c'est soit pour je dirais une grippe [digression] oui le médicament soit c'est juste pour un moment donné tiens pour prends un antibiotique pendant 6 jours je prends pas 6 jours c'est pas souvent que je dis 6 en principe 6 au niveau dentaire je crois que c'est 3 enfin bon si le soin donné par ce médicament c'est au niveau, euh faut aller comment dire pour qu'est-ce que c'est les virus pour tuer les virus qui vous ont ennuyé là donc c'est pendant une période donnée quand on a tué c'est un effet rapide puis il y a l'autre médicament donc qui est lui qui est qui dure qui dure quand je prends mon exemple je dis à la pharmacie vous me donner à manger c'est un peu enfin peut-être voilà tel je vois les choses. » Michel

### 3.4 Efficacité

#### 3.4.1 Lien entre médicament et bonne santé

Le rôle des médicaments dans la bonne santé des patients était souvent décrit.

*« ben euh je pense que les médicaments sont là aussi pour nous soulager aussi pour voilà c'est je vois mon fils qui est malade heureusement qu'il a confiance et qu'il fait ce qu'il faut non non j'ai confiance » Annick*

*« le lasilix je prends pour être mieux pour diminuer l'eau dans le corps voilà », « mais une chose certaine c'est utile parce que tout ce que je peux vous dire c'est une chose certaine s'il y aurait pas eu la médecine et la chirurgie avec tout ce que j'ai fait je serai certainement pas là en ce moment », « oui certains médicaments m'ont fait du bien c'est sûr certains par rapport principalement pour la tachycardie hein ça c'est ça maintenant c'est bon » Clément*

*« je dirais oh je dirais 50/50 disons que ma santé je pense qu'elle est surtout dépendante pour une très très grande part de mon organisme de la façon dont il me tient et puis alors pour une autre part pas très importante oh pour une autre part je ne sais pas disons que pour peut-être 75 % c'est mon bon être ma bonne santé dépend de mon organisme et je mettrai que pour 25 % les médicaments le médecin y contribue je vois ça à peu près de cette façon-là » Jean*

*« ben peut-être que pour le cholestérol que en le diminuant oui parce qu'il y a les athéromes qui sont là mais les plaques il y en a si il y en a aux carotides il doit bien y en avoir ailleurs je me fais pas trop d'illusions mais bon autrement la circulation ça passe hein on quand on connaît on a été voir au bout des doigts de pied si ça passait oui ça passe donc j'ai pas eu pour le moment je n'ai pas de problème apparemment de ce côté-là même pour les carotides l'angio l'angiologue apparemment il y a pas de ça passe il se demande même pourquoi ça passe mais ça passe alors donc le médicament oui il doit apporter certainement... » Louis*

*« si ils peuvent apporter un soulagement ne serait-ce que moral quand on prend un médicament c'est peut-être ça aussi hein ça se passe en partie peut-être une partie dans le cerveau » Anne*

*« oh oui quand même voyez vous le Préviscan j'en prends plus je prends Eliquis oui et ben je trouve que je suis mieux avec. », « oh dame oui ça là avec celui-là je me porte bien oui » Marcelle*

#### 3.4.2 Peu d'effet ressenti

Quelques patients signalaient l'absence d'effet ressenti à la prise du traitement. Ceci n'est pas forcément mis en lien avec l'efficacité attribué au traitement.

*« Non ça me non parce que je n'ai jamais été souffrante suite à cette hypertension alors je ne me rends pas compte de ce que ça peut m'apporter. » Anne*

*« les médicaments bah je ne pense pas que ce soit toujours d'une efficacité certaine. » Jean*

*« ben ce qu'il m'a donné ah c'était le docteur L. qui m'avait donné pour les démangeaisons ça a pas fait grand-chose. » Marcelle*

### 3.5 Effets indésirables

#### 3.5.1 Peur liée aux effets indésirables potentiels

Plusieurs patients exprimaient leur peur des effets indésirables qui les freinaient parfois dans la prise des médicaments.

*« je lui ai surtout parlé du Xarelto 15 c'est quand on lit ce qui est décrit là-dessus qu'on a on se*

*prend on sent qu'on est pris pour un cobaye parce que c'est vraiment dissuasif et c'est pas rassurant alors je lui ai dit » Jean*

*« bien les médicaments ce que j'en pense si on a pas trop d'effets indésirables mais quand on regarde ce qu'il soigne et puis quand on regarde les effets indésirables sur la posologie c'est atroce c'est catastrophique ça apparemment ça fait plus de mal que de... ben voilà du moins on peut penser. » Louis*

*« les effets secondaires c'est tout d'être mal avec les effets secondaires parce que on prend des médicaments comme par exemple je sais pas le [elle soupire] Dafalgan par exemple ça me donne des démangeaisons je le sais alors j'évite d'en prendre. », « je suis enrhumé bon alors ça me plaît pas alors je le prends pas c'est tout j'ai lu tous les trucs dessus moi j'en veux pas. » Lucette*

*« ben je suis contente je suis contente parce que je me disais bah c'est peut-être celui-là qui me fait du mal. » Marcelle*

*« par contre il y a des gros problèmes je pense à ma femme en particulier avec le Lévothyrox oui alors vous savez il y a eu c'était quel labo je sais plus bon peu importe il y a eu un changement peut-être que c'est la même molécule enfin je sais rien mais ça lui allait pas du tout. » Michel*

*« j'ai eu une prescription de 6 séances de chimio bon j'ai pas trop apprécié ce truc là [rire] alors c'était espacé de 3 semaines alors pendant 10 jours j'étais pas j'avais envie de vomir, les 10 jours d'après ça allait mieux [rire] puis je commençais à appréhender l'autre séance. » Rémi*

Une patiente confiait son inquiétude sur un médicament en expliquant qu'elle-même ne sait pas pourquoi celui-ci lui fait plus peur que les autres.

*« sauf qu'on m'a changé d'anticoagulant parce que j'ai des anticoagulants j'avais avant du kardegic et maintenant c'est du comment ça s'appelle [elle part chercher la boîte du médicament] mais il me fait peur un petit peu ce médicament là il y a pas de raison d'ailleurs. » Ginette*

Certains patients ne ressentait au contraire pas de peur ni d'inquiétude car ils toléraient bien leurs médicaments et n'avaient jamais eu de problèmes avec.

*« ça ne m'inquiète pas du fait que je ne ressens rien de particulier à la suite de mon traitement. » Anne*

### 3.5.2 Peur liée aux interactions entre médicaments

Un seul patient a parlé des possibles interactions entre médicaments.

*« je lui ai demandé s'il n'y avait pas des risques d'interaction entre médicaments je lui ai demandé ça peut-être souvent souvent souvent à chaque fois c'était non non pas de problème pas de problème alors que je sais très bien qu'il y a des interactions entre les médicaments qui peuvent être disons inquiétantes et dangereuses et puis qu'elles sont une très grande complexité » Jean*

### 3.5.3 Alerte sur l'arrivée d'effet indésirable

Plus de la moitié des patients avait elle-même alerté son médecin sur un symptôme ressenti, en questionnant parfois les médicaments.

*« ben c'est ce médicament justement à la pharmacie il m'avait donné un autre médicament pour la tension et j'avais l'impression le matin que j'avais mal au cœur j'ai dit quand même c'est bizarre que j'ai mal au cœur mais qu'est-ce qui puis tout d'un coup je me suis dit oh bah c'est peut-être parce que j'avais entendu à la radio qu'il y avait un médicament qui était pas interdit si interdit je crois et c'est pour ça que je suis allé voir le docteur à Rezé il m'a dit ah bah oui il est interdit et je vais vous donner un autre et depuis je n'ai pas de nausées ça va. » Annick*

« parce que j'avais vu sur la notice qui faisait gonfler les seins chez les hommes alors j'avais presque des douleurs évidemment quoi alors là la cardiologue m'a dit on l'arrête et puis point final. » Clément

« par exemple dernièrement j'ai fait une crise de goutte ça c'est mauvais ça et puis on m'a prescrit de la colchicine j'en ai pris de trop j'ai été dérangé comme jamais j'ai été bon maintenant je sais qu'il faut en prendre très peu et que le médicament est extrêmement actif et toxique en plus » Jean  
« le docteur J que j'avais avant justement je lui ai montré vous me prescrivez de la pénicilline alors que vous avez tout de même noté sur votre ordinateur que ce médicament est très très dangereux pour moi alors du coup il m'a donné un autre antibiotique mais il a fallu que je que je regarde la notice. c'est tout de même pas normal c'est à lui de savoir », « je suis donc allé chercher de de l'Augmentin pour m'empoisonner je n'avais pas et comme souvent je regarde la notice et cette fois là pour comble je n'avais pas regardé la notice non plus si bien que Monsieur J n'a rien vu le pharmacien de la grande Ouche n'a rien vu et moi je n'ai rien vu non plus et ça a donné le résultat que je vous dis là. » Jean

« Non parce que j'ai eu des problèmes avec les médicaments surtout pour le cholestérol alors je me rappelle plus des noms il y en a c'était ce n'était pas la pravastatine ah c'était efficace le cholestérol était descendu mais j'avais des maux de tête on a été jusqu'à me faire changer de lunettes parce qu'on m'a dit vous avez mal à votre tête c'est dû à vos yeux et en fait c'était ce truc je ne pouvais plus me servir de mes mains. » Louis

« alors moi j'ai dit alors justement tout le monde cherche tout le monde cherche ce qui peut me faire ça alors moi je dis c'est peut-être les remèdes peut-être mais ça aboutit à rien alors fffiuuu. » Marcelle

« qu'est-ce que je prends rien à part des gouttes, alors je me demande s'il y a pas des effets secondaires parce que je ressens de la fatigue. », « une fois j'avais pris j'avais été voir le docteur P un ophtalmo là à Pornic qui exerce plus il m'avait donné des gouttes pour la tension alors là c'était radical je marchais et je pouvais plus respirer j'étais obligé de m'asseoir sur un banc alors il me dit bon bah ça va on change tout, c'est pas adapté les gouttes il m'avait donné autre chose et puis après ça a été mieux. » Rémi

### 3.6 Modalité de prise

#### 3.6.1 Habitude

Pour beaucoup de patient la prise du traitement est devenue une habitude quotidienne qui passe presque inaperçue.

« je suis tellement habitué à ce qu'on prend parce que ça fait je ne sais combien d'années que je suis un peu ce traitement », « Non non plus c'est tellement devenu une habitude c'est le matin au réveil et après je n'y pense pas dans la journée. » Anne

« non non je ne l'oublie pas parce que comme je le fais en me levant alors donc avec le jus d'orange je prends mon petit comprimé et voilà j'essaie de ne pas oublier oui. » Annick

« alors c'est pour ça que je les prends mais j'y pense pas beaucoup c'est un truc bah comme je mets du sucre si je mettais du sucre dans mon thé » Ginette

« c'est presque une habitude parce que ça va faire pratiquement 20 ans que parce que même je veux dire à 46 ans » Louis

« non parce qu'on est on est organisé si mon mari se lève le premier ce qui est souvent le cas il me les prépare. » Lucette

« rien je ne lui pose pas de question parce que c'est c'est toujours la même chose ça fait plus d'un an que j'ai les mêmes remèdes. » Marcelle

Cette habitude était vécue par certains comme une contrainte.

*« Malgré le fait que vous pensiez ne pas avoir besoin de médicaments le fait de prendre tous les jours le comprimé pour la tension ? ça m'agace un peu » Annick*

### 3.6.2 Obligation

La prise d'un traitement régulier apparaît régulièrement comme une obligation soit liée à la maladie soignée et aux risques associés en cas d'arrêt du traitement, soit à cause des effets immédiats ressentis qui sont insupportables.

*« c'est pareil les Triptans ça me va pas très bien il y a des effets secondaires mais là je suis obligé alors sinon j'en ai pour 3 jours à être dans la migraine et puis grâce à ça je ne reste pas couché. », « oh il me fait certainement du mal je sais pas au point de vue cardiaque ça doit pas être très bon enfin je le prends quand même parce que c'est pas tellement vivable d'avoir la migraine il faut l'avoir pour savoir ce que c'est c'est pas tellement vivable alors » Lucette*

*« les médicaments sont une obligation pour moi hein dans le traitement qui va être donc donné par un spécialiste. » Michel*

*« ben ça peut avec l'âge des fois on est obligé moi j'ai des problèmes avec la vue bon j'en prends mais je prends que ça des collyres », « ça me cassera les pieds [rire] oui mais des fois on est obligé bon ben des médicaments je suis pas chaud moi on sait bien qu'il y a des effets secondaires. » Rémi*

Deux patients y ont ajouté la notion d'impossibilité à revenir en arrière.

*« il faudrait maintenant que non je ne peux pas parce que d'après les posologies ne faut pas s'arrêter alors on peut pas revenir vraiment en arrière. » Louis*

*« ben là je sais pas je pourrai pas en enlever beaucoup si j'enlève celui pour la tachycardie je vais recommencer à avoir puis la glande thyroïde j'en ai plus de glande thyroïde alors je suis obligé c'est tout je ne peux pas en enlever je peux en rajouter mais je ne peux pas en enlever. » Lucette*

### 3.6.3 Pas de prise inutile

Si les symptômes ressentis n'étaient pas trop gênants, les patients avaient tendance à éviter la prise médicamenteuse. D'autres regrettaient d'avoir pris des traitements qui se sont ensuite avérés inutiles.

*« et je prends pas de médicaments de toute façon ça fait rien. » Clément*

*« pour les hommes aussi la partie prostate alors prostate, je suis allé chez un urologue... qui me soignait et je prenais je sais plus quel produit maintenant parce que il y a bien longtemps que c'est passé pour justement améliorer la miction, soigné pendant 5 ans pour rien pour rien. » Louis*

*« oui le Dafalgan et les trucs comme ça j'en prends pas j'en prends plus pas parce que ça me fait mal spécialement mais j'ai lu des tas de choses dessus c'est pas tellement bien quoi apparemment alors autant l'éviter », « si je peux pas l'éviter bien sûr je vais le faire c'est sûr mais si je peux l'éviter je n'en prends pas. » Lucette*

Un patient se posait quant à lui la question d'option alternative à la prise médicamenteuse.

*« par exemple j'ai été voir le dentiste j'avais une infection il m'a donné des antibiotiques si bien que c'était une solution de facilité mais les antibiotiques c'est pas l'idéal non plus alors alors justement quand je vais aller le voir je vais lui en parler mais il y a peut-être pas moyen de faire autrement...*

*c'est trop facile si vous avez une infection le dentiste il vous donne des antibiotiques il faut peut-être pas abuser non plus. » Rémi*

### 3.6.4 Difficultés liées à la galénique

Deux patientes critiquaient la forme et le goût des médicaments et expliquaient l'impact que cela pouvait avoir sur la prise médicamenteuse.

*« c'est assez difficile parce que la vitamine le truc pour le médicament pour la thyroïde je l'ai en 2 cachets parce que je ne peux pas l'avoir en 1 alors il faut les partager en deux et ne pas se tromper il y en a un de 75 et un de 25 il faut pas se tromper. » Lucette*

*« c'était un petit comprimé en long et même il faut faire attention parce que il y a le même pour dormir alors je fais attention moi parce que je sais que c'est marqué sur ma boîte pour dormir l'autre c'est pour les le diabète pas le diabète euh pour dormir et puis l'autre c'est pour les démangeaisons et celui-là je prends le midi pour les démangeaisons, mais ils sont aussi gros l'un que l'autre tout petit petit qu'ils sont alors là »*

*« je sais pas je suis dégoûté de ça[...] ben oui c'est pour j'en suis toujours à la première boîte ça doit être en poudre puis j'aime pas trop avec les effets ils m'ont tellement mis de la poudre à Jules Verne et c'était pas bon j'en aurai vomi j'aime mieux un comprimé on avale directement. » Marcelle*

### 3.7 Observance

L'observance était variable selon les patients mais globalement satisfaisante. Certains respectaient de manière scrupuleuse les instructions du médecin, certains avouaient quelques oublis ou rupture de stock ponctuelle. Un autre adaptait librement son traitement quotidien. Une dernière enfin ne prenait pas toujours les traitements ponctuels prescrits.

*«Je n'arrêterai pas par moi-même non sûrement pas et puis comme je n'ai pas d'effets secondaires je ne vois pas pourquoi je me poserai la question. » Anne*

*« non non j'essaie j'essaie de suivre ce qu'on m'a donné si j'ai un problème je préfère en parler soit à la pharmacie ou directement au docteur mais je veux pas je veux pas changer par moi-même. »*

*« Je l'ai pas arrêté par moi-même mais je m'en suis douté j'avais lu la notice que ça pouvait être possible alors je l'ai pas arrêté j'ai demandé avant elle m'a dit bon bah on va l'arrêter c'est pas la peine de continuer autrement je le fais pas par moi-même je le fais pas. » Clément*

*« on me dit il faut prendre si il faut prendre ça je dépasse pas la dose mais je prends la dose qui est qui faut. » Michel*

*« je respecte ce que les médecins me disent. Ah oui ce que les médecins ont écrit et que je classe et que je retire. » Yves*

*« s'il y a des médicaments dont j'ai besoin évidemment je m'y réfère. » Louis*

*« voilà c'est ça et alors je parce que j'étais allée jusqu'au bout de de ma plaquette et puis je n'en avais plus alors j'étais 3 jours sans en prendre alors je me suis dit bon sang parce qu'il m'en reste les autres », « alors il m'a dit il vaudrait mieux il aurait mieux valu ne pas alors je lui ai dit bah oui mais je m'étais pas aperçue qui ne m'en restait pas alors et puis voyez-vous bon ben je suis encore en vie. » Ginette*

*« je suis tombé à court de gouttes parce que j'ai pas été chez le pharmacien alors j'ai été deux fois sans en prendre mais c'est pas mortel hein » « j'en prends deux fois par jour quand je suis pas sûr par exemple le matin si je suis pas sûr de les avoir prises alors j'en prends pas pour pas en prendre deux fois. » Rémi*

*« j'en ai plein certains je les prends d'autres je les prends pas par exemple le Xarelto je disais à votre collègue L je disais sur 7 comprimés de Xarelto je n'en prends que 5 dans la semaine c'est-à-dire que le mercredi je zappe et samedi pareil parce que je n'ai pas une confiance suffisante dans ce médicament » « je considère qu'il qu'il m'est probablement nécessaire mais je ne suis pas totalement convaincu alors c'est pour ça que j'en prends et j'en laisse quoi » « le furosémide j'en discutais avec votre collègue L je lui disais que 40 mg je trouve que c'est beaucoup j'utilise 40 mg régulièrement tous les jours mais là je ne zappe pas du tout tous les jours depuis oh bien un an et quelque » « il est tout à fait possible que je décide moi-même de modifier mon traitement de n'en prendre que 20 sur 40 et de regarder comment sont mes chevilles comment est mon comportement »  
Jean*

*« oui si ça me plaît pas je prends pas enfin à moins que je sois obligé là si je suis obligé mais là ça je le prends pas j'ai lu les trucs là j'ai pas mes lunettes je suis miro un peu ils disent de faire attention. »  
Lucette*

### 3.8 Automédication et médicaments sans ordonnance

L'automédication était toujours présentée comme secondaire par les patients mais ils la pratiquaient quasiment tous à petite échelle, soit via l'adaptation spontanée d'un traitement chronique soit par la prise d'antalgique, d'antispasmodique.

Les patients incluaient dans l'automédication les médicaments en vente libre ainsi que la phytothérapie et les compléments alimentaires.

*« et bien quand je prenais l'autre là le Tareg et ben parce que j'ai une amie qui est à Toulouse qui en prend que la moitié alors je me suis dit bon au fond si j'en prenais que la moitié alors je le coupais en deux je n'en prenais que la moitié mais le docteur m'a dit de Rezé m'a dit que ce n'était pas la peine parce qu'il me donnait le plus faible alors que je pouvez le prendre entier alors voilà. » « ah je l'ai fait alors il y a combien il y a 2 ans quand je suis revenu de Belgique je m'étais arrêté à Paris et là j'avais attrapé un gros rhume mal de gorge et tout là je suis allé dans une pharmacie j'ai pris des remèdes que la pharmacie m'a donné et j'ai traîné longtemps après j'ai traîné longtemps après et là cette année j'ai pas pris aucun remède j'ai pas été enrhumé l'année dernière non plus donc non je suis les remèdes non. »  
Annick*

*« je voulais vous demander si ce médicament là que je me suis acheté toute seule sans ordonnance j'ai lu en relisant le truc que si on prend des anticoagulants ça ne convenait pas. »  
Ginette*

*« j'en ai un stock des fois il me le renouvelle là il l'a pas fait mais parce que j'en ai j'en ai j'en prends de temps en temps mais simplement parce qu'autrement il faudrait faire un traitement pendant 3 jours et puis non non moi je prends juste à la dose qu'il faut et ça me va c'est c'est un complément si vous voulez pour éviter désagrément ça marche pour moi ça marche très bien. »  
Louis*

*« ah non ah non non non le seul traitement ah si je ...enfin j'ai pas été touché je pense à tout ça c'est dans toutes mes tournées vous savez on dit la turista mais c'est pas forcément la turista parce que vous mangez vous faites bien attention et souvent il y a des gens qui font des diarrhées et des diarrhées assez forte et je m'en vais toujours moi avec mon Ercéfuryl. »  
Michel*

Seul un patient utilisait des compléments alimentaires de manière répétée et se disait très convaincu. Ce même patient disait être imperméable à tout effet psychologique.

*« ce n'est pas un effet psychologique le psychologique ne m'atteint pas tellement je suis un pragmatique et je crois que ça m'a fait du bien et je me demande j'ai arrêté depuis depuis deux trois jours et je me demande si je n'ai pas un dérangement consécutif à cette interruption ce qui*

*montrerais donc que ce complément alimentaire à une action véritable » Jean*

Une seule patiente remarquait le coût associé à un médicament en vente libre.

*« je pense pas je sais pas je prends du machin du Tanakan mais il y a très très longtemps que je prends du Tanakan quand j'ai une boîte j'en prends il y en a 90 dedans et puis quand j'en ai pas je m'en passe et puis c'est ma fille qui m'en prend à Nantes. c'est cher la la pharmacie le Tanakan c'est pour le sang ça alors là en ce moment j'en ai plus » Marcelle*

### 3.8.1 Évaluation des médicaments sans ordonnance

#### 3.8.1.1 Notion d'absence de risque

*« je pensais que c'était quelque chose de bénin puisque ce n'est pas indiqué par les médecins ça prouve que ça peut être vendu à tout le monde c'est peut-être un petit peu enfantin de dire ça c'est vrai parce qu'on a pas à se faire son ordonnance soi-même mais je n'ai jamais fait de comment ça s'appelle d'homéopathie tout ça c'est peut-être bien mais je n'en ai jamais éprouvé le besoin. »*

*Ginette*

*« je considère que les médicaments les compléments alimentaires sérieux que l'on a en parapharmacie je ne pense pas qu'il soit dangereux j'ai j'ai assez confiance disons » Jean*

*« à part à part de la levure de la levure de bière ou des trucs comme ça des trucs comme ça des trucs secondaire là » Lucette*

*« non il y a bien longtemps que j'en avais pas pris quand elle m'a dit ça la petite dame la elle me dit mais j'ai quelque chose à base de plantes ah bah je lui ai dit oui on risque rien avec les plantes hein alors je lui ai dit bah oui donnez-moi ça alors ce fameux petit. » Marcelle*

#### 3.8.1.2 Inquiétude liée à la prise de ces médicaments

*« et bien évidemment fff évidemment on peut on peut craindre qu'il y ait des des médicaments qui aient une action non souhaité » Jean*

*« pfiou rien du tout je pense que ça me plaît pas tellement d'en prendre parce que je ne suis pas sûr je suis pas sûr des effets non j'aime mieux pas j'en prends pas je vous dis j'aime déjà pas prendre les autres alors j'ai des tas de médicaments comme par exemple un truc comme ça par exemple je l'ai pas entamé. » Lucette*

#### 3.8.1.3 Notion d'absence d'efficacité

*« autrement non l'Harpadol l'Harpagophytum des trucs comme ça j'y crois pas de trop ça fait pas trop d'effet. » Lucette*

*« alors à ce moment-là vous vendre n'importe quoi d'abord sans résultat souvent. » Michel*

#### 3.8.1.4 Avis sur les médecines non allopathique

*« il y a pas de il y a des gens qui se dirige vers des médecines douces et tout le reste avec les charlatans qu'il y a autour [...] ici on avait été voir sur recommandation c'est le monde paysan ici alors il y a toujours des guérisseurs alors une fois il était venu à la maison ici là il y a le chauffe-eau là-bas il y a un chauffe-eau dans le couloir dans un placard et puis il y a des tuyaux ça chauffe il avait dit ici vous avez des ondes ça chauffe bien sûr c'était le chauffe-eau on a laissé le tomber de guérisseur. » Rémi*

### 3.9 Influence des lobbys

4 patients avaient conscience de l'influence des lobbys pharmaceutiques.

*« il y a peut-être 90 % des médicaments ou plutôt disons 80 % des médicaments qui sont inutiles et qui sont bombardés par les laboratoires pharmaceutiques et qui sont commercialisés par les médecins et les pharmaciens sans aucune sans aucun intérêt pour le patient. »*

*« j'essaie de faire la part des choses parce que dans les revues que je lis je sais bien également qu'il y a des choses qui sont fausses c'est-à-dire qu'il y a il y a des lobbys qui vont critiquer tel médicament et d'autres vont dire que ce n'est pas que c'est très bien enfin il y a des choses et son contraire souvent si bien qu'il est assez difficile de discriminer dans les lectures que je fais c'est difficile de savoir où est la vraie vérité mais enfin voilà où j'en suis je ne suis pas dupe de ce qui se passe au niveau mondial. » Jean*

*« Je suis à me demander si cet implant là que les Américains font je crois à 99 % ils font tous comme ça si c'est valable ou alors de mettre des implants un implant normal alors voilà et puis après on vous fait des lunettes pour lire autrement. » Louis*

*« ah non non non je suis pas contre les pharmaciens loin s'en faut hein mais je dis à chacun c'est pareil des étages donc il y a besoin des produits conseils la comme ça on va dire comme ça où il gagnent bien leur croûte la dessus d'ailleurs. » Michel*

*« le pharmacien ils veulent pas nuire à la vente de leur truc et puis ils disent que c'est bien c'est bon. », « mais pas avec les pharmaciens ou autre parce que j'estime qu'eux ils font le commerce du médicament. » Yves*

## 4. Source d'information en santé

### 4.1 Source principale

Le médecin traitant ou spécialiste d'organe était cité comme la première ressource pour obtenir des informations.

*« bah je suis allé voir le docteur. » Annick*

*« je me tourne vers madame L ça je ne demanderais pas conseil à personne » « quand je vais aller voir Madame L je lui aurais posé la question à elle parce que parce que ce n'est pas elle qui m'a indiqué ça je l'ai acheté de moi-même » Ginette*

*« ben j'en avais parlé au docteur L. je lui ai dit il y a des comment on appelle ça des génériques je crois je lui ai dit ça serait pas ça qui oh il m'a dit je pense pas » Marcelle*

*« mais c'est pas c'est pas comme ça qu'on se soigne nous on va voir le médecin d'abord. » Rémi*

### 4.2 Source secondaire

Les résultats sont présentés par ordre de fréquence de leur citation par les interviewés.

#### 4.2.1 Pharmacie

*« ah bah quand j'ai voulu prendre des remèdes à la pharmacie des C quand je suis allé le pharmacien me dit ben écoutez j'en ai pas mais j'ai celui-là qui est très bien qui remplace » Annick*

*« à la pharmacie des fois quand même oui à la pharmacie ah ben si ils me disent prenez pas ce médicament en même temps quoi voilà quoi mais ça va » Clément*

« et puis bon elle alors je suis allé à la pharmacie en demandant qu'on d'ailleurs on en a redonné la preuve donc c'est celui-là qui va me manquer quand je vais aller voir Madame L alors là qu'est-ce que je lui ai demandé si si c'était ennuyeux que je n'en ai pas pris pendant 48 heures alors il m'a dit il vaudrait mieux il aurait mieux valu ne pas alors je lui ai dit bah oui mais je m'étais pas aperçue qui ne m'en restait pas » Ginette

« ah oui oui oui je connais bien la pharmacienne de la grande Ouche oh oui oui on discute de temps en temps et puis oui je pense que dans une certaine mesure les pharmaciens sont au moins aussi pertinents que les médecins pour la prescription des médicaments je n'irai pas très loin dans cette dans cette discussion là mais je trouve que les pharmaciens sont bien oui ils donnent des bonnes informations et puis alors il est probable que les médecins je pense que chacun dans sa spécialité pharmacien et médecin ils doivent avoir des renseignements chacun chacun ses renseignements de son côté c'est sa façon de voir si je puis dire je crois que le médecin ne voit pas comme le pharmacien et vice-versa » Jean

« ben en fonction je demanderais déjà je regarderais les posologies et je demanderais peut-être au pharmacien aussi ? » Louis

« moi : à la pharmacie ça vous arrive d'aller chercher des informations ? L : oui oh bah oui parce que des fois on a un bobo qui guérit pas ou n'importe quoi je vais pas aller chez le médecin pour ça je demande s'il y a une pommade un truc mais c'est pas souvent je cherche un peu par moi-même. » Lucette

« ben j'ai demandé hein quand il me donne tous mes remèdes je lui dis c'était le pharmacien mais enfin c'était une jeune dame qui était là que je connais très bien depuis très très longtemps. Oui elle explique bien elle aussi » « ah oui mais je me demandais l'autre jour au pharmacien parce que j'ai trouvé que si je prenais un peu plus de paracétamol mais démangeaison j'en avais moins alors en effet en ce moment là j'en ai pas ». Marcelle

« bon vous savez je connais maintenant c'est pas la peine depuis le temps ben non mais c'est vrai que les pharmaciens sont de bons conseils aussi. [...] ben part il est de bon conseil par rapport aux médicaments que vous aller prendre à quoi il est destiné et même quelquefois la formulation » Michel

« on demande au pharmacien des fois les effets qu'il peut y avoir. » Rémi

#### 4.2.2 Entourage

Les enfants étaient les premiers cités, mais on retrouvait aussi les amis et les collègues de travail.

« Avec des amis quoi que je rencontre je dirais bon certaines personnes me disent tiens je prends ce médicament je sais pas si je devrais bien le prendre alors on discute quand même un petit peu des problèmes de chaque chacune chacun expose ses problèmes de temps en temps. » Anne

« ah si si j'ai une fille qui est kiné donc si je parle mais pas plus pas plus que ça . » Annick

« enfin moi j'ai eu des échos je lui en ai parlé d'un cousin qui était sous Xarelto et qui a du arrêter. »

« je connais bien le problème parce que j'ai donc un neveu je vous disais il est en fin de carrière de médecin dans le Finistère il a ses trois enfants enfin oui c'est trois enfants qui sont médecin aussi il était prof d'ailleurs à la fac de Brest bon on discute bon il y a beaucoup de choses qu'on connaît. »

« vous savez avec mes collègues on discute beaucoup aussi » Jean

« à ma sœur peut-être mais enfin pas tellement elle est infirmière elle était. » « non je sais pas on en parle entre nous j'en parle avec ma sœur j'en parle aussi on en parle avec ma fille j'ai une fille qui prend beaucoup de médicaments alors je lui en parle ça m'emballe pas parce qu'elle est obligé. »

Lucette

« ben ils me connaissent bien déjà alors oui on parle de quoi non mais mes informations peut-être un petit peu j'en sais rien et puis non on en parle pas. » Michel

« non c'est plutôt nous qui leur disons consultez ils arrivent à des tranches d'âge où il faudrait consulter ils sont un peu négligents de ce côté-là. » Rémi

*« parce que j'estime que les gens ne me connaissent pas suffisamment pour me dire il faut tel et tel et bon j'en discute quelquefois un petit peu avec mes filles qui ont 62 ans et 66 ans à présent et bon quelquefois je lui dis bon je prends ça mais ça va. » Yves*

#### 4.2.3 Notice

*« ben je regarde sur la notice quoi on m'a toujours dit qu'il fallait pas tout prendre à la lettre parce que parfois c'est contradictoire avec d'autres médicaments. » Clément*

*« sur les notices vous voulez dire ? oui oui oui... » Rémi*

*« et puis les notices en général je les lis et d'ailleurs j'ai bien fait de les lire assez souvent » Jean*

*« alors ça me plaît pas alors je le prends pas c'est tout j'ai lu tous les trucs dessus moi j'en veux pas. vous lisez les notices ? oui si ça me plaît pas je prends pas enfin à moins que je sois obligé là si je suis obligé mais là ça je le prends pas j'ai lu les trucs là j'ai pas mes lunettes je suis miro un peu ils disent de faire attention. » Lucette*

#### 4.2.4 Internet

*« ah oui alors là oui disons que je cherche sur internet des fois » « bon j'ai cherché les... sur Internet oh j'ai pas trouvé énormément de choses j'ai peut-être mal cherché aussi » Jean*

*« j'essaie de me renseigner je vais chercher sur internet je demande... fff c'est pas toujours juste sur internet mais enfin je regarde quand même je me que les effets tout ça. » Lucette*

*« pfiou quelquefois là je dirais c'est de la curiosité mais pour m'amuser avec Internet maintenant Google vous cherchez pour regarder. » Michel*

*« ben des fois on regarde sur internet les avis mais on sait très bien qu'il faut faire attention il faut y aller avec précaution. on prend on regarde si on a pas assez d'information va voir sur internet oui. » Rémi*

#### 4.2.5 Livre et revue

*« enfin j'ai des infos quand même je lis beaucoup beaucoup beaucoup et je regrette d'ailleurs de ne pas avoir assez de temps pour lire alors j'ai j'ai pas mal de lecture qui vont dans le sens médical. » Jean*

*« dans des lectures, dans des lectures comment dans des hebdomadaires non autrement non je ne cherche pas ... » Louis*

*« alors tous les bouquins que je trouve je me mets les regarder » Marcelle*

#### 4.2.6 Médias

*« ben j'écoute j'écoute la radio quand il y a quelque chose des émissions quelquefois mais c'est pas ma grande inquiétude. » Annick*

*« euuuuh les infos je les ai eu surtout à la télé donc il y a des médicaments pas comme les américains qui donne des voilà il y a certains médicaments je me rappelle plus le nom mais qui sont voilà qui font un diabète qui donne un diabète de catégorie B je crois enfin bon cela non apparemment voila » Louis*

#### 4.2.7 Crédibilité des sources

Deux patients signalaient leur méfiance quant aux sources accessibles. La validité des sources est souvent inconnue et il était dur de juger l'information.

*« mais avec tout ce qu'on vous dit tout ce qu'on vous raconte parce que tout n'est pas bon non plus il faut faire attention et donc ça j'ai de l'information si on peut dire comme ça si on peut dire de*

*l'information voilà si on veut donc avec ma petite recherche que je vais faire mais je sais je s'est juste au niveau curiosité on peut l'appeler comme ça mais c'est tout je vais pas plus loin. » Michel  
« ben des fois on regarde sur internet les avis mais on sait très bien qu'il faut faire attention il faut y aller avec précaution. on prend on regarde si on a pas assez d'information va voir sur internet oui. » Rémi*

## **5. Analyse des ordonnances**

Les principales caractéristiques des ordonnances ainsi que les résultats des analyses sont présentés dans le tableau 2. Les détails des analyses sont disponibles en annexe 6.

Tableau 2: Caractéristiques et analyse des ordonnances des patients interrogés

Classe Médicamenteuse	Anne	Annick	Clément	Ginette	Jean	Louis	Lucette	Marcelle	Michel	Rémi	Yves	Au total /11
Anticoagulant oral	-	-	-	-	AOD sous Dosé	-	-	AOD sous dosé	-	-	AOD sous Dosé	3
Antihypertenseur	Tri-thérapie (b-bloquant, Diurétique thiazidique, diurétique Hyperkaliémiant)	Sartan	Bi-thérapie (B-bloquant, Inhibiteur calcique)	IEC	B-bloquant	tri-thérapie (b-bloquant, Diurétique Thiazidique, Sartan)	-	Bi-thérapie (B-bloquant, Diurétique Hyperkaliémiant)	Bi-thérapie (B-bloquant, Sartan)	-	-	8 dont 2 tri-thérapie 3 bi-thérapie
antidiabétique	-	-	-	-	-	-	-	Per os x1	-	-	-	1
Antalgique	-	-	-	-	-	-	Triptan	Paracétamol	-	-	-	2
Hormone thyroïdienne	-	-	-	-	-	-	Levothyrox	-	-	-	-	1
Inhibiteur de la Pompe à protons	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Statine	-	-	1	1	-	1	-	-	1	-	1	4
Anti-arythmique	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Anti agrégant Plaquettaire	-	-	1	1	-	1	-	-	1	-	-	4
Corticoïde	-	-	-	-	-	-	-	Cutané	-	-	-	1
Anticholinergique	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Diurétique	-	-	1	-	1	-	-	1	1	-	-	4
Alpha-bloquant	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Vitamine	Vitamine D	-	-	Calcium	-	-	Vitamine D+E	Fer	Vitamine D	-	-	5
Collyre	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	2
Nombre de médicament	3	1	7	5	4	4	5	9	6	2	2	Moyenne 4,3
nombre de modification Par STOPP START	0	0	4	0	3	1	0	4	1	0	1	Moyenne 1,2
nombre de modification Par DICTIAS	1	1	5	0	3	0	1	3	2	0	2	Moyenne 1,6

Les principaux médicaments pris par les patients étaient par ordre décroissant de fréquence : les antihypertenseurs, les vitamines, les statines, les antiagrégants plaquettaires, les diurétiques, les anticoagulants oraux, les antalgiques, les antiarythmiques, les collyres, les hormones thyroïdiennes, les inhibiteurs de la pompe à protons, les antidiabétiques oraux, les corticoïdes cutanés, les anticholinergiques et les alpha-bloquants. Aucun antidépresseur, ni somnifère, ni psychotique n'était retrouvé dans les ordonnances.

Les changements proposés concernaient le dosage des anticoagulants, la modification des classes thérapeutiques des antihypertenseurs, le retrait des statines, des inhibiteurs de la pompe à protons et des anticholinergiques.

# DISCUSSION

---

## 1. Résultat principal

Je retrouve chez les personnes âgées présentant un vieillissement réussi une prise en charge médicamenteuse globalement cohérente et adaptée bien qu'imparfaite.

Il apparaît que ces patients ont une bonne relation avec leurs médecins traitants. Cette bonne relation favorise l'échange et la réévaluation de la prise en charge globale, en accord avec le patient. Les patients sont impliqués dans leur prise en charge, demandeurs d'informations et moteurs dans leur traitement. Cette implication du patient permet plus de vigilance et une alerte probablement plus précoce en cas d'erreur ou de mauvaise tolérance médicamenteuse. La confiance établie avec le médecin favorise leur observance et limite le risque de mauvais usage des médicaments.

Le vieillissement réussi étant favorisé par de multiples facteurs, il n'est pas étonnant de retrouver de multiples liens entre les différents résultats retrouvés. L'analyse qualitative effectuée à partir de ces entretiens m'a permis de mettre en évidence de nombreux liens autour des 4 thèmes principaux. (Annexes 7 à 10) Les liens les plus forts m'ont ensuite guidée vers un modèle conceptuel reliant le vieillissement réussi à la prise en charge thérapeutique.

Selon la perception des patients, le vieillissement réussi semble favoriser une bonne prise en charge médicamenteuse et la bonne prise en charge médicamenteuse semble favoriser le vieillissement réussi.

En effet, l'impression de bonne santé favorise une définition utilitariste des médicaments. Cette vision positive des médicaments intègre la notion de prise liée à une nécessité. Les patients expriment alors leur volonté de limiter le nombre de médicaments pris au quotidien. Pour cela, ils font confiance à leur médecin et entretiennent avec lui une bonne relation, fondée sur son humanité. Cette relation de qualité permet une bonne transmission des informations entre eux. Le patient possède donc une bonne connaissance de sa santé, lui permettant de la gérer de manière autonome. Le savoir qu'ils possèdent, l'attention portée à leur mode de vie et l'acceptation de leur âge, permet de garder la santé en préoccupation secondaire. Cela n'empêche pas la mise en place d'une routine qui favorise une observance satisfaisante et permet de limiter l'automédication. L'observance réduit le risque d'effets indésirables. Chez les patients interrogés une capacité à alerter sur ces effets a été identifiée. Tout cela participe au sentiment de vieillissement réussi et le favorise probablement.

## 2. Discussion des résultats éclairés par la littérature

Comme attendu à la lecture de la revue de littérature de *Mohammed et al* (2015), sur l'expérience de patients de tout âge avec leurs médicaments, les mécanismes impliquant le vieillissement réussi et la prise en charge médicamenteuse sont complexes (103).

Cette méta-analyse a pu résumer ces mécanismes dans un schéma reproduit ci-dessous en français.

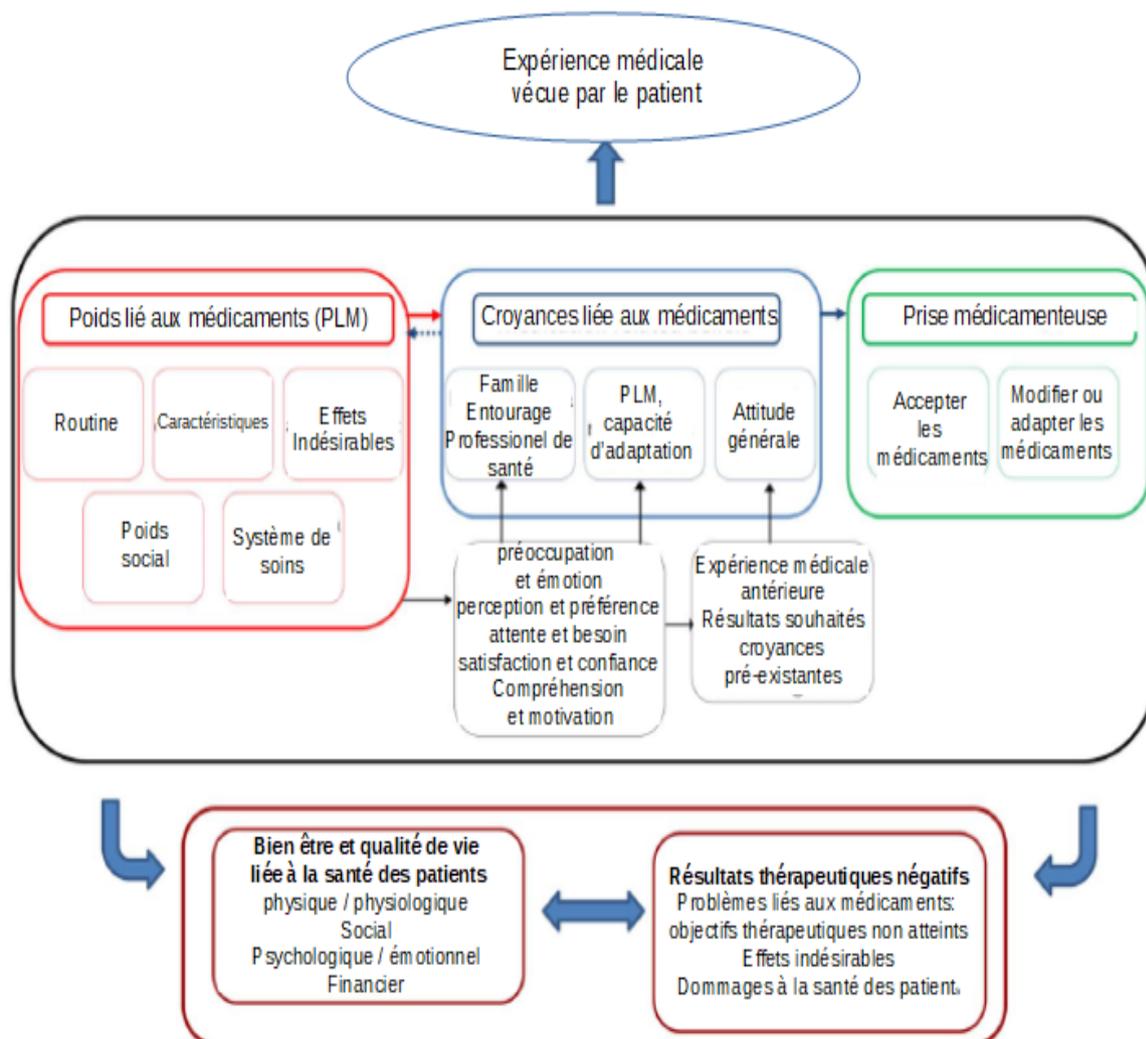


Figure 2: Modèle conceptuel des expériences vécues par les patients avec leurs médicaments selon Mohammed et al (2015)

## 2.1 Définition utilitariste des médicaments

L'étude de Moen et al (2009) réalisée auprès de personnes de 65 ans et plus, retrouve une coexistence d'avis positifs et négatifs autour des médicaments. Les patients exprimaient tout d'abord la chance d'avoir accès à des médicaments, puis le fait que la prise de médicament n'était pas considérée comme un problème. Ils exprimaient leur reconnaissance de pouvoir vivre plus longtemps grâce aux médicaments. Dans un second temps les participants ont révélé qu'ils utilisaient les médicaments parce qu'ils le devaient (89). Dans la population âgée, seules 68 % des personnes estimaient les médicaments efficaces (88).

Mohammed et al, mettait en évidence le poids que pouvaient représenter les médicaments pour les patients. Plusieurs éléments étaient énoncés : le poids des médicaments au quotidien, les caractéristiques liées aux médicaments (nombre, régime, galénique...), l'impact des effets indésirables, le poids social et la complexité liée au système de soin (103).

Une autre étude de Hauchard et al (2006) identifiait des liens entre la personne âgée et ses médicaments dont le lien de dépendance, le lien « faire face », le lien social et le lien de sécurisation. Le lien de dépendance, était liée à la consommation de psychotrope, d'antidépresseur ou de somnifère. Le lien « faire face », correspondait à l'utilisation du médicament pour faire face à la douleur ou à la dépression. Le lien social montrait que les relations sociales générées par la prise de médicaments, (médecin, pharmacien...) étaient une dimension primordiale pour les personnes

vieillissantes. Le lien de sécurisation était relié à l'aspect sécurisant du médicament. Le médicament était considéré comme rassurant et préservant la santé (88).

Dans mon étude, les médicaments sont définis par les patients interrogés comme quelque chose de positif. Ils permettent l'amélioration de la santé et sont jugés utiles. Lorsqu'ils doivent les définir, les patients évoquent rarement les effets secondaires. En accord avec les précédentes études, cette vision est, dans la suite des entretiens, contrebalancée avec les effets négatifs associés aux médicaments. Il est intéressant de noter que la première réaction à mes questionnements sur les médicaments est toujours liée aux effets bénéfiques de ceux-ci.

Contrairement à la population âgée générale, les patients n'ont pas exprimé de lien de dépendance, ni de « faire face ». Les patients attribuent en grande partie leur bonne santé à leurs médicaments. Ceux-ci leur évitent la maladie, les soignent, les maintiennent en bonne santé et évitent la mort. Malgré tout, le lien de sécurisation avec la notion de réassurance associé à la prise des médicaments n'est pas complètement retrouvé. Par contre la présence et l'importance du lien social chez les personnes âgées présentant un vieillissement réussi est confirmée de manière forte.

Les entretiens mettent en évidence un nouveau lien : le lien d'efficacité. Ce lien peut être défini par l'efficacité ressentie sur un symptôme ou une maladie donnée, suite à la prise d'un médicament.

Au total, chez les personnes présentant un vieillissement réussi, on constate que la première opinion sur les médicaments est favorable et en lien avec leurs objectifs de soins. On note ensuite deux liens principaux ; le lien social et le lien d'efficacité. Tous deux sont également liés à l'amélioration de la santé apportée par les médicaments.

Cette vision positive des médicaments n'empêche pas les patients d'être réalistes sur l'importance de ne les prendre qu'en cas de besoin.

## 2.2 Limitation du nombre de traitement

L'étude de *Hauchard et al* mettait en évidence un dernier lien : le lien normatif. « Cette représentation de la santé au fur et à mesure que l'on vieillit résulte d'une prise de conscience d'un état de santé qui se dégrade. Ainsi, prendre des médicaments est une obligation à caractère inévitable. Cette rationalité de l'acteur qui reconnaît sa condition de malade, place l'objet médicament au centre de la représentation de la santé comme l'indicateur normatif du vieillissement » (88).

Les études réalisées sur la population âgée identifiaient une bonne motivation à prendre des médicaments. Pourtant certaines études montraient que, plus une personne âgée prenait de médicaments, moins elle se sentait en bonne santé (15,90). L'une des études définissait qu'au-delà de 6 médicaments quotidiens il était difficile pour une personne de sentir en bonne santé. On parle dans la littérature des médicaments comme d'un « mal nécessaire » (15).

L'étude de *Moen et al* identifiait la notion d'obligation de prise médicamenteuse nuancée par la volonté des patients de ne rien prendre, s'ils en avaient la possibilité (89).

Dans la population générale, les avis étaient plus balancés. Une partie des patients associait l'augmentation du nombre de traitement à une perte de contrôle. Une autre partie considérait la prise de médicament, quel que soit le nombre, comme un élément essentiel au maintien de leur santé (103).

Tous les patients de mon étude évoquent leur souhait de ne pas prendre trop de médicament. Leurs propos n'établissent pas de limite claire entre le bon nombre et le surplus de médicament. La volonté de limiter leur nombre de traitement rend les patients critiques face à l'ajout d'un nouveau traitement. Cette idée confirme bien la notion d'obligation de prise qui a pu être abordée par certains.

En effet, comme énoncé dans le préambule tout l'art de la prescription réside dans la recherche d'un bon équilibre. Lorsque je regarde l'ensemble des données, je trouve que les patients appréhendent

plutôt bien cet équilibre. Ils semblent avoir compris que trop de médicaments peuvent être néfastes à leur santé, mais ils ont aussi conscience qu'un certain nombre de ceux-ci sont indispensables pour les garder en bonne santé.

La perception de la balance bénéfique/risque des médicaments pourrait être un des éléments importants favorisant la bonne santé.

### 2.3 Bonne relation avec leur médecin traitant

Selon une étude, 79% des personnes âgées avaient une bonne relation avec leur médecin traitant. Cette bonne relation a été identifiée comme une attente forte de leur part (104). L'étude qualitative réalisée en 2014 par *Marcinowicz et al* montrait l'importance qu'elles accordaient au rapport humain avec leur médecin. Celui-ci était jugé plus important que l'examen médical (105). Toutes les personnes interrogées dans une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) en 2016 s'accordaient à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concernait la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Les personnes enquêtées évoquaient l'importance d'être bien informées sur leur prise en charge, d'avoir la possibilité de s'exprimer et l'importance des échanges et de la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans leurs soins.

Une étude qualitative plus ancienne réalisée auprès de personnes âgées saisissait l'importance de la confiance que les patients avaient dans leur médecin (106).

*Atherly et al* insistaient sur la satisfaction déterminée par l'humanité et les qualités personnelles du médecin (107).

*Mohammed et al* retrouvaient une prise en compte limitée, dans la pratique des médecins, des expériences médicamenteuses des patients. Lors des consultations, l'attention accordée à leur difficulté n'était pas optimale. Les médecins étaient souvent mal informés des défis rencontrés par les patients avec leurs traitements. D'autre part les cliniciens accordaient moins d'attention aux informations psychosociales des patients par rapport aux facteurs biomédicaux dans la prise des décisions thérapeutiques. D'autres études ont confirmé la plainte des personnes âgées sur leur manque d'information (89,105).

L'importance identifiée dans toutes ces études du lien entre le médecin et son patient n'a pas empêché *Ballantyne et al* de constater que la communication entre le patient et le professionnel de santé était extrêmement limitée (108).

A la différence des études précitées, tous les patients de mon étude décrivent une bonne relation avec leur médecin traitant. Pour la plupart cette relation a été bonne avec tous les médecins qu'ils ont pu côtoyer pendant leur vie.

Cette relation est placée sous le signe de la confiance, même si celle-ci peut prendre différentes formes (de la confiance aveugle à la confiance éclairée). Elle est selon moi le point de départ de la bonne relation médecin/patient. Les patients l'expliquent surtout par l'humanité ressentie auprès du médecin.

L'humanité et la confiance permettent un dialogue ouvert et une bonne transmission des informations. La consultation est aussi décrite comme un espace de liberté, où les patients peuvent s'exprimer sans craintes. Cette liberté participe sûrement à la discordance des ressentis sur les informations reçues avec les études préexistantes. Les patients n'hésitent pas à aller chercher les informations qui leur manquent.

De plus la curiosité, que l'on perçoit dans les entretiens, demande au médecin une attention et une justification lors de l'ajout ou du retrait d'un traitement. La prescription médicamenteuse résulte alors d'un échange entre le médecin et le patient. Tous ces éléments participent probablement à la qualité des soins qu'ils reçoivent. On se rappelle alors que la qualité des soins a été identifiée comme l'un des facteurs favorisant le vieillissement réussi.

## 2.4 Connaissance de leur santé et de leurs médicaments adaptés à leurs besoins

*Bastiaens et al* ont montré que les personnes de 70 ans et plus souhaitaient être impliquées dans leur santé. Leur définition de la participation était axée sur la « relation de prise en charge », « l'approche centrée sur la personne » et la « réception d'informations » plus que sur la « participation active à la prise de décision » (109).

L'étude de *Moen et al* identifiait une part importante de questionnement et de pensée non partagées avec le médecin. Les personnes âgées étaient dans l'attente de plus d'information, plus accessible et mieux sélectionnée afin d'aller à l'essentiel (89). Cette attente était confirmée dans l'étude de *Krucien et al* (2014) qui montraient que les personnes souffrant de polyopathologies chroniques considéraient que l'information régulière, sur leur état de santé et leurs traitements, étaient essentielle à des soins de qualité (110).

Par ailleurs, le droit à l'information sur leur état de santé et leur traitement était clairement revendiquée par les personnes âgées qui étaient attachées à être impliquées dans les décisions les concernant. De plus, la coordination de leur prise en charge par le médecin traitant apparaissait comme un moyen d'améliorer leur expérience du système de soins (111). L'autonomie faisait partie des besoins psychologiques fondamentaux ayant besoin d'être satisfait pour aboutir à un vieillissement réussi, selon la théorie de l'autodétermination de *Deci et Ryan* (112).

Plusieurs études ont confirmé que l'information sur un traitement ne peut être complètement transmise s'il n'y a pas de bonne compréhension du patient. Et ceci était permis par une bonne communication du médecin (108,113,114).

D'après une enquête de la SOFRES (SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉTUDES ET DE SONDAGES) en 2001, en population générale, la principale source d'information restait le médecin (86 %). Elle était suivie par le pharmacien (76 %), la notice (71 %), le bouche à oreille (52 %), les livres et les médias (36 %).

Des études ont montré que l'approche « centrée sur le patient » augmentait le niveau de satisfaction des personnes âgées et favorisait leur rétablissement. Cette approche visait à prendre en compte les besoins du patient, son degré d'autonomie, et à le faire participer à la prise de décision en respectant ses valeurs et préférences. Ceux qui étaient informés et consultés sur les soins qui allaient leur être prodigués avaient de meilleurs résultats en termes de guérison (113). Une autre étude a pu souligner que les personnes présentant le plus de préoccupations concernant leur santé avaient moins de chance d'être adhérent à leur traitement (114).

D'après l'impression tirée des entretiens, les patients semblent avoir les informations qu'ils recherchent. Contrairement à ce qui a déjà pu être décrit dans la littérature, les patients sont plutôt satisfaits de la quantité et de la qualité des informations. Ils se disent suffisamment informés de leurs traitements et de leurs buts. Ils connaissent leurs maladies et sont globalement satisfaits des réponses qu'ils ont reçues.

Les connaissances sont acquises par les mêmes moyens que la population générale.

Leurs connaissances sont nécessaires et à priori suffisantes pour leur permettre de continuer à gérer seuls leur santé. La gestion autonome de celle-ci est importante pour eux.

Je note par ailleurs que les informations concernant les effets secondaires potentiels de leurs médicaments ainsi que des interactions possibles ne sont quasiment pas évoquées. Ce défaut d'information n'est pas ressenti comme un manque.

## 2.5 Préoccupation limitée de leur santé

Pour les personnes vieillissantes, la santé « constituait leur principale préoccupation et leur principal souhait pour l'avenir » (115). *Hauchard et al* ont retrouvés que dans le but de préserver leur santé : 41 % des personnes âgées contrôlent leur mode de vie, 59 % ont une activité physique et 72 % une

activité intellectuelle (88). Ces stratégies pour la santé étaient confirmées dans une autre étude en 2011(108).

La valeur attribuée à la santé n'est pas si évidente qu'il y paraît. Une ancienne étude de 1998 réalisée chez des patients hospitalisés a montré que ces patients seraient peu enclins à changer leur état de santé actuel contre un temps plus court en excellente santé (116).

Dans notre étude, les patients positionnent leur santé au second plan de leurs préoccupations. Celle-ci n'étant pas un frein dans leur vie quotidienne, elle n'est pas omniprésente. Le fait de pouvoir vivre « normalement » est souvent attribué à de la chance. C'est à l'origine de bonheur et de joie de vivre, largement exprimés par les patients. La santé est néanmoins présente au quotidien par l'attention que portent les patients à leur mode de vie, tout particulièrement, via l'alimentation et l'activité physique.

L'analyse des entretiens permet de réaliser que les patients ont pleinement conscience de leur âge. Ils ont accepté leur vieillissement. Cette réalité leur permet de mieux supporter les changements qui s'imposent avec l'âge et de continuer à vivre en s'adaptant aux nouvelles contraintes.

## 2.6 Une observance satisfaisante et une automédication limitée

Dans la littérature, comme rappelé dans le préambule, l'observance était très variable chez les personnes âgées. Une étude estimait que près de la moitié des personnes âgées ne respecteraient pas les ordonnances données par leurs médecins (90). Malgré tout, les personnes âgées seraient plus observantes que les plus jeunes (13). La routine favoriserait l'observance et serait une clé pour supporter les traitements (89).

Une étude danoise retrouvait une part importante de pratique de l'automédication chez les plus de 75 ans : 73 % des patients avouaient consommer des médicaments sans ordonnance (117).

Une autre étude sur les effets indésirables médicamenteux en population générale a montré que 2 % des patients ayant eu recours à l'automédication ont présenté un effet indésirable. Les effets indésirables liés à l'automédication étaient estimés à environ 18 % des effets indésirables totaux (118).

L'incidence des effets indésirables augmentait exponentiellement avec le nombre de médicaments prescrits : un effet indésirable survenait annuellement chez 4 % des patients qui prenaient 5 médicaments ou moins et chez 54 % de ceux qui prenaient plus de 16 médicaments (119,120).

Parmi les patients ayant acheté en pharmacie un médicament sans ordonnance, 16 % étaient potentiellement exposés à une interaction médicamenteuse vis-à-vis de leur traitement habituel pris « au long cours » (121).

Le recours à l'automédication était subordonné à la connaissance antérieure du symptôme. La confrontation à un symptôme inconnu amenait les patients à consulter leur médecin.

L'automédication était réflexe et symptomatique pour 69 % des patients et 47 % des sujets étaient persuadés de l'innocuité des médicaments d'automédication (122).

Dans mon étude, l'observance n'est certes pas parfaite mais les patients interrogés respectent souvent la dose et la fréquence prescrites par le médecin. L'observance est dans notre cas probablement favorisée par la relative bonne santé des patients et le nombre globalement limité de traitements quotidiens. En cas de désaccord ou de modification de leur traitement, ils en parlent le plus souvent à leur médecin afin de s'accorder sur la prise en charge thérapeutique. La notion de routine qui permet d'éviter les oublis est mentionnée à plusieurs reprises par les patients. Elle est cohérente avec les études chez les personnes âgées.

Les personnes interviewées évoquent toutes l'utilisation de médicaments sans ordonnance mais la plupart les utilise très ponctuellement et souvent avec le conseil du médecin ou du pharmacien, conseil parfois demandé après la prise. L'absence d'une liste trop longue de traitements limite les risques d'interactions liés à l'automédication. Comme retrouvé en population générale, ils ont

recours à l'automédication pour des symptômes jugés bénins et vont consulter leur médecin en cas d'inquiétude ou de doute. L'impression d'innocuité de ces médicaments est variable parmi les patients.

### 2.7 Capacité à alerter sur les effets indésirables ressentis

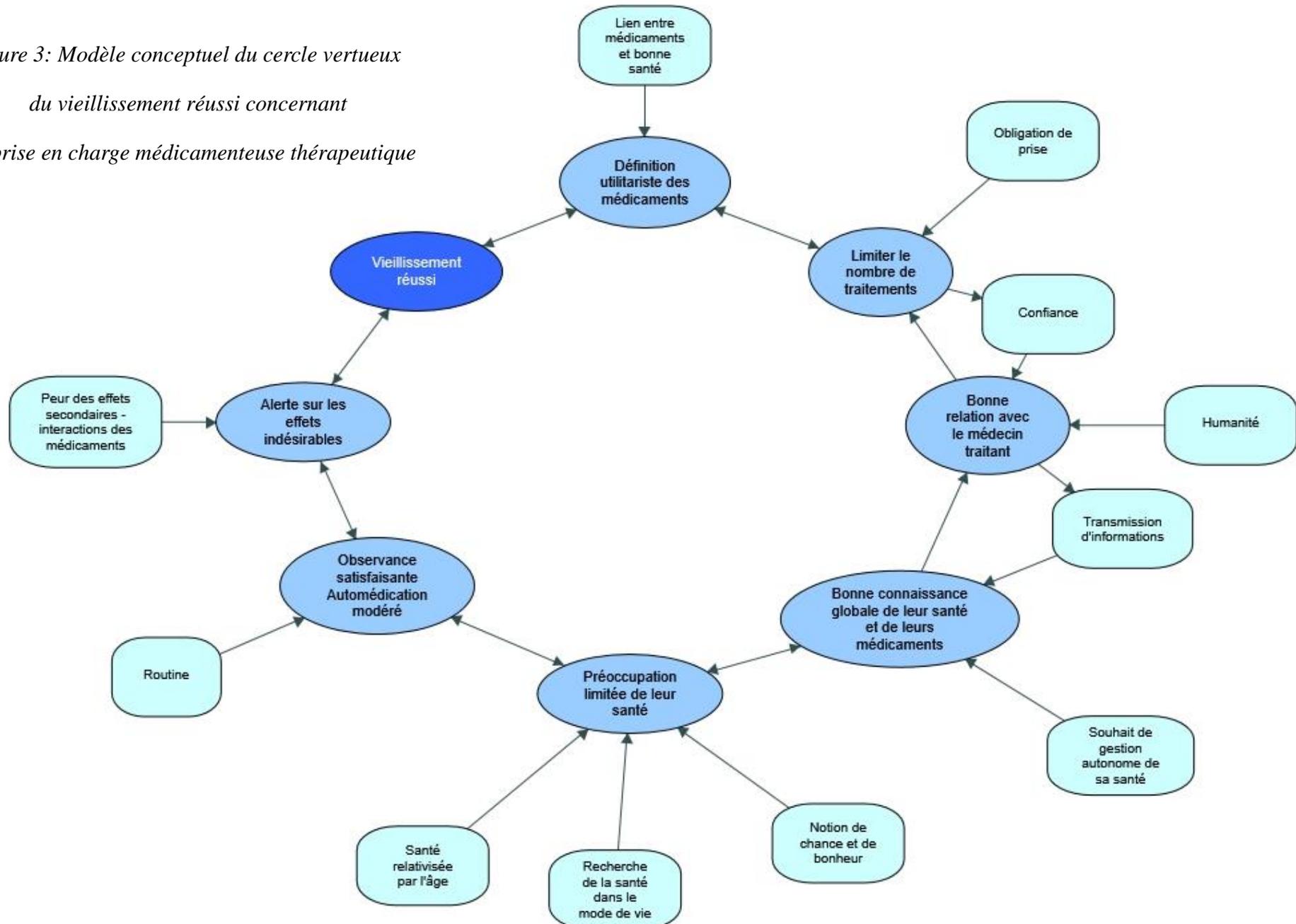
L'inquiétude liée aux effets secondaires des médicaments a été décrite (89,123).

Les effets indésirables des médicaments étaient significativement moins fréquents chez les patients âgés polymédicamentés (7 à 9 médicaments) dont les prescriptions étaient jugées appropriées (3). Par ailleurs je n'ai pas retrouvé d'étude sur l'impact de l'alerte, suivant l'apparition de symptômes inexpliqués, sur les effets secondaires liés aux médicaments. Seule une étude retrouvait un nombre significatif de personnes âgées ayant rapportées elles-mêmes un effet secondaire ayant abouti à une hospitalisation mais sans conclure sur le phénomène (15).

Les entretiens ont mis en évidence ce constat, qui me semble particulièrement intéressant, les patients interrogés sont capables d'alerter leurs médecins des effets indésirables ressentis. De plus ils questionnent spontanément leurs médicaments. Les professionnels de santé sont alors obligés de se questionner sur leur responsabilité potentielle. La remise en cause des médicaments est sûrement liée à la peur que les patients ont pu exprimer des effets secondaires. Dans mon étude les patients étant en « bonne santé » la dégradation de celle-ci est une crainte importante. L'ajout d'un nouveau médicament est donc associé à la peur qu'il fasse plus de mal que de bien. Les patients sont demandeurs d'une justification à chaque ajout. Ceci permet peut-être d'éviter une surenchère médicamenteuse qui peut être parfois constatée dans la population âgée.

### 2.8 Schéma récapitulatif

Figure 3: *Modèle conceptuel du cercle vertueux du vieillissement réussi concernant la prise en charge médicamenteuse thérapeutique*



## 2.9 Des ordonnances imparfaites

*Lang et al* et *Nawabzad et al* retrouvaient 25% de prescriptions inappropriées chez les personnes âgées avec l'outil STOPP et 67,5 % avec l'outil DICTIAS(19,124).

Les traitements les plus souvent prescrits et impliqués dans les effets indésirables graves étaient les psychotropes, les somnifères, les inhibiteurs de la pompe à protons, les statines et les antivitamines K, avec un risque accru d'interactions médicamenteuses (125). Dans la population âgée on retrouvait habituellement 29 % de somnifères, 13 % d'antidépresseurs (88). La littérature signalait autour de 32 % des ordonnances avec au moins une molécule ayant des propriétés anticholinergiques (126).

La méta analyse de *Mekonnen* sur des études réalisées entre 2002 et 2014 montrait une réduction de 67 % des effets indésirables graves ayant conduit à une réhospitalisation suite à une conciliation médicamenteuse. Elle ne retrouvait pas d'effet significatif sur la mortalité (127).

Face au risque iatrogénique, les seniors se déclarent massivement prêts à collaborer. 92 % d'entre eux accepteraient que leur médecin révise leur ordonnance pour vérifier sa pertinence. 75 % suivraient le conseil de leur pharmacien s'il leur recommandait de ne pas prendre tel ou tel médicament susceptible d'entraîner un effet nocif sur les autres (7).

Contrairement à ce que je pouvais supposer, les ordonnances des personnes interrogées sont loin d'être parfaitement adaptées. Une moyenne de 1,2 à 1,6 changements sont proposés selon la méthode STOPP/START ou DICTIAS (de 0 à 5 changements). On note que ces chiffres restent inférieurs aux chiffres retrouvés dans la littérature. Les principaux changements proposés sont liés au dosage des anticoagulants, aux retraits des statines et aux retraits des inhibiteurs de la pompe à protons.

Il est intéressant de noter qu'aucun des patients interrogés ne consomme d'antidépresseur, de psychotrope ni de somnifère. Seule une patiente prenait un traitement anticholinergique.

En comparant avec la littérature, les inhibiteurs de la pompe à protons qui sont la première classe thérapeutique en excès, sont peu retrouvés chez nos patients.

Il est impossible de conclure sur ces résultats, au vu de la taille de l'échantillon, mais cela pose question sur le rôle de certaines classes médicamenteuses dans le vieillissement réussi.

## 2.10 Cohérence avec les facteurs prédictifs de vieillissement réussi déjà connu

Plusieurs éléments recueillis sont conformes aux facteurs prédictifs de vieillissement réussi que j'ai pu retrouver dans la littérature. (cf Préambule)

Ainsi les personnes interviewées étaient toutes mariées ou en couple stable avec un bon niveau socio-économique et des conditions de ressources financières qui semblaient satisfaisantes.

La quasi-totalité mentionnaient une activité physique régulière modérée, plusieurs évoquaient une alimentation saine sans consommation excessive d'alcool et une patiente parlait d'un bon sommeil. Certains avaient une activité bénévole ou des temps de loisirs en groupe. Tous avaient une vie sociale active avec les amis ou l'entourage.

Ils étaient nombreux à parler de bonheur, de bien-être et d'une satisfaction de vie. On peut retrouver dans les entretiens des stratégies d'adaptation par rapport à l'âge ou à l'environnement. Une des patientes évoque l'importance de la spiritualité dans sa vie.

Tous ces éléments ayant prouvé leur action positive sur le vieillissement viennent confirmer l'importance de poursuivre la recherche, afin de comprendre au mieux l'implication de chaque facteur dans le vieillissement réussi.

## 2.11 Des situations médicamenteuses à risque non appréhendées

En 2011, une étude française a travaillé sur l'impact de la mise en place d'un protocole de soin visant à améliorer le retour à domicile de patients admis en gériatrie pour une situation aiguë via le programme OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les personnes AGEes). L'intervention explorait trois facteurs : l'optimisation de la prescription, l'éducation thérapeutique et l'amélioration de la coordination ville – hôpital. Cette intervention aboutissait à une réduction de près de 30 % des réhospitalisations à 3 mois (128).

Il est intéressant de souligner qu'aucun participant n'a évoqué l'impact potentiel d'évènements aigus sur l'action médicamenteuse. Les personnes âgées présentant un vieillissement réussi, pas plus que les autres, ne semblent averties des risques en cas de déshydratation, de chute, d'infection, de dépression, de dénutrition...

### **3. Faiblesses de l'étude**

#### 3.1 Statut de l'enquêtrice

Cette étude est la première étude qualitative que j'ai réalisée. Je n'ai eu aucune formation à la recherche qualitative. Mon absence d'expérience a pu rendre mes entretiens moins pertinents et moins ouverts. Cela a certainement limité la qualité des informations recueillies. De plus étant médecin généraliste, l'expression des personnes interrogées a pu être limitée par peur d'un jugement. Mes représentations personnelles et mes connaissances médicales ont aussi pu influencer mes relances et modifier le déroulement de l'entretien.

Pour limiter ce biais d'investigation, j'ai préparé en amont la trame d'entretien avec des questions ouvertes que je me suis astreinte à suivre au mieux. De plus j'ai adopté une attitude d'écoute neutre et je me suis accordée aux opinions énoncées par les interviewés.

#### 3.2 Recrutement

Le recrutement s'est fait via 4 médecins généralistes. Je connaissais antérieurement 3 d'entre eux et j'avais déjà remplacé dans le cabinet de l'un d'eux. Pour autant je n'avais jamais rencontré les patients interrogés avant les entretiens.

Les patients ont été initialement recrutés par leur médecin traitant. Ils ont pu se sentir obligés d'accepter à cause de ce mode de recrutement. Durant l'entretien, ils ont pu avoir peur que certaines informations remontent jusqu'à leur médecin malgré l'assurance de l'anonymat et de la confidentialité. Cette inquiétude a pu modifier ou limiter certaines réponses.

Les personnes interrogées constituent un échantillonnage raisonné n'ayant pas pour but la représentation de la population générale. Il est possible que la méthode de recrutement ait écarté une catégorie populationnelle.

#### 3.3 Recueil de données

L'intégralité des données étaient recueillies directement auprès des patients interrogés. Il est donc possible qu'une partie des informations concernant les antécédents médicaux ainsi que les médicaments pris avec ou sans ordonnance soit incomplètes.

### 3.4 Absence de triangulation des données

Il n'y a pas eu de triangulation des données ni de double codage permettant d'assurer la validité des résultats. En effet j'ai été seule à interviewer, retranscrire, coder et analyser les résultats. Il y a donc un biais d'interprétation en lien avec mes représentations.

## **4. Forces de l'étude**

### 4.1 Sujet d'actualité

Au vu des nombreux cris d'alerte sur le fonctionnement des EHPAD et maison de retraite, et vu le vieillissement croissant de la population, l'amélioration de la qualité de vie et la préservation de l'autonomie des personnes âgées me semble être un enjeu majeur de santé publique. Promouvoir une vieillesse active et construire des systèmes capables de répondre aux besoins des personnes âgées, est primordial pour favoriser le vieillissement en bonne santé.

C'est pourquoi l'étude des personnes âgées présentant un vieillissement réussi me parait être un sujet essentiel pour la Médecine Générale. Si la perception de la prise en charge thérapeutique a déjà été étudiée chez les personnes âgées, aucune étude n'avait ciblé spécifiquement celles ayant un vieillissement réussi.

### 4.2 Population étudiée

Les personnes étudiées étaient très disponibles, ce qui m'a permis de conduire mes entretiens sans contrainte de temps. Cela a favorisé l'écoute et des réponses libres à mes questions.

Le critère d'inclusion d'un âge supérieur à l'espérance de vie permettait d'assurer l'étude du « grand âge » et le caractère exceptionnel du sentiment de bonne santé. Le recrutement a permis une relative parité des personnes interrogées.

### 4.3 Utilisation du logiciel N'Vivo®

L'utilisation du logiciel N'Vivo® m'a servi à mieux coder les données. Il a aussi été utile pour des recherches textuelles et par nuage de mot. Ces différentes données ont alimenté mes réflexions et ont donné plus de consistance à mon analyse.

### 4.4 Méthodologie qualitative

Cette méthode exploratoire permet d'obtenir des pistes de recherche sur des sujets encore mal connus. Elle permet d'explorer des comportements complexes et d'appréhender la perception que peuvent avoir les patients interrogés de leur prise en charge médicamenteuse. La rédaction en accord avec les critères COREQ a permis le respect des critères de qualité d'une étude qualitative et a renforcé la validité interne de l'étude.

## 5. Perspectives

Nous avons vu que le vieillissement réussi est influencé par de nombreux facteurs. Il me semble nécessaire de poursuivre les recherches afin de déterminer de manière plus précise l'impact individuel de chaque facteur sur celui-ci. Un échantillon plus vaste permettrait entre autres d'obtenir des résultats sur les usages des différentes classes médicamenteuses chez les personnes âgées présentant un vieillissement réussi. Ces connaissances permettraient ensuite d'adapter et de hiérarchiser les priorités en termes d'éducation des patients et de formation des médecins.

Dans ce but, il me semble important de réussir à trouver un accord sur une définition du vieillissement réussi. Même imparfaite, une définition consensuelle permettrait une comparaison des études sur le sujet et un impact plus fort des résultats trouvés.

Il me semblerait aussi intéressant de comparer la capacité à alerter le médecin ou l'entourage sur l'apparition de symptômes inconnus chez les personnes âgées selon leur état de santé, ainsi que leur capacité à questionner leur traitement face à cet évènement. Une alerte rapide et ciblée d'un effet indésirable lié au médicament pourrait-elle diminuer la morbi-mortalité habituellement associé à cet évènement ?

Cette étude nous oriente vers une prise en charge individualisée des patients à la recherche de leurs ressentis, de leurs freins et de leurs questionnements sur leurs traitements. Ces dernières années, des études de bonne qualité montrent l'efficacité des interventions « multi-facettes » avec une réduction des problèmes liés aux médicaments. Ces interventions placent le patient et son environnement au centre de l'intervention ; elles vont au-delà d'une analyse ponctuelle de la liste des médicaments en proposant une information et des modalités de suivi et de surveillance des traitements adaptées au patient (8).

Il existe légalement, depuis mars 2018, un bilan de médication en soin primaire remboursé par la sécurité sociale pour les personnes de plus de 65 ans. Il a été prouvé qu'il réduisait la polymédication, augmentait la qualité de vie et diminuait les coûts de santé globaux (129). Cependant ce bilan peine à se mettre en place en pratique courante. Il serait intéressant d'interroger les pharmaciens sur leurs freins et difficultés concernant la mise en place de ce bilan.

Enfin il me semble que pour aboutir à un bon vieillissement de la population, il est nécessaire de débiter les actions de prévention dès le plus jeune âge et bien au-delà du simple cadre médical, comme cela a pu être défini dans le plan national « Bien vieillir ».

« Les principales recommandations sont les suivantes :

- continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ;
- prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adaptée ;
- prendre en charge précocement les maladies ou les troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité ;
- avoir une activité physique ou sportive régulière ;
- adapter son alimentation selon les principes du Programme National Nutrition Santé (PNNS) ;
- adapter son environnement physique et social ;
- conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ;
- lutter contre l'isolement ;
- valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement » (2).

Pour tout cela il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

## CONCLUSION

---

Le vieillissement de la population place la Gériatrie au cœur de l'activité du médecin généraliste. Il est donc essentiel pour celui-ci d'adapter sa pratique à cette population spécifique.

L'objectif de ce travail était d'explorer les perceptions de la prise en charge thérapeutique chez les personnes âgées ayant dépassé leur espérance de vie et présentant un vieillissement réussi.

Mon étude met en évidence la complexité des facteurs liés aux soins impliqués dans le vieillissement réussi. En effet, je retrouve de nombreux liens entre le médecin, les médicaments et les patients interrogés.

J'ai ainsi mis en évidence un modèle conceptuel : le cercle vertueux du vieillissement réussi concernant la prise en charge thérapeutique.

J'ai pu relier entre elles les observations suivantes :

- Une vision utilitariste du médicament ;
- Une volonté de limiter le nombre de médicament pris au quotidien ;
- Une bonne relation avec le médecin traitant ;
- Une bonne connaissance globale de leur santé et leur médicament ;
- Une préoccupation de la santé mise au second plan ;
- Une observance satisfaisante et une automédication modérée ;
- Une capacité à alerter sur les effets indésirables ressentis.

Ces résultats confirment l'importance du lien qui se noue entre le médecin et son patient ainsi que l'intérêt d'une prise en charge individualisée.

La prévention, axée sur les facteurs prédictifs de vieillissement réussi, semble être une priorité à mettre en place en consultation de Médecine Générale, mais aussi à plus grande échelle.

Au terme de cette recherche exploratoire, il serait intéressant d'étudier l'importance de chaque facteur dans le vieillissement réussi, afin d'améliorer la prise en charge du vieillissement.

En parallèle, il paraît pertinent d'explorer les liens entre l'état de santé et la capacité à alerter sur les effets indésirables ressentis.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Lithgow GJ, Kirkwood TB. Mechanisms and evolution of aging. *Science*. 5 juill 1996;273(5271):80.
2. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes, handicapées et à la Famille. Plan national « Bien Vieillir ». 2007 2009.
3. Laroche M-L. Le risque iatrogène chez la personne âgée: à propos des médicaments potentiellement inappropriés [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Limoges; 2007.
4. Merle L, Laroche M-L, Dantoine T, Charmes J-P. Predicting and preventing adverse drug reactions in the very old. *Drugs Aging*. 2005;22(5):375-92.
5. Laroche M-L, Charmes J-P, Marcheix A, Bouthier F, Merle L. Estimation of glomerular filtration rate in the elderly: Cockcroft-Gault formula versus modification of diet in renal disease formula. *Pharmacotherapy*. juill 2006;26(7):1041-6.
6. Hanon O, Jeandel C. Insuffisance rénale chronique (IRC). In: Le guide PAPA prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées [Internet]. Frison-roche. 2016 [cité 9 juin 2019]. p. 124-5. Disponible sur: <http://www.moliere.com/fr/hanon-olivier--jeandel-claude-le-guide-p-a-p-a--prescriptions-medicamenteuses-adaptees-aux-personnes-agees-9782876715820.html>
7. « Médicaments... et si on changeait de comportement ? » [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org/presse/medicaments-et-si-changeait-de-comportement>
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée? [Internet]. 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs\\_prescription\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf)
9. Marie Herr, Nicolas Sirven, Joël Ankri, Sylvain Pichetti, Catherine Sermet. FRAGILITÉ ET CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS EN POPULATION ÂGÉE. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* [Internet]. mars 2017 [cité 3 mai 2019]; Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017\\_16-17\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017_16-17_1.html)
10. Herr M, Grondin H, Sanchez S, Armaingaud D, Blochet C, Vial A, et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 mai 2017;73(5):601-8.
11. Blozik E, Born AM, Stuck AE, Benninger U, Gillmann G, Clough-Gorr KM. Reduction of inappropriate medications among older nursing-home residents: a nurse-led, pre/post-design, intervention study. *Drugs Aging*. 1 déc 2010;27(12):1009-17.
12. Grace AR, Briggs R, Kieran RE, Corcoran RM, Romero-Ortuno R, Coughlan TL, et al. A comparison of beers and STOPP criteria in assessing potentially inappropriate medications in nursing home residents attending the emergency department. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(11):830-4.
13. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
14. Pamela L. Ramage-Morin. Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés. *Rapp Sur Santé*. mars 2009;(n o 82-003 au catalogue):p39-47.
15. Holroyd A, Vegsund B, Stephenson PH, Beuthin RE. Medication use in the context of everyday living as understood by seniors. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2012;7.
16. Castillo-Paramo, Pardo-Lopo, Gomez. Les critères STOPP/START pour identifier les prescriptions médicamenteuses inappropriées chez les personnes âgées en soins primaires : « primum non nocere ». *Exercer*. février 2013;(n°106):54-5.
17. Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? /data/revues/07554982/unassign/S075549821630207X/ [Internet]. 13 sept 2016 [cité 3 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1079496>
18. Belmin. Optimiser l'utilisation des médicaments chez les sujets âgés. In: *Gériatrie pour le praticien*. 2ème. Elsevier Masson; 2009. p. 611-20.

19. NAWABZAD R, FRIOCOURT P. Prescription inappropriée en gériatrie, faisabilité et utilité d'une démarche d'optimisation structurée. | Base documentaire | BDSP. Rev Gériatrie. 6 juin 2015;40:335-42.
20. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants | Legifrance [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/ETSH1105776D/jo>
21. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc.* janv 2004;52(1):93-8.
22. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing.* mai 2007;36(3):292-7.
23. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 [Internet]. 2019 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
24. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Projections de population à l'horizon 2060 [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
25. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Espérance de vie à divers âges en 2018 [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-Donnes>
26. Baumgartner RN. Body composition in healthy aging. *Ann N Y Acad Sci.* mai 2000;904:437-48.
27. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med AAEM.* 2014;21(4):835-8.
28. Freedman VA, Wolf DA, Spillman BC. Disability-Free Life Expectancy Over 30 Years: A Growing Female Disadvantage in the US Population. *Am J Public Health.* 2016;106(6):1079-85.
29. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med* 1982. janv 1999;48(1):61-76.
30. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet Lond Engl.* 8 déc 2007;370(9603):1960-73.
31. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PloS One.* 21 mai 2008;3(5):e2232.
32. Lu F-P, Chang W-C, Wu S-C. Geriatric conditions, rather than multimorbidity, as predictors of disability and mortality among octogenarians: A population-based cohort study. *Geriatr Gerontol Int.* mars 2016;16(3):345-51.
33. Botes R, Vermeulen KM, Correia J, Buskens E, Janssen F. Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. *BMC Health Serv Res.* 15 2018;18(1):24.
34. UMVF, Université Médicale Virtuelle Francophone. Autonomie et dépendance. 2008-2009. :19.
35. LOI no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. 97-60 janv 24, 1997.
36. Yang M, Ding X, Dong B. The measurement of disability in the elderly: a systematic review of self-reported questionnaires. *J Am Med Dir Assoc.* févr 2014;15(2):150.e1-9.
37. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J.* févr 1965;14:61-5.
38. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.

39. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040 - Insee Analyses - 11 [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1521329>
40. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
41. Shamliyan T, Talley KMC, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Ageing Res Rev*. mars 2013;12(2):719-36.
42. Mitnitski A, Song X, Skoog I, Broe GA, Cox JL, Grunfeld E, et al. Relative fitness and frailty of elderly men and women in developed countries and their relationship with mortality. *J Am Geriatr Soc*. déc 2005;53(12):2184-9.
43. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):M146-156.
44. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juin 2009;64(6):675-81.
45. Levasseur B, Berrut G. Repérage de la fragilité du sujet âgé par le médecin généraliste en Loire-Atlantique. [France]; 2019.
46. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet Lond Engl*. 23 oct 1993;342(8878):1032-6.
47. Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. *Aging Milan Italy*. 1989;1(2):87-98.
48. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 2 mai 1998;316(7141):1348-51.
49. Glöckler M. salutogénèse Où trouver les sources de la santé physique, psychique et spirituelle? [Internet]. APMA; 2006 [cité 10 mai 2019]. 28 p. (Conscience et santé). Disponible sur: <http://www.eurythmiste.be/Librairie/Livres/adulte/6860.htm>
50. Martin G. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. *Idees Econ Soc*. 2008;N° 154(4):79-79.
51. Whitley E, Popham F, Benzeval M. Comparison of the Rowe-Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *The Gerontologist*. 2016;56(6):1082-92.
52. Cosco TD. Successfully aging predicts successful aging in successful agers: further definitional issues. *Int Psychogeriatr*. janv 2015;27(1):170-1.
53. Martinson M, Berridge C. Successful Aging and Its Discontents: A Systematic Review of the Social Gerontology Literature. *The Gerontologist*. 1 févr 2015;55(1):58-69.
54. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BCM, Brayne C. Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*. 20 juin 2013;3(6).
55. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. janv 2006;14(1):6-20.
56. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science*. 10 juill 1987;237(4811):143-9.
57. Samanta T. Successful aging: Asian perspectives. *J Women Aging*. juin 2018;30(3):275-7.
58. Baltes PB, Baltes MM. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press; 1993. 418 p.
59. Freund A, B. Baltes P. Pour un développement et un vieillissement réussis: Sélection, optimisation et compensation. / *Successful development and aging: Selection, optimization and compensation*. *Rev Québécoise Psychol*. 3 mai 2019;27-52.
60. Hummel C. Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires. *Gerontol Soc*. 2002;25 / n° 102(3):41-52.

61. Kahana E KB. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In: *Adulthood and aging: research on continuities and discontinuities* [Internet]. Adulthood and aging: research on continuities and discontinuities. New York: Springer Pub.; 1996 [cité 10 mai 2019]. p. 18-40. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10265372>
62. Flood M. A Mid-Range Nursing Theory of Successful Aging. *J Theory Constr Test*. 1 janv 2005;9(2):35.
63. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*. déc 2002;42(6):727-33.
64. Gangbè M, Ducharme F. Le « bien vieillir » : concepts et modèles. *MS Médecine Sci*. 2006;22(3):297-300.
65. Markus HR, Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev*. 1991;98(2):224-53.
66. Holmes ER, Holmes LD. *Other Cultures, Elder Years*. SAGE Publications; 1995. 338 p.
67. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging 1. *Am J Prev Med*. 1 avr 2005;28(3):298-304.
68. Sabia S, Singh-Manoux A, Hagger-Johnson G, Cambois E, Brunner EJ, Kivimaki M. Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 11 déc 2012;184(18):1985-92.
69. Kim-Esnault Y-U. Le vieillissement réussi : enseignement des modèles japonais et suédois. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 févr 2008;8.
70. Stowe JD, Cooney TM. Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective. *The Gerontologist*. 1 févr 2015;55(1):43-50.
71. Aquino J-P. Le vieillissement : d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique ». *Gerontol Soc*. 2007;30 / n° 123(4):13-29.
72. Li C-I, Lin C-H, Lin W-Y, Liu C-S, Chang C-K, Meng N-H, et al. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC Public Health*. 28 sept 2014;14:1013.
73. Cho J, Martin P, Poon LW. Successful Aging and Subjective Well-Being Among Oldest-Old Adults. *The Gerontologist*. 1 févr 2015;55(1):132-43.
74. Jopp DS, Wozniak D, Damarin AK, De Feo M, Jung S, Jeswani S. How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a u.s. And a German life-span sample. *The Gerontologist*. févr 2015;55(1):91-106.
75. Newman AB, Murabito JM. The epidemiology of longevity and exceptional survival. *Epidemiol Rev*. 2013;35:181-97.
76. Müller D, Ziegelmann JP, Simonson J, Tesch-Römer C, Huxhold O. Volunteering and Subjective Well-Being in Later Adulthood: Is Self-Efficacy the Key? *Int J Dev Sci*. 1 janv 2014;8(3-4):125-35.
77. Vieillir en restant actif : cadre d'orientation [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>
78. Gudmundsson H, Gudbjartsson DF, Frigge M, Gulcher JR, Stefánsson K. Inheritance of human longevity in Iceland. *Eur J Hum Genet EJHG*. oct 2000;8(10):743-9.
79. Kerber RA, O'Brien E, Smith KR, Cawthon RM. Familial excess longevity in Utah genealogies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2001;56(3):B130-139.
80. Ryff CD, Singer BH. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *J Happiness Stud*. 1 janv 2008;9(1):13-39.
81. Bouffard L, Aguerre C. Chapitre 5. Le vieillissement réussi [Internet]. Dunod; 2014 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-positive--9782100705337-page-77.htm?contenu=resume>
82. Martineau A, Plard M. Successful aging: analysis of the components of a gerontological paradigm. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2018;16(1):67-77.
83. Oliveira CC-D. Qu'est-ce que « bien vieillir » ? *Cah Cent Georges Canguilhem*. 2010;N° 4(1):177-91.

84. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: [https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=tcrd021.estim\\_pop\\_part\\_des\\_75ans\\_ou\\_plus&s=2019&view=map2](https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=tcrd021.estim_pop_part_des_75ans_ou_plus&s=2019&view=map2)
85. Robine J-M, Cambois E. ESTIMATION DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ EN FRANCE EN 2015 ET ÉVOLUTION DEPUIS 2004 : IMPACT DE LA DIMINUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE EN 2015. BEH. 11 juill 2017; Vieillesse et fragilité : approches de santé publique(16-17):294-300.
86. Doe J. Healthy Ageing - A Challenge for Europe [Internet]. EUROPEAN INNOVATION PARTNERSHIP - European Commission. 2012 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/healthy-ageing-challenge-europe\\_en](https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/healthy-ageing-challenge-europe_en)
87. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
88. Hauchard D, Costalat-Founeau A-M, Picot M-C. Représentation de la médication et déterminants de la consommation médicamenteuse chez la personne âgée. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2006;4(3):201-13.
89. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. « I don't know how many of these [medicines] are necessary.. » - a focus group study among elderly users of multiple medicines. Patient Educ Couns. févr 2009;74(2):135-41.
90. Tordoff J, Simonsen K, Thomson WM, Norris PT. « It's just routine. » A qualitative study of medicine-taking amongst older people in New Zealand. Pharm World Sci PWS. avr 2010;32(2):154-61.
91. Strauss AL, Corbin JM. Les fondements de la recherche qualitative: techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Editions Universitaires Fribourg Suisse; 2004. 342 p.
92. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
93. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. A. Colin; 2015. 128 p.
94. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 1 mai 2002;3(2):81-90.
95. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009;20(87):74-9.
96. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. /data/revues/17790123/v15i157/S1779012314004331/ [Internet]. 9 janv 2015 [cité 3 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/949716>
97. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; [Paris: GM Santé ; CNGE; 2011.
98. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer. 2009;20(88):106-12.
99. Héas S. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. Lectures [Internet]. 10 mai 2015 [cité 11 mai 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/17952>
100. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Transaction Publishers; 2009. 283 p.
101. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
102. Mucchielli PP et A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
103. Mohammed MA, Moles RJ, Chen TF. Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasyntesis of qualitative studies. BMJ Open. 2 févr 2016;6(2):e010035.

104. Soares CC, Marques AM, Clarke P, Klein R, Koskinen L, Krasuckiene D, et al. Older people's views and expectations about the competences of health and social care professionals: a European qualitative study. *Eur J Ageing*. mars 2019;16(1):53-62.
105. Marcinowicz L, Pawlikowska T, Oleszczyk M. What do older people value when they visit their general practitioner? A qualitative study. *Eur J Ageing*. 18 avr 2014;11(4):361-7.
106. Britten N. Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. oct 1994;44(387):465-8.
107. Atherly A, Kane RL, Smith MA. Older adults' satisfaction with integrated capitated health and long-term care. *The Gerontologist*. juin 2004;44(3):348-57.
108. Ballantyne PJ, Mirza RM, Austin Z, Boon HS, Fisher JE. Becoming old as a « pharmaceutical person »: negotiation of health and medicines among ethnoculturally diverse older adults. *Can J Aging Rev Can Vieil*. juin 2011;30(2):169-84.
109. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns*. sept 2007;68(1):33-42.
110. Krucien N, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. What are the patients' preferences for the Chronic Care Model? An application to the obstructive sleep apnoea syndrome. *Health Expect*. 2015;18(6):2536-48.
111. LA SATISFACTION DES PERSONNES AGEES EN TERMES DE PRISE EN CHARGE MEDICALE ET DE COORDINATION DES SOINS : UNE APPROCHE QUALITATIVE EXPLORATOIRE | Adocweb Bourgogne [Internet]. [cité 3 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.adocweb-bourgogne.org/node/13294>
112. La Guardia JG, Ryan RM, Couchman CE, Deci EL. Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. sept 2000;79(3):367-84.
113. Sleath B, Rubin RH, Campbell W, Gwyther L, Clark T. Physician-patient communication about over-the-counter medications. *Soc Sci Med* 1982. août 2001;53(3):357-69.
114. Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med* 1982. août 2001;53(4):487-505.
115. Lalive d'Epinay C. Des croyances et des valeurs de notre temps (ou: de la matrice culturelle des normes, attitudes et comportements). In: *L'espérance de vie sans incapacités* [Internet]. Paris; 1997 [cité 26 mai 2019]. p. 159-78. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:1728>
116. Tsevat J, Dawson NV, Wu AW, Lynn J, Soukup JR, Cook EF, et al. Health values of hospitalized patients 80 years or older. *HELP Investigators. Hospitalized Elderly Longitudinal Project. JAMA*. 4 févr 1998;279(5):371-5.
117. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. *Eur J Clin Pharmacol*. 1 sept 2000;56(6):501-9.
118. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Pavot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, et al. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: a cross-sectional multicentre survey in emergency departments. *Drug Saf*. déc 2013;36(12):1159-68.
119. Lamy PP. Adverse drug effects. *Clin Geriatr Med*. mai 1990;6(2):293-307.
120. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. *Clin Geriatr Med*. févr 1992;8(1):143-58.
121. Indermitte J, Reber D, Beutler M, Bruppacher R, Hersberger KE. Prevalence and patient awareness of selected potential drug interactions with self-medication. *J Clin Pharm Ther*. avr 2007;32(2):149-59.
122. Palazzolo J. Le comportement d'automédication chez les plus de 65ans : une étude qualitative en médecine générale. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 avr 2016;17.
123. Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med* 1982. juill 2005;61(1):133-55.

124. Lang PO, Bourgue C, Csajka C. Détection des prescriptions inappropriées, les critères STOPP/START. *Actual Pharm.* 1 janv 2018;57(572):26-32.
125. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées. *Gerontol Soc.* 2002;25 / n° 103(4):13-27.
126. Tay HS, Soiza RL, Mangoni AA. Minimizing anticholinergic drug prescribing in older hospitalized patients: a full audit cycle. *Ther Adv Drug Saf.* juin 2014;5(3):121-8.
127. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien J-AE. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 23 févr 2016;6(2):e010003.
128. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* nov 2011;59(11):2017-28.
129. Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans. *Actual Pharm.* 1 janv 2018;57(572):37-9.

## ANNEXES

---

### Annexe 1 : Information envoyée aux médecins généralistes par courriel

Aide à l'inclusion de patients pour ma thèse

Chère consœur, Cher confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse de Médecine Générale. Elle porte sur l'exploration de la consommation médicamenteuse chez les personnes âgées présentant un vieillissement réussi. J'ai besoin de votre aide pour recruter des patients pour la réalisation d'entretiens.

Je recherche des hommes de plus de 79 ans et/ou des femmes de plus de 85 ans présentant selon vous un vieillissement réussi.

Pour information, voici une définition du vieillissement réussi :

Le vieillissement réussi peut se caractériser par la réunion des 4 éléments suivants :

- une durée de vie égale ou supérieure à l'espérance de vie moyenne (d'où les critères d'âge),
- une bonne santé générale n'excluant pas l'existence d'une ou plusieurs maladies traitées ou stabilisées dans leurs évolutions,
- un sentiment de bien-être et d'une bonne qualité de vie,
- une participation active à la vie sociale.

Je me charge de contacter vos patients afin de me présenter ainsi que l'objet de ma recherche. Si vous souhaitez obtenir leurs accords en amont, il est important de ne pas leur communiquer plus que le sujet de la thèse.

Avec leurs accords, je réaliserais ensuite un entretien afin de recueillir les données qui seront anonymisées puis analysées dans le but d'établir des pistes de réflexions sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées.

Je m'engage à vous tenir au courant des résultats de ma thèse ainsi qu'à les transmettre aux personnes qui prendront le temps de me répondre.

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions sur les modalités d'inclusion ou sur l'étude d'une manière plus générale.

Je vous remercie de votre aide,  
Bien cordialement

Marine Champigneux

## Annexe 2 : Le guide d'entretien

Bonjour, je me présente je suis Marine Champigneux je vous remercie de me recevoir.  
Comme j'ai pu vous l'expliquer au téléphone je travaille actuellement sur ma thèse de médecine générale.

Votre médecin traitant m'a orienté vers vous.  
Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?  
Comment est votre état de santé en général ?

Cet entretien restera anonyme et confidentiel, je ne transmettrais aucune de ses données à votre médecin et lors de l'analyse votre nom sera effacé. Les informations seront mélangées avec celle des autres personnes interrogées. Vous pouvez donc vous sentir libre d'exprimer toutes vos pensées. Vous pouvez me dire tout ce qui vous passe par la tête, il n'y a pas de bonnes réponses ce que je désire connaître c'est votre point de vue sur mes questions. N'hésitez pas à me faire répéter si vous n'avez pas entendu ou pas bien compris la question cela arrive souvent ! Et sachez que l'on peut arrêter cet entretien n'importe quand.  
Seriez-vous d'accord pour que notre entretien soit enregistré ?

On va pouvoir commencer

	Relances possible
Pouvez-vous vous présenter ?	Quel était votre métier ? Avez-vous des enfants ? Avez-vous ou êtes-vous marié ? Avez-vous des activités en dehors de chez vous ? Avez-vous des activités physiques ?
<u>Vous et votre médecin traitant :</u>	
Comment vous sentez vous avec votre médecin ?	Dans quelle mesure avez-vous confiance en votre médecin ? Vous sentez vous libre d'exprimer vos besoins, vos attentes en santé ? Vous sentez vous libre de poser toutes vos questions de parler de tout ce qui vous préoccupe ? Ça fait longtemps que vous le connaissez ? Voyez-vous un lien entre votre santé et la bonne relation que vous avez avec votre médecin ? Pensez-vous que le médecin lui-même soit un médicament pour vous ?
Quelles sont les informations que votre médecin vous donne concernant vos médicaments ?	Quelles questions lui posez-vous lorsqu'il vous donne votre ordonnance ? Parlez-vous de la surveillance liée à la prise des médicaments ? Des effets secondaires ?
Par quels moyens recherchez-vous des informations sur vos médicaments ?	Auprès de qui ? Vérifiez-vous les informations que l'on vous donne ? Comment ?
<u>Vous et vos médicaments :</u>	
Que pensez-vous des médicaments ? C'est quoi pour vous un médicament ?	Quelle est votre position quand il s'agit de prendre des médicaments ? Quelles sont vos convictions dans l'efficacité des médicaments ?

Qu'attendez-vous de vos médicaments ?	Voyez-vous des liens entre les médicaments et votre santé ?
Quelles sont vos réactions face à l'ajout ou au retrait d'un médicament de votre ordonnance ?	
Qu'est-ce qui vous motive à prendre, modifier ou arrêter un médicament par vous-même ?	Vous arrive-t-il de changer sans chercher conseil auprès de votre médecin ou de votre pharmacien ? Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? En informez-vous votre médecin ? Si vous n'avez pas suivi votre ordonnance pouvez-vous m'en dire plus sur les raisons ? Comment se passe la prise des médicaments en cas de changement de la routine ?
Quel est votre avis sur les médicaments sans ordonnance ?	Que pensez-vous des médicaments à base de plantes, des vitamines, des compléments alimentaires, des huiles essentielles ... ?
Recueil de l'ordonnance	
Pouvez-vous me montrer votre dernière ordonnance ?	
Avez-vous fait une prise de sang récemment ? Avez-vous les résultats ?	
Pouvez-vous me dire les maladies pour lesquelles vous êtes suivis ?	Antécédents médicaux ? Chirurgicaux ? Allergies ?
Voulez-vous rajouter quelque chose sur votre expérience avec vos médicaments ?	

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de me recevoir.

Si cela vous intéresse je vous ferais parvenir les résultats de mes recherches.

### Annexe 3 : Recueil du consentement

Madame, Monsieur,

Je suis médecin généraliste remplaçante inscrite à la faculté de Médecine de Nantes. Je travaille actuellement sur un projet de thèse ayant pour thème la relation entre médicaments et vieillissement réussi chez les personnes âgées.

Pour cela, je souhaite réaliser un entretien avec vous. Cet entretien sera enregistré afin de retranscrire fidèlement vos propos et les analyser de façon complètement anonyme. Il est important que vous vous sentiez libres dans vos réponses.

En effet, il n'y a pas de bonne réponse mais je cherche à connaître votre vérité au travers de votre expérience.

Je suis à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je soussigné(e), Monsieur/Madame ....., donne mon accord pour participer aux entretiens proposés. Je reconnais avoir été au préalable informé de l'objectif et des modalités de ces entretiens.

A ....., le ...../...../.....

Signature patient

Signature Thésard

#### **Annexe 4 : Les entretiens**

Les retranscriptions des entretiens figurent sur le CD-ROM joint à la thèse.

#### **Annexe 5 : Récapitulatif de l'analyse**

Le récapitulatif de l'analyse thématique figure sur le CD-ROM joint à la thèse.

## Annexe 6 : Analyse détaillée des ordonnances

Patient	Traitements	Fonction rénale	Antécédents médicaux	Analyse STOPP/START	Analyse DICTIAS
Anne	<u>Uvedose 100 000 UI/2mL</u> 1 amp tous les 3 mois <u>Acebutolol 400mg</u> 1 cp la matin <u>Practazin</u> 1cp par jour	normale	HTA HCT Chirurgie des varices	Pas de modification suggérée	Réévaluation de la trithérapie anti-hypertenseur switch de l'un des anti HTA pour un IEC Surveillance du risque d'hypotension orthostatique
Jean	<u>Furosemide 40mg</u> 1cp/j <u>Acebutolol 200mg</u> 1/2 cp le matin <u>Rivaroxaban 15mg</u> 1cp la matin <u>Calcium</u> <u>1g+Colecalciferol</u> <u>880UI</u> 1sachet/j <u>Alfuzosine</u> <u>chlorydrate 10mg</u> 1cp/j	Creatinine 13,1 mg/L Cockcroft 40,7mL/min CKD-EPI 50mL/min/1,73m <sup>2</sup>	Asbéstose Crise de goutte ACFA Angor fonctionnelle Diverticulite Chirurgie du calcanéum et d'un abcès du nombril	Pas d'indication formelle à l'arrêt d'un médicament. On peut discuter de l'adaptation du furosémide dans le cadre de troubles de la prostate. On peut discuter l'initiation d'un traitement par IEC qui serait indiqué pour réduire la morbi-mortalité cardiaque mais devant l'insuffisance rénale modéré une adaptation des doses et une surveillance rénale serait nécessaire. On peut discuter l'initiation d'un traitement de fond pour la goutte. Devant l'épisode unique je ne pense pas qu'il soit nécessaire de le débiter sauf si récidive.	Sous dosage de l'anticoagulant Introduire un IEC Discussion de l'allopurinol risque d'hypotension orthostatique

Patient	Traitements	Fonction rénale	Antécédents médicaux	Analyse STOPP/START	Analyse DICTIAS
Marcelle	<u>Bisoprolol 2,5mg</u> 1/2cp le matin <u>Spironolactone 25mg</u> 1/2cp le matin <u>Metformine 500mg</u> 1cp matin midi et soir <u>Apixaban 2,5mg</u> 1cp matin et soir <u>Furosemide 20mg</u> 1cp le matin <u>Paracetamol 1g</u> 1cp 1 à 3 fois par jour <u>Hydroxyzine 25mg</u> 1cp le soir <u>Fer 80mg</u> 1cp matin et soir <u>Bétaméthasone 2,25</u> 1emplatre/j	Creatinine 8,7 mg/L Cockroft 37,4 Ml/min CKD-EPI 58,8 mL/min/1,73m <sup>2</sup>	Pacemaker Bloc auriculo ventriculaire ACFA Diabète de type 2 Hypertension artérielle Crises hémorroïdaires Anémie transfusée carentielle Appendicectomie Kyste rénal Rhizarthrose	Il est nécessaire de discuter avec le cardiologue de la nécessité de l'apixaban dans le cadre de l'ACFA au vu de l'anémie ayant nécessité une transfusion. On peut rediscuter l'indication d'un betabloquant dans le cadre du diabète ou prévoir une surveillance glycémique On peut rediscuter l'indication du furosemide ou du moins de sa dose en rapport avec l'incontinence urinaire impactant le confort de vie de la patiente.	Risque de décompensation et de iatrogénie Balance bénéfice risque négative de l'anticoagulant en l'absence d'information précise sur l'anémie. De plus Apixaban sous dosé. Discuter son arrêt Réévaluer la trithérapie anit HTA et switch pour introduire un IEC Metformine à diminuer au vu du cockroft à 500 fois 2 Attention retrait de l'ATARAX! anticholinergique puissant.(niveau 3 de toutes les échelles)
Ginette	<u>Clopidogrel 75mg</u> 1cp par jour <u>Atorvastatine</u> <u>Benazepril</u> <u>Calcium 2cp</u> par jour <u>Xalatan</u>	normale	Appendicectomie Hystérectomie avec annexectomie bilatérale HCT HTA Accident ischémique transitoire	Ordonnance adaptée	Ordonnance adaptée

Patient	Traitements	Fonction rénale	Antécédents médicaux	Analyse STOPP/START	Analyse DICTIAS
Louis	<u>Acide acetylsalicylique</u> 160mg 1 sachet le matin <u>Sotalol 80mg</u> 1/2 cp le soir <u>Hydrochlorothiazide 12,5 mg +Irbesartan 150mg</u> 1cp le matin <u>Pravastatine sodique 20 mg</u> 1+1/2 cp le soir	Créatinine 8,2 mg/L MDRD 90 mL/min/1,73m <sup>2</sup> CKD-EPI 84mL/min/1,73m <sup>2</sup>	HCT HTA Athérome carotidien IResC Sciatique Extrasystoles Zona Colique néphrétique RTUP Calcification de l'épaule Chirurgie du canal carpien Chirurgie méniscale implants cochléaires Keratose du visage	Diminution de l'acide acétylsalicylique à 75mg	Ordonnance adaptée
Lucette	<u>Flecaine Lp 50mg</u> 1gé matin et soir <u>Alpha-tocophérol 500</u> 1caps le matin <u>Elétriptan 20mg</u> 1cp si besoin <u>Zymad 200 000UI</u> 1amp /3mois <u>Levothyroxine 175mg</u> 1/2 cp le matin	normale	Tachycardie Hypothyroïdie Migraine Pssittacose Exérèse de carcinome basocellulaire Hystérectomie sur fibrome	Ordonnance adaptée	Balance bénéfice risque flecaine quasiment toujours négative

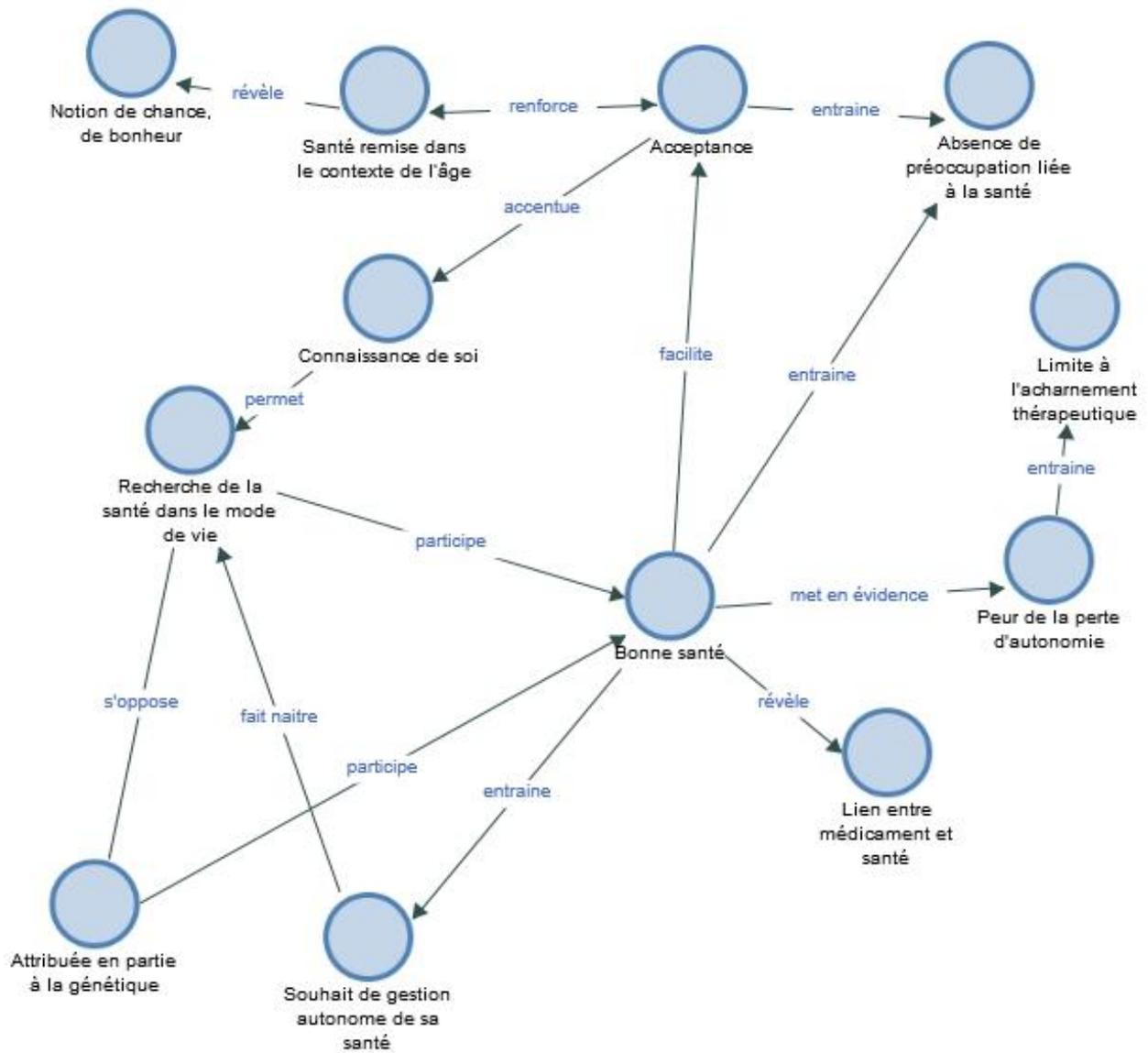
Patient	Traitements	Fonction rénale	Antécédents médicaux	Analyse STOPP/START	Analyse DICTIAS
Annick	<u>Irbésartan 75mg 1cp/j</u>	normale	HTA Exérèse de la vésicule biliaire Appendicectomie Amygdalectomie	Ordonnance adaptée	Switch pour un IEC
Clément	<u>Rosuvastatine 10mg</u> 1cp le soir <u>Furosemide 500mg</u> 1/4 le matin <u>Bisoprolol 1,25 mg</u> 1cp le matin <u>Amiodarone</u> <u>chlorhydrate 200mg</u> 1cp le matin <u>Acide</u> <u>acetylsalicylique</u> <u>75mg</u> 1 sachet par jour <u>Amlodipine 5mg</u> 1gélule par jour <u>Pantoprazole 20 mg</u> 1cp matin et soir	Créatinine 12,3 mg/L MDRD 56 mL/min/1,7 3m <sup>2</sup> CKD- EPI 55mL/min/ 1,73m <sup>2</sup>	Hernie Hiatale RGO epiglottectomie endoscopique sur ulcération Diverticules coliques Plaques pleurales Nodules pulmonaires BPCO IDM Insuffisance tricuspide dilatation du ventricule droit avec hypertension pulmonaire TPSV Ablation de FA endariectomie sur sténose carotidienne Sténose fémorale Rétrecissement de l'urèthre prostatique Carcinome urothéliale de vessie polypose vésicale Cure de hernie inguinale AOMI	Rediscuter avec le cardiologue de l'indication de l'amiodarone et de la nécessité du furosémide. Envisager de débiter un IEC ainsi qu'un traitement par alpha1bloquant ou 5 alpha reductase. Arrêter l'IPP.	Arrêt de la rosuvastatine Risque association betabloquant et cordarone. pas d'intérêt cordarone ni acide acetylsalicylique pour cette indication Introduction d'un IEC Réévaluer la dose d'IPP

Patient	Traitements	Fonction rénale	Antécédents médicaux	Analyse STOPP/START	Analyse DICTIAS
Rémi	<u>Cosopt</u> 1 goutte matin et soir <u>Optive</u> si besoin Vitamine A pommade ophtalmique	Créatinine 8,9 mg/L MDRD 82 mL/min/1,73m <sup>2</sup> CKD-EPI 82mL/min/1,73m <sup>2</sup>	Léomyosarcome Glaucome Cataracte RTUP Lipomes cutanés	Ordonnance adaptée	Ordonnance adaptée
Michel	<u>Furosemide</u> 20mg 1 cp matin et midi <u>Candesartan</u> 4mg 1 cp le matin <u>Acide acetylsalicylique</u> 75mg 1/j <u>Bisoprolol</u> 1,25mg 1cp le matin <u>Atorvastatine</u> 40mg 1cp le soir <u>Uvedose</u> 100 000 UI 1 amp/3mois	Créatinine 16,4 mg/L MDRD 40 mL/min/1,73m <sup>2</sup> CKD-EPI 38mL/min/1,73m <sup>2</sup>	IRC nephroangiosclerose Cardiopathie IDM Exposition à l'amiante HTA Parotidectomie Prothèse totale de hanche gauche	Introduction d'un IEC en adaptant les doses selon l'insuffisance rénale	Réévaluer l'indication du furosémide Remplacement du sartan par un IEC Réévaluer la trithérapie antihypertensive
Yves	<u>Pravastatine</u> 20mg 1cp/j <u>Rivaroxaban</u> 10mg 1cp le matin	Créatinine 10,2 mg/L MDRD 69 mL/min/1,73m <sup>2</sup> CKD-EPI 67mL/min/1,73m <sup>2</sup>	Pacemaker BAV 2ème degré	Introduction d'un IEC	Sous dosage du Rivaroxaban

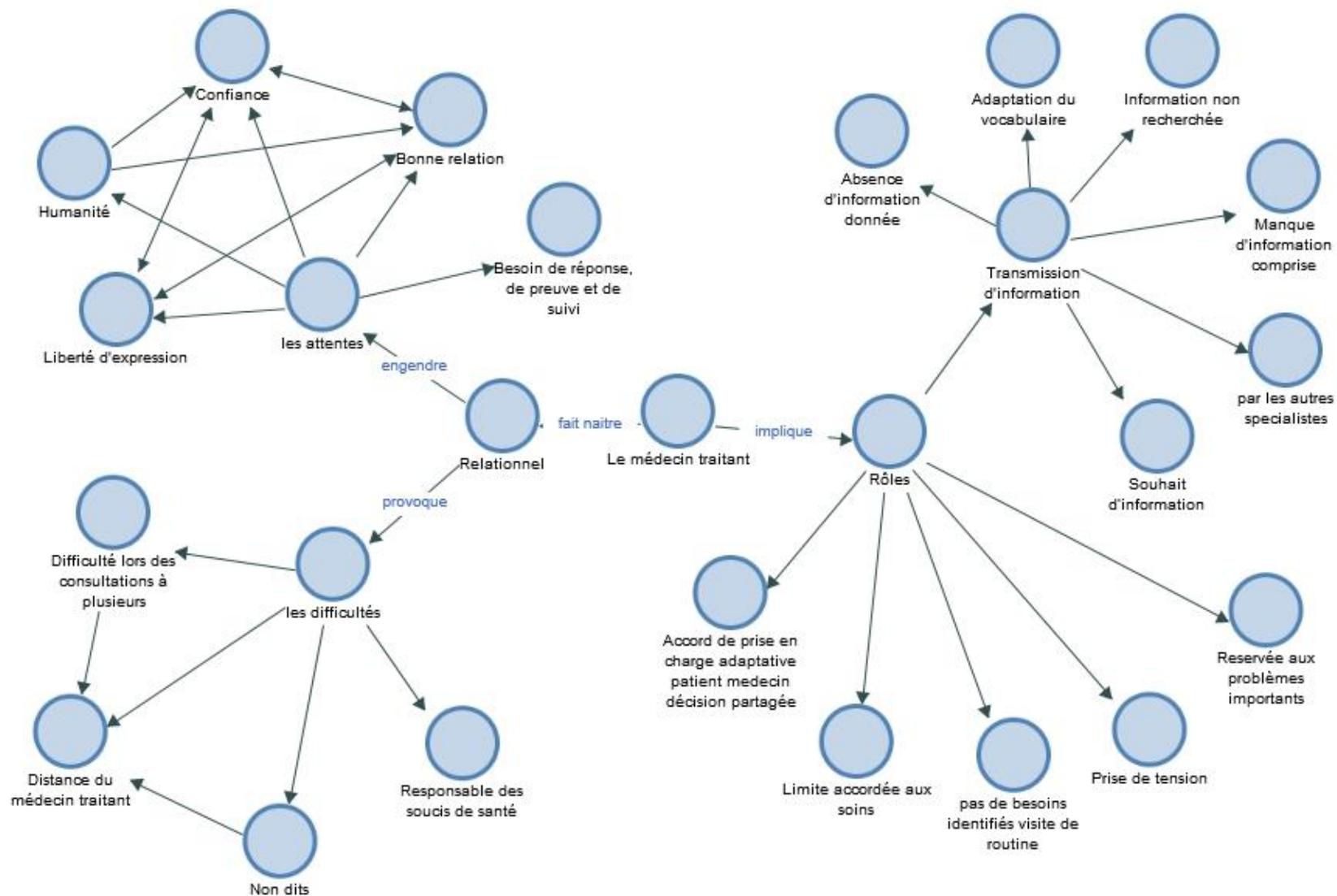
## Abréviations

ACFA : Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire  
anti HTA : Antihypertenseurs  
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres inférieurs  
BAV : Bloc AtrioVentriculaire  
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive  
HCT : Hypercholestérolémie  
HTA : Hypertension Artérielle  
IDM : Infarctus Du Myocarde  
IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion  
IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons  
IRC Insuffisance Rénale Chronique  
IresC : Insuffisance Respiratoire Chronique  
RGO : Reflux Gastro Oesophagien  
RTUP : Résection TransUrétérale de Prostate  
TPSV : Tachycardie Paroxystique Supra Ventriculaire

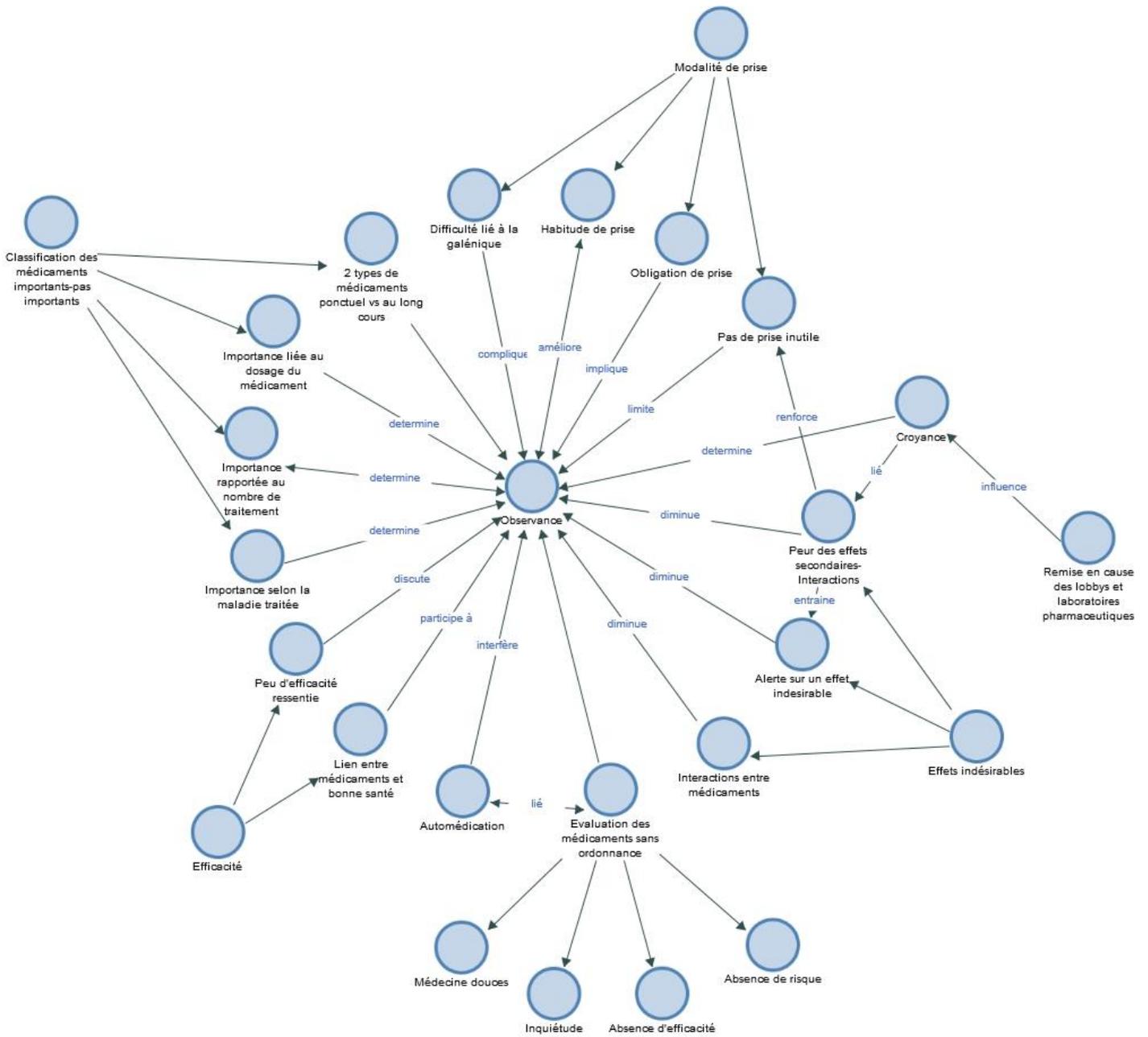
**Annexe 7 : Schéma récapitulatif des liens relatif à leur bonne santé mis en évidence par les patients interrogés**



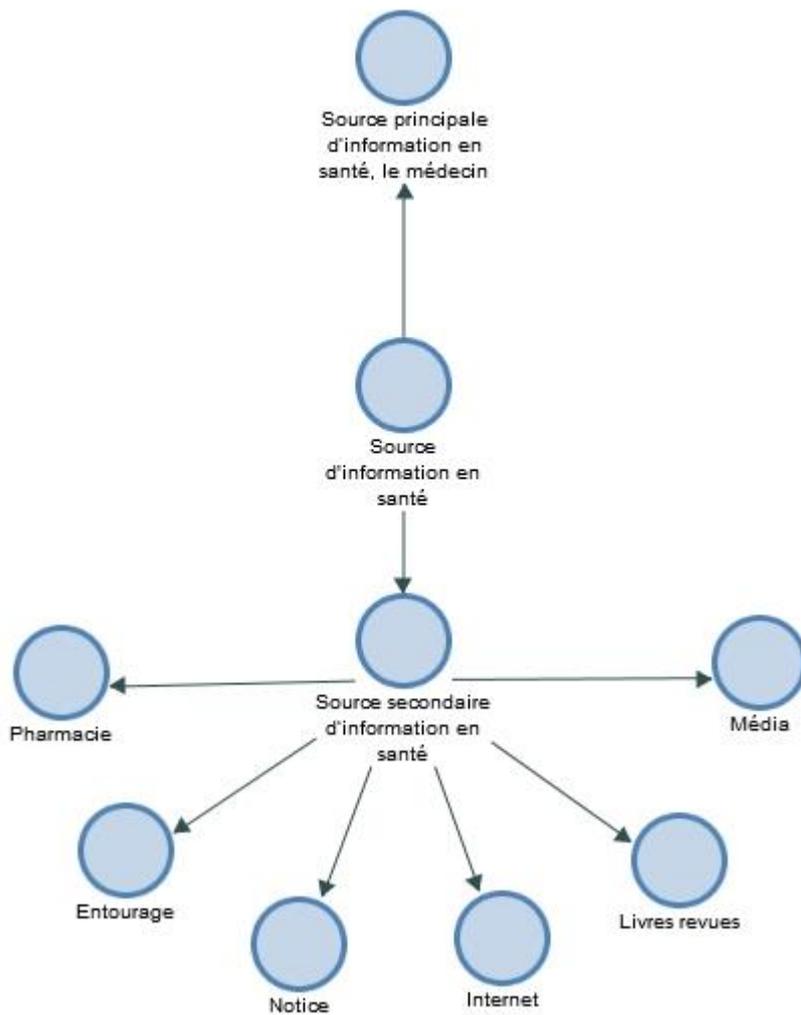
**Annexe 8 : Schéma récapitulatif des liens relatif à leur médecin traitant mis en évidence par les patients interrogés**



## Annexe 9 : Schéma récapitulatif des liens relatif à leurs médicaments mis en évidence par les patients interrogés



**Annexe 10 : Schéma récapitulatif des liens relatif à leurs sources d'information mis en évidence par les patients interrogés**

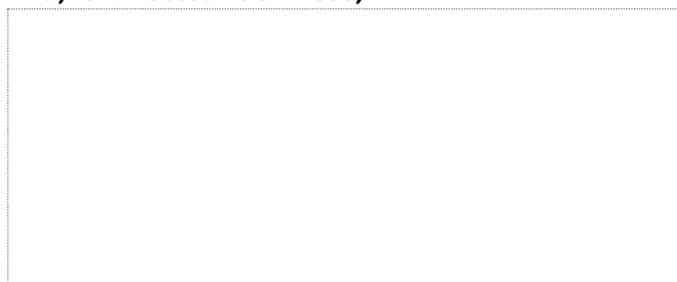


**Vu, le Président du Jury,**



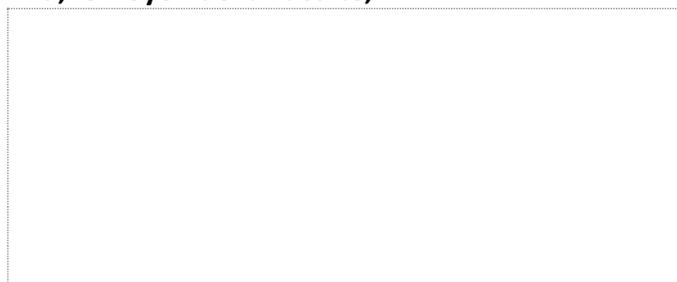
Professeur Gilles BERRUT

**Vu, le Directeur de Thèse,**



Docteur Renaud DEFEBVRE

**Vu, le Doyen de la Faculté,**



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : CHAMPIGNEUX Marine

## « PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AYANT DÉPASSÉ LEUR ESPÉRANCE DE VIE ET PRÉSENTANT UN VIEILLISSEMENT RÉUSSI

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés »

### RÉSUMÉ

**Introduction** : La croissance de la population âgée dans la société nécessite une optimisation de leur parcours de soin. L'étude du vieillissement réussi permet progressivement d'isoler ses facteurs prédictifs positifs. L'objectif de l'étude était d'évaluer la perception de la prise en charge thérapeutique chez les personnes âgées ayant dépassé leur espérance de vie et présentant un vieillissement réussi.

**Matériel et méthode** : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée entre février et avril 2019, auprès de 11 patients entre 80 et 91 ans dans un échantillon à variance maximale. Analyse inductive des verbatims obtenues avec l'utilisation du logiciel N°Vivo®.

**Résultats** : Les personnes âgées présentant un vieillissement réussi avaient une prise en charge médicamenteuse cohérente et adaptée bien qu'imparfaite. La perception d'une bonne santé favorisait une définition utilitariste des médicaments. Cette vision intégrait la notion d'une prise médicamenteuse liée à une nécessité. Les patients exprimaient leur volonté de limiter le nombre de médicaments quotidiens. Ils faisaient confiance à leur médecin et évoquaient une bonne relation, fondée sur l'humanité, qui permettait une bonne transmission des informations. Le patient possédait une bonne connaissance globale de sa santé qui maintenait la santé en préoccupation secondaire. La mise en place d'une routine favorisait l'observance et limitait l'automédication. Les patients montraient une capacité à alerter sur les effets indésirables. Tout cela participait au sentiment de vieillissement réussi.

**Conclusion** : Les liens perçus par les patients interrogés, entre le vieillissement réussi et leur prise en charge, semblent être multiples. Ces liens ont permis de créer le modèle du cercle vertueux du vieillissement réussi concernant la prise en charge thérapeutique. Il est nécessaire d'évaluer l'impact de chaque facteur sur le vieillissement réussi dont l'importance de la capacité à alerter sur un effet indésirable. Une réflexion doit être menée sur les actions à mettre en place, en termes de prévention et d'éducation des patients, concernant les médicaments et les situations à risques pouvant entraîner un effet indésirable.

### MOTS CLÉS

Personnes âgées – Vieillissement réussi – Perception – Médicaments – Prise en charge – Médecine Générale