

Thème

Viellissement et médicaments

Éditorial

Christine Thoër-Fabre, post-doctorante au GEIRSO, Programme des grands travaux du CRSH sur la chaîne des médicaments, UQAM;
Joseph Josy Levy, professeur au département de sexologie, UQAM, Programme des grands travaux du CRSH sur la chaîne des médicaments.

Les études portant sur la consommation pharmaceutique des personnes âgées sont largement dominées par deux problématiques : celle de la « surconsommation » de médicaments par les aînés, notamment de psychotropes, et celle de l'usage inapproprié des médicaments, qui menace sérieusement la santé et la qualité de vie des aînés. En arrière plan de ces préoccupations, nous avons la question de l'augmentation des budgets consacrés aux médicaments et de leur impact sur les dépenses publiques, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population. L'augmentation des coûts du régime public d'assurance médicaments du Québec, et en particulier de la part consacrée aux personnes âgées, n'est toutefois pas uniquement attribuable au vieillissement démographique. De nombreux facteurs, comme l'adoption par les prescripteurs de nouveaux médicaments, généralement plus chers que les anciens, ou la multiplication du nombre d'ordonnances par aîné assuré, contribuent également à cette progression.

Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, la consommation pharmaceutique des personnes non hébergées, âgées de plus de 65 ans, connaît une progression à peu près constante depuis dix ans¹. Le pourcentage de personnes ayant une ordonnance active est ainsi passé de 70% en juin 1996 à 74% en juin 2000. Dans ce groupe, le pourcentage de personnes ayant au moins cinq ordonnances actives progressait de 24 à 31%. Le développement de ce phénomène de polymédication des personnes âgées est préoccupant car les risques d'effets secondaires et d'interaction médicamenteuse augmentent avec le nombre de médicaments prescrits et l'âge des utilisateurs. Plusieurs études soulignent notamment les effets iatrogènes (chutes, problèmes cognitifs, aggravation des maladies psychiques) associés à la prise de psychotropes (anxiolytiques-sédatifs et hypnotiques) qui se trouvaient en 2000, au quatrième rang des médicaments consommés par les personnes de 65 ans et plus, près d'un aîné québécois sur cinq consommant des benzodiazépines². Ces médicaments sont d'ailleurs à l'origine d'un nombre important d'hospitalisations³.

Si les personnes âgées sont de grandes utilisatrices de médicaments, il importe toutefois de veiller à ne pas les considérer comme un groupe homogène. De nombreux facteurs sont associés à l'utilisation des médicaments et des recherches sont nécessaires pour mieux différencier les types de consommateurs au-delà des facteurs sociodémographiques et de santé usuels. L'augmentation du nombre de problèmes de santé avec l'âge n'explique d'ailleurs qu'en partie le niveau de consommation médicamenteuse des aînés, notamment en ce qui concerne les psychotropes. Une étude québécoise montre ainsi que la consommation élevée et chronique de ces médicaments par les personnes âgées n'est pas associée à une plus forte prévalence des problèmes psychiatriques au sein de cette population⁴.

Certains auteurs, dont Guillaume Pérodeau (voir sa contribution à ce numéro), soulignent ainsi l'importance d'enrichir l'analyse des comportements de consommation des aînés à l'égard des psychotropes, en adoptant une perspective plus globale qui tienne compte du rapport qu'entretiennent nos sociétés à la souf-

rance et à la vieillesse, des dimensions de plus en plus problématiques et difficiles à cerner. Il importe aussi de mieux comprendre les croyances que construisent les personnes âgées à l'égard des médicaments au travers de leurs interactions avec les soignants, leur entourage et, plus généralement, les médias. Pérodeau souligne, à cet effet, que les usages des psychotropes par les aînés s'inscrivent au sein de différentes modalités d'interactions avec la proche aidante. Mais, rappelle-t-elle aussi, le rôle que joue la famille dans l'utilisation des médicaments par les aînés gagnerait à être mieux documenté.

L'utilisation des médicaments par les personnes âgées est aussi en relation avec les pratiques de prescription. Or les médecins ne semblent pas toujours suivre les normes de prescription, surtout lorsqu'elles touchent les psychotropes. La propension plus élevée à prescrire ces médicaments aux aînés dépend de certaines caractéristiques des médecins, ceux qui sont plus âgés, les hommes, les omnipraticiens et les médecins ayant un plus grand nombre de consultations, affichant des taux de prescription plus élevés. Toutefois, cette surprescription qui pourrait sembler au premier abord irrationnelle, renvoie aussi, comme l'a montré Collin à propos des psychotropes, à des facteurs subjectifs (la pression liée à la demande du patient et l'inconfort à ne pas y répondre, la volonté de conserver une relation de confiance, la compassion à l'égard des difficultés que peuvent vivre les aînés)⁵. Selon Pérodeau, les médecins se sentent plutôt désarmés devant la souffrance des aînés, tout en étant conscients des risques associés à la prescription des benzodiazépines à long terme. Michel Tassé, pharmacien communautaire, souligne quant à lui que le manque de coordination entre les divers intervenants, phénomène auquel les personnes âgées non institutionnalisées – en particulier les plus fragiles – sont confrontées tout au long de leurs parcours de soins, contribue à la multiplication des ordonnances et à la consommation non appropriée de médicaments.

Dans la plupart des travaux, cette question est essentiellement abordée sous l'angle de l'observance, ou plutôt de l'inobservance, de la prescription médicale. Ce phénomène peut prendre plusieurs formes : non respect des dosages prescrits, des heures de prise de la médication, oubli ou interruption du traitement, non-actualisation de la prescription, voire prise de médicaments non prescrits ou de produits naturels. Ces conduites sont généralement attribuées à une mauvaise compréhension des caractéristiques de la maladie et du traitement, aux contraintes et à la complexité de la prescription (notamment à la peur des effets indésirables assez pénibles que peuvent entraîner certains traitements) et, enfin, à l'existence de limitations physiologiques et/ou cognitives chez les utilisateurs. Le non respect de la prescription peut aussi résulter, comme le souligne Annie Michaud, qui propose dans ce numéro une synthèse du mémoire du Conseil des aînés sur le projet de politique du médicament du Ministère québécois de la santé et des services sociaux, d'un problème d'accessibilité économique au médicament. Il est en effet possible que la progression de la prime annuelle payée par les aînés qui participent au Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) amène les plus démunis à cesser ou à diminuer leur médication.

Cette question du non respect de la prescription par les aînés doit toutefois être nuancée car si le taux d'inobservance est élevé chez les personnes de 65 ans et plus, il n'est pas très différent de celui d'autres groupes d'âge⁶. C'est surtout parce qu'elles cumulent polypathologies et polymédication que les personnes âgées peuvent sembler moins observantes. De plus, la notion d'observance ne voit le rapport à la médication qu'en termes de conformité à la prescription médicale et attribue au patient âgé un rôle essentiellement passif. Or l'intervention d'éducation de la santé (« *Les médicaments : Oui...Non...Mais !* ») menée en Montérégie par l'équipe du Dr. Serge Moisan (voir sa contribution au numéro) met en relief la capacité des aînés à jouer un rôle plus actif dans leurs interactions avec les médecins et les pharmaciens pour les questions touchant leur santé et leur médication. La diffusion de ce type d'interventions figure parmi les revendications du Conseil des aînés.

Enfin, les écarts à l'égard de la prescription ne constituent pas nécessairement un comportement irrationnel, mais peuvent aussi s'apparenter à une forme de régulation que le patient exercerait sur sa médication⁷. Ils peuvent aussi s'inscrire dans une stratégie personnelle de gestion de la maladie. Les interventions en santé doivent ainsi tenir compte du sens que revêt le médicament pour les individus, un sens qui dépasse largement son efficacité pharmaceutique. Dans son article sur le rapport des aînés institutionnalisés au médicament, Delphine Dupré-Lévêque met en évidence la fonction identitaire de cet objet. Porteur de rituels, mais aussi de moments forts de l'histoire personnelle de la personne âgée, le médicament permet de faire le lien avec son passé. Il constitue à ce titre un instrument de communication particulièrement important entre la personne âgée et les équipes de soins, une caractéristique du médicament qui reste pourtant encore peu exploitée. Enfin, il est clair que le rapport que construisent les personnes âgées à l'égard des médicaments s'inscrit, comme le montre l'article de Joseph Levy et de Christine Thoër-Fabre à propos de la médicalisation des dysfonctions sexuelles et de la ménopause, dans un processus de pharmacologisation croissante du vieillissement et, plus généralement, de l'existence, porté par l'industrie pharmaceutique. Ce mouvement contribue à l'émergence de nouvelles représentations du corps vieillissant et du rapport au temps, tout comme à de nouvelles attentes pour les personnes vieillissantes.

Au travers de ces différentes contributions, ce numéro s'inscrit dans une perspective globale de la question de la consommation pharmaceutique des personnes âgées tout en centrant l'attention sur l'acteur qui utilise les médicaments. Les contributeurs mettent également l'accent sur les multiples interrelations réelles et symboliques qui se jouent autour de cet objet « saturé de sens » qu'est le médicament. Ils insistent par ailleurs sur les bénéfices à retirer d'une meilleure coordination entre les professionnels impliqués dans la santé des aînés et la médication. Ils nous invitent enfin, à dépasser le mythe de la personne âgée passive et non observante afin de privilégier la mise en place d'interventions visant à favoriser son *empowerment* dans ces domaines.

Notes

- 1 Régie de l'assurance maladie du Québec (2001). *Portrait quotidien de la consommation médicamenteuse des personnes âgées non hébergées : Régime d'assurance médicaments administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec : les 9 juin 1996, 7 juin 1998 et 11 juin 2000*. Québec.
- 2 Idem.
- 3 Tamblyn, R. M., McLeod, P.J., Ahrhamowicz, M., Monette, J., Gayton, D.C., Berkson, L., Dauphinee, W.D., Grad, R.M., Hunag, A.R., Isaac, L.M., Schnarch, B.S., Snell, L.S. (1994) Questionable prescribing for elderly patients in Quebec, *Canadian Medical Association Journal*, 150(11), 1801-1809.
- 4 Pérodeau, G., Ostoj, M. (1992). *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées*, Québec, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS).
- 5 Collin, J., Damestoy, N., Lalande, R. (1999). La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées, *Sciences sociales et santé*, 17 (2), 31-52.
- 6 Mishara B.L, McKim, W.A. (1989). *Drogues et Vieillesse*, Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- 7 Collin, J. (2002). Observance et fonctions symboliques du médicament. *Gérontologie et société*, 103, 141-159 ; Conrad, P. (1985) The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.

Dans ce numéro :

Entretien avec Guillaume Pérodeau. Christine Thoër-Fabre	2
« Un médicament, ça ne se prend pas à la légère ». Observation de la consommation des médicaments par les personnes âgées en maison de retraite. Delphine Dupré-Lévêque	4
Viellissement et sexualité : de l'hormonothérapie au Viagra®. Joseph Josy Lévy et Christine Thoër-Fabre	5
Éduquer les aînés à l'autogestion de leur santé et au bon usage des médicaments. Serge Moisan	6
Pour une politique du médicament adaptée aux aînés. Annie Michaud	7
Le médicament : cet allié rebelle des personnes âgées. Michel Tassé	8

Entretien avec Guilhème Pérodeau

Réalisé par **Christine Thoër-Fabre**, post-doctorante au GEIRSO, Programme des grands travaux du CRSH sur la chaîne des médicaments, UQAM.

Guilhème Pérodeau est professeure titulaire au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais et psychologue en bureau privé.



Vous avez réalisé de nombreux travaux sur la consommation de psychotropes des personnes âgées, qui est très élevée au Canada et en particulier au Québec. Pourquoi cette forte consommation de psychotropes est-elle préoccupante et comment peut-on l'expliquer ?

Cette consommation est préoccupante, et je parlerai particulièrement des benzodiazépines, parce que l'on sait que cette molécule – c'est écrit noir sur blanc dans les articles médicaux – ne devrait pas être utilisée plus de quatre semaines, jusqu'à quelques mois au maximum. Ce n'est vraiment pas un traitement conçu pour une utilisation à long terme. Or les benzodiazépines sont utilisées année après année et cet usage chronique a des conséquences sur la santé des personnes âgées. Ce que l'on observe aussi c'est qu'il y a une intolérance à la souffrance psychologique dans notre société. C'est un aspect qui a été largement évoqué dans les entrevues de ma dernière étude, autant de la part de consommateurs, que de médecins ou de pharmaciens. Comme le soulignaient ces professionnels, nous sommes dans une société où il faut être performant. C'est sûr qu'en vieillissant, on dort différemment et que l'on a peut-être un peu moins d'énergie. Mais les gens ont parfois du mal à accepter ce vieillissement normal. Aussi, ils auront tendance à aller voir le médecin et à demander des pilules. Quant aux médecins, eux-mêmes le disent, ils sont formés à la résolution de problèmes immédiats. Ils n'ont ni le temps, ni la formation, ni les paramètres pour suivre les personnes sur le plan psychologique ou leur expliquer ce qu'est le processus de vieillissement. Alors, certains prescrivent des benzodiazépines. Ils sont pourtant très conscients qu'il faudrait référer ces personnes à des ressources psychosociales. Mais dans les CLSC, le délai d'attente est de 6 mois au minimum, et consulter un psychologue dans le privé, ce n'est pas accessible pour tout le monde compte tenu des tarifs de consultation.

Bon, évidemment, il y a souffrance et souffrance. Une dépression majeure où la personne ne mange plus, ne dort plus, où elle n'est plus fonctionnelle, il est évident qu'il faut intervenir. Mais il y a beaucoup de personnes, qui se sentent mal parce qu'elles se trouvent dans des circonstances difficiles, des transitions de vie. Or, si elles se sentent mal, c'est parce qu'il y a quelque chose à travailler. Ce sentiment d'être un peu déprimé, d'être anxieux n'est finalement pas nécessairement mauvais. C'est peut-être un signal d'alarme. Mais dans notre société, il faut trouver une solution rapide, un moyen de continuer dans le quotidien sans se questionner sur les raisons qui font que ça ne va pas. Donc, on travaille sur le symptôme et le problème de fond n'est pas résolu. Cette situation ne concerne pas seulement les personnes âgées, on médicalise l'hyperactivité chez les enfants, la ménopause chez les

femmes, c'est un processus qui touche l'ensemble de l'existence.

Les aînés qui consomment des benzodiazépines ont-ils conscience des risques associés à cette médication ?

Il y a de grandes différences selon les consommateurs. De manière générale, les personnes les plus âgées, soixante-quinze ans et plus, ne se questionnent pas beaucoup sur leur consommation de benzodiazépines, qui a souvent débuté il y a dix, quinze, vingt ans. Elles ont l'image du « médecin-prêtre » et considèrent que ce qui leur est prescrit est nécessairement bon pour elles. Par contre, dans notre dernière étude, nous avons interrogé des consommateurs plus jeunes, dans la cinquantaine-soixantaine, et là, c'est très différent. Dans ce groupe d'âge, la consommation de benzodiazépines est plutôt reliée à des problématiques de travail difficiles. Elle a pour fonction de les aider à mieux dormir afin qu'ils puissent travailler et performer, parce qu'ils ont beaucoup de pression. Ces personnes envisagent par contre d'arrêter leur traitement une fois à la retraite. Il y a donc, chez eux, une prise de conscience que cette consommation de benzodiazépines à long terme n'est pas la solution optimale. Ce côté rebelle se retrouve particulièrement chez les hommes, amenant certains à arrêter brusquement leur médication, ce qui n'est pas très judicieux et peut même se révéler dangereux. Mais pour la plupart, ils continuent le traitement parce qu'il y a cet engrenage de la performance.

Encore une fois, je pense que nous ne sommes pas préparés au vieillissement, et cela a été souligné par plusieurs médecins rencontrés. C'est vrai des baby-boomers mais aussi des plus jeunes. Nous sommes dans une société très axée sur la performance et la jeunesse alors que le vieillissement, c'est autre chose. Physiquement, il y a certains changements, mais il y a des gains aussi. On est plus sage, on a plus de ressources intérieures mais ce ne sont pas nécessairement des aspects qui sont valorisés. Aujourd'hui, la personne de 50 ans et plus se trouve prise dans un train de vie où il n'y a pas beaucoup d'aménagements possibles pour tenir compte des changements dus au vieillissement. Même à soixante ans, il faut performer comme à trente, ou presque. Et ceux qui n'y arrivent pas n'ont qu'à prendre des pilules ! Je simplifie un peu mais je pense qu'il y aurait un travail à faire sur ce que vieillir veut dire. Dans le milieu du travail aussi, il faudrait envisager des aménagements. On y viendra sans doute puisqu'il y a déjà de moins en moins de jeunes travailleurs proportionnellement aux plus âgés. Ça commence un peu d'ailleurs. Peut-être que les baby-boomers apporteront des changements d'attitude. En tout cas, ils risquent de questionner davantage les professionnels et de demander plus du système que leurs prédécesseurs.

Beaucoup d'études sur la consommation des psychotropes mettent en évidence un effet de genre, les femmes étant de plus grandes utilisatrices de benzodiazépines. Comment l'expliquer ?

Cette différence entre les hommes et les femmes existe mais elle est en train de se réduire. Les hommes rattrapent les femmes, ce qui s'explique par le fait qu'au cours des dernières décennies, les hommes ont eux aussi traversé des périodes avec beaucoup de stress, notamment des périodes de chômage. Je pense aussi, et cela a été documenté, que cet effet de genre est à mettre en relation avec l'interaction patient-médecin. D'abord, de manière générale les hommes, ne vont pas voir le médecin à moins de se sentir vraiment très mal alors que les femmes, qui ont eu des grossesses, consulteront

beaucoup plus facilement. Or, qui va voir plus souvent le médecin est plus à risque de se faire prescrire des médicaments. Plusieurs études montrent aussi que la façon dont le patient présente son malaise, ce qu'il dit et comment il le dit va influencer sur la prescription. Une femme qui présente les choses de façon plus ambiguë ou moins claire : « Je ne me sens pas bien, je dors mal, je suis nerveuse » aura plus de chance de repartir avec une prescription de psychotropes, contrairement à un homme qui insistera sur des problèmes d'ordre physique plus pointus. Ce que rapportent aussi certaines études, c'est qu'il pourrait y avoir une discrimination de la part du médecin qui aurait tendance à considérer que l'homme quand il consulte, c'est qu'il a vraiment un problème physique alors que devant une patiente, il se dira plus facilement que c'est dans sa tête, qu'elle est nerveuse ou émotionnelle. Des études qui portent sur les caractéristiques des prescripteurs montrent aussi que tous les médecins ne prescrivent pas de la même façon. Les grands prescripteurs de psychotropes seraient notamment plus âgés, moins formés et plus souvent des hommes.

Pensez-vous que les modèles actuels d'analyse de la consommation de psychotropes des personnes âgées sont suffisants pour distinguer clairement les différentes catégories d'utilisateurs ?

Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de modèles et les études menées sont assez fragmentaires. On sait que le consommateur est plus souvent une femme, plutôt âgée et plus stressée. Mais au-delà de cette différence hommes/femmes, je crois que la différence se situe surtout en termes de générations. Le consommateur plus âgé sera souvent moins scolarisé, plus axé sur le médecin, à qui il accordera une grande confiance. Il est donc beaucoup plus soumis à la prescription médicale. Les plus jeunes générations se distinguent. Elles sont plus scolarisées, elles ont appris à questionner l'autorité médicale. Les baby-boomers sont revendicateurs, ils iront aussi plus facilement sur Internet de par leur travail. On dispose de modèles d'analyse de la consommation, qui mettent l'accent sur les dimensions psychologiques, l'individu, sa personnalité, son profil socio-psychologique. Je pense qu'il serait intéressant de développer des modèles qui tiennent compte d'aspects beaucoup plus sociaux, plus systémiques, qui fassent référence aux médias, à la perception de la vieillesse dans la société. Les sociologues travaillent en ce sens mais ce qu'il faudrait, c'est un amalgame de ces deux perspectives.

Comment se passe la première prescription de benzodiazépines ? Est-ce que cela varie selon les générations ?

Dans les deux cas, il faut distinguer entre l'amorce et le renouvellement de la prescription. A l'amorce du traitement, je pense que pour beaucoup de gens, c'est la même chose : il y a une circonstance particulière. C'est d'ailleurs bien documenté, ce peut être une maladie, ou une hospitalisation, au cours de laquelle on commence à prescrire des somnifères. Une autre situation que l'on retrouve fréquemment, c'est celle de la patiente qui a perdu son conjoint, qui est en état de crise, et à qui on donne des tranquillisants. Quand le médecin prescrit, il devrait insister sur cette circonstance particulière et souligner que la prescription doit s'inscrire dans un temps déterminé, que ce n'est pas du long terme et qu'il faudrait envisager d'aller voir un psychologue. Ce qui arrive, c'est que les benzodiazépines sont souvent prescrites comme ça, sans préciser de limites particulières. La personne le prend « au besoin ». Pourtant les médecins, enfin ceux que nous avons interviewés, sont de

plus en plus conscients des problèmes associés à cette consommation chronique et soucieux des risques d'interaction médicamenteuse, certains plus que d'autres évidemment. Mais ils ne savent pas trop que faire d'autre. Pour nous, il est facile de parler du haut de la recherche mais eux, ils se trouvent face à la personne qui souffre. Les pharmaciens, sont déjà un peu plus en retrait, ils ont une plus ample perspective sur le problème. Mais les médecins, ils sont vraiment en première ligne parce que ce sont eux que les gens viennent voir, ce sont eux qui ont besoin de ressources. Ce n'est pas parce qu'ils veulent nécessairement faire passer des pilules. Non, ce n'est pas ça du tout. Mais quelle est l'alternative ? Surtout avec les contraintes auxquelles ils font face, manque de médecins, manque de temps. Plusieurs l'ont dit dans les entrevues, et je l'ai vu dans d'autres recherches, cela prend moins de temps d'écrire une prescription pour des benzodiazépines que d'expliquer à la patiente qu'elle pourrait faire autre chose. Aussi, je pense qu'il y a un sentiment d'impuissance qui émane aussi bien du patient que du professionnel. C'est pour cela que le travail de prévention devrait se faire à l'amorce de la prescription. Quand une personne consomme des benzodiazépines depuis quinze, vingt ans, quand l'habitude s'installe et que l'utilisateur dépend de sa pilule – parce que c'est une dépendance – il est beaucoup plus difficile d'intervenir.

Est-ce que les patients questionnent le médecin sur les risques associés aux benzodiazépines ?

De manière générale, ceux qui consomment se disent que le médecin les suit et ne se questionnent pas tant que cela. Mais certaines personnes peuvent décider de se prendre en main et essayer d'arrêter, comme l'ont montré nos entrevues. Alors évidemment, c'est peut-être biaisé parce que les consommateurs rencontrés ont accepté d'être interviewés et ce n'est pas tout le monde. J'ai l'exemple d'un couple, où les deux prenaient des benzodiazépines et avaient décidé d'arrêter. Ils avaient été voir un pharmacien pour que celui-ci les encadre, pour avoir un plan de sevrage car il ne faut surtout pas arrêter d'un seul coup. C'était des gens très motivés mais c'est rare. C'est d'ailleurs ce que regrettent les médecins qui aimeraient bien amener leurs patients à cesser de prendre des benzodiazépines mais les gens ne sont pas motivés. Il existe pourtant d'excellents programmes de sevrage et on sait exactement comment procéder mais il y a ce problème de motivation. Ce sera d'ailleurs l'objet de ma prochaine étude.

Pourtant, on parle souvent des risques associés à la consommation de psychotropes dans les médias ?

Vous trouvez ? C'est vrai que récemment à la suite de l'affaire du Vioxx, les médias ont évoqué certains problèmes avec les médicaments, et aussi avec les antidépresseurs. Mais les risques associés aux benzodiazépines, Monsieur et Madame tout le monde n'en entendent pas du tout parler. Par contre, on voit de nombreuses annonces publicitaires à la télévision, sur les chaînes américaines, et même canadiennes, pour des traitements qui permettent de mieux dormir, de ne plus être déprimé. C'est aussi l'image du consommateur qui a changé. Avant, on montrait une femme aux cheveux sales, qui avait vraiment l'air de venir du fin fond de l'hôpital psychiatrique. Maintenant, on présente des gens jeunes, plein d'allant, Monsieur et Madame tout le monde et le message est : « Vous avez de la difficulté à dormir ? Vous êtes nerveux ? Demandez conseil à votre médecin ». Apparemment,

Suite à la page 3

cette méthode fonctionne car les gens vont voir leur médecin et lui demandent le médicament annoncé.

Nous avons réalisé une étude (avec Philippe Voyer) sur les sources d'information des femmes âgées en perte d'autonomie, consommatrices de psychotropes. Il en ressortait que les personnes n'étaient pas très préoccupées par les risques associés à ces traitements. Il pouvait par contre leur arriver de tomber sur un article dans la presse, par exemple sur l'Halcion®. Certaines femmes décidaient alors d'aborder le sujet avec leur médecin qui les rassurait. Elles pouvaient aussi mobiliser d'autres professionnels de la santé, notamment dans leur entourage. Le problème, c'est que les avis recueillis étaient souvent contradictoires. Alors, souvent les gens abandonnaient.

Il peut aussi y avoir des divergences entre les médecins consultés. Je me rappelle d'une entrevue auprès d'une patiente vivant en milieu rural, à qui le médecin prescrivait des benzodiazépines depuis de nombreuses années. Lors d'une hospitalisation, le médecin de l'hôpital examine son régime thérapeutique et lui dit d'arrêter de prendre toutes ces « cochonneries ». De retour chez elle, cette femme décide de s'en remettre à l'avis de son médecin de famille en qui elle avait confiance et qui lui prescrivait ces médicaments depuis longtemps. Ce type de clash, qui se produit le plus souvent entre médecins, est très éprouvant pour les personnes. De son côté, le pharmacien, qui est pourtant mieux formé que le médecin concernant les médicaments et les interactions médicamenteuses, ne va généralement pas questionner la prescription médicale. On sent qu'ils ont un autre rôle. Par ailleurs, ils aimeraient conseiller la personne mais ils n'ont pas toujours les facilités pour le faire, bien que maintenant certaines pharmacies aient aménagé de petits bureaux de consultation. Les pharmaciens soulignent aussi dans les entrevues qu'ils ne sont pas rémunérés pour donner ce type de conseils qui peuvent prendre beaucoup de temps.

Et la famille, quelle est son influence sur la prise des psychotropes ?

Dans une étude réalisée auprès de femmes âgées et de leurs aidantes, nous avons mis en évidence différents types d'attitudes de la part des aidantes. Dans certaines familles, l'aidante considérait que la décision d'utiliser ces traitements appartenait à sa mère ou tout au moins à son médecin et ne s'en occupait pas. Dans d'autres familles, cette prise médicamenteuse était vue de manière positive parce qu'elle permettait de soulager et de calmer la personne âgée, ce qui peut être vu comme une forme de contrôle social. Ce n'est pas pour leur jeter la pierre. Ces aidantes, souvent la fille ou la belle fille, ont généralement un emploi, elles sont impliquées dans d'autres rôles familiaux et accomplissent un travail formidable auprès de la personne âgée. Mais elles sont débordées, fatiguées, alors le médicament, c'est un support pour elles aussi. D'autres aidantes encore se montraient beaucoup plus ouvertes, considérant les psychotropes comme une solution parmi d'autres. En fait, la façon dont on parle du médicament dans la famille reflète tout à fait les dynamiques familiales. Ces femmes âgées qui consomment des psychotropes sont souvent très anxieuses et le médicament peut servir d'instrument de communication dans la famille (« Maman as-tu pris tes médicaments ? »), plutôt que d'explorer avec elle les raisons de son anxiété.

Comment voyez-vous les choses évoluer dans le contexte actuel et compte tenu des contraintes que nous avons évoquées ?

Alors, ça c'est la question à 1000 dollars ! Je pense qu'il faudrait agir à plusieurs niveaux. Si l'on a conscience

que le médecin est la porte d'entrée, il faudrait qu'il ait accès à des ressources, ce qui nous a été dit d'ailleurs dans les entrevues auprès de ces professionnels. Il pourrait y avoir des infirmières parce que les personnes âgées aiment beaucoup les infirmières alors qu'elles n'aiment pas beaucoup les psychologues, considérant que seuls les fous les consultent ! On pourrait ainsi employer du personnel paramédical avec une formation psychosociale pour donner de l'information, aider et encadrer les personnes âgées. Mais il faut trouver des personnes dans lesquelles les aînés aient vraiment confiance. Il existe des groupes de sevrage mais les personnes n'y vont pas et puis, de toute façon, on ne décide pas nécessairement de s'orienter vers le sevrage d'un seul coup. Il faudrait donc que ces ressources soient disponibles dans le système médical. C'est là que les gens vont parce qu'ils sont programmés, quand ça ne va pas, pour aller voir le médecin et que tout y est remboursé et gratuit. Aller voir un psychologue, ça ne l'est pas. J'ai le sentiment d'après les entrevues que nous avons réalisées que si les médecins savaient où référer la personne, s'il y avait un endroit où la personne pouvait être prise en charge immédiatement, un endroit pour parler à quelqu'un, ce pourrait être très différent. Certains médecins, plutôt que de prescrire des psychotropes, sauraient qu'ils peuvent rediriger leur patient.

Je pense aussi qu'il faudrait intervenir au niveau de la formation médicale continue afin que les benzodiazépines soient désormais prescrites pour un temps limité. Le pharmacien pourrait aussi jouer un plus grand rôle, notamment auprès des personnes les plus jeunes qui viendraient sans doute plus facilement demander conseil si un bureau spécial était mis à leur disposition, si la confidentialité était assurée, comme c'est déjà le cas dans certaines pharmacies. Alors évidemment, nous avons un système de santé surchargé, qui coûte très cher, mais ces médicaments coûtent aussi très cher.

Il faut dire aussi, et cela concerne les jeunes aînés, que ces médicaments, tout comme les antidépresseurs, sont généralement prescrits aux personnes ayant fait un épuisement professionnel. Celle-ci voit un médecin, obtient un arrêt de travail puis au bout de quelques mois consulte un psychiatre qui lui prescrit souvent des anti-dépresseurs. C'est là qu'intervient le tiers payeur, c'est à dire les compagnies d'assurance qui ne remboursent le suivi que si le patient prend ses médicaments. Dans la littérature sur la médicalisation, on a beaucoup insisté sur le rôle du médecin et des compagnies pharmaceutiques qui sont là pour faire du profit, ce qui est très clair, mais il y a aussi le tiers payeur. C'est un nouvel acteur à prendre en considération dans ce processus de médicalisation.

Enfin, au niveau social, c'est, comme je l'ai dit, tout le rapport au vieillissement, aux changements dus au vieillissement, donc à ce qu'on appelle le vieillissement normal, qui n'est pas très bien accepté. On pourrait faire la promotion du vieillissement, en faire ressortir les points forts et valoriser nos aînés en leur faisant une place de choix dans la société. Je pense aussi que ces symptômes dont témoignent les personnes, reflètent une souffrance, des transitions, qui sont reliées à l'approche de la retraite ou parfois à l'apparition de maladies. Dans notre société, on règle les choses en surface, de façon chimique, les médicaments sont utilisés à des fins d'ajustement psycho-social. Et pourtant, cette souffrance pourrait constituer un point de départ pour une véritable transformation de notre façon d'envisager le vieillissement.

Guilhème Pérodeau, merci beaucoup pour cet entretien.

Symposium

Présentation

Le problème de l'abus envers les personnes âgées et la qualité des programmes de soutien à domicile concernent les institutions publiques comme l'univers de la sphère privée et constituent une préoccupation primordiale aussi bien pour les personnes âgées que pour leurs proches. Conscients de l'importance de ces enjeux, le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du CSSS Cavendish, en partenariat avec l'Escola de Prevenció i Seguretat Integral de l'Universitat Autònoma de Barcelona organisent un symposium pour discuter de ces enjeux.

Le symposium, qui se tiendra à Barcelone les 21 et 22 novembre, et qui réunira des chercheurs, des juristes, des intervenants sociaux et des proches aidants catalans et québécois, a pour mission de faire connaître les bonnes pratiques en matière de prévention de l'abus, tout en promouvant des politiques de services à domicile de qualité au Québec et en Catalogne dans le but d'améliorer le bien être du collectif des personnes âgées.

Prévention de l'abus envers les personnes âgées et politiques publiques de soutien à domicile

Étude comparative Québec-Catalogne

Objectifs

1. Prévenir les abus envers les aînés à travers une connaissance des réalités québécoise et catalane;
2. Discuter des problèmes et des réalités des services à domicile;
3. Transmettre des connaissances innovantes;
4. Déterminer de nouvelles modalités d'intervention

Le symposium intéressera notamment les travailleurs et les éducateurs sociaux, les politiques, les chercheurs, les juristes, les auxiliaires familiales et sociales, les proches aidants, les volontaires et les étudiants. Un bilan sera fait dans le cadre d'un prochain numéro du *Bulletin Bien vieillir*.

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish

Escola de Prevenció i Seguretat Integral
EPI

Calendrier des séances mensuelles d'études sur la santé mentale 2006-2007

de 13h à 14h

Date	Sujet	Conférencier(e) Langue	Lieu
10 octobre 2006	Occupational Stress: Burnout and Stress Management	Dr N. Casacalenda Psychiatre à l'HJR Anglais (exceptionnellement de 13h à 14h30)	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21
14 novembre 2006	Forward House: Social Reintegration and Rehabilitation	Chris McFadden Directeur, Forward House Anglais	NDG 1 ^{er} étage Boardroom
5 décembre 2006	Depression and Alcoholism	Dr Tremblay Psychiatre, Hôpital Douglas Anglais	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21
9 janvier 2007	Omega-3 Fatty Acids in Psychiatry	Dr H. Olders Psychiatre, Hôpital Ste-Anne Anglais	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21
13 février 2007	Les services de Diogène: profil de la clientèle SM vs itinérance et problèmes judiciaires	Christiane Cadieux Intervenante sociale au Services de Diogène Français	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21
13 mars 2007	Suicide Survivorship and Postvention	Dr N. Casacalenda Psychiatre à l'HJR Anglais	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21
10 avril 2007	L'aide du masculin: la réalité des hommes qui prennent soin de leurs conjoints à domicile	Francine Ducharme Professeur de soins infirmiers à l'Université de Montréal Français	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21
8 mai 2007	Understanding Self-Mutilation Behavior	Janice Clarini M.A Socio., Lect. au Collège Vanier Anglais	René-Cassin 6 ^e étage 19-20-21

Pour de plus amples informations, veuillez contacter
Maya Gharzouzi au (514) 488-3673 poste 1451.

« Un médicament, ça ne se prend pas à la légère ».

Observation de la consommation des médicaments par les personnes âgées en maison de retraite¹

Delphine Dupré-Lévêque, anthropologue, Aménagement, Développement, Environnement, Santé et Sociétés, UMR 5185 Université Bordeaux II – CNRS ; Responsable Pôle Gérontologique, Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Périgueux, France.

« Un médicament, ça ne se prend pas à la légère » tel était le slogan, il y a quelques années en France pour lutter contre les risques liés à l'automédication, les risques d'interaction médicamenteuse mais aussi pour sensibiliser la population à l'importance de se conformer à la prescription.

Ce slogan a probablement eu un impact, mais il est difficile de le mesurer concrètement aujourd'hui. Par contre, ce qui est sûr, c'est que les personnes âgées – plus particulièrement celles atteintes d'une pathologie chronique – ne prennent pas leur traitement à la légère. Le médicament occupe une place importante dans leur vie. Leur traitement est une partie d'elles-mêmes. Il s'instaure même un rapport presque affectif entre la personne et son traitement :

Ma mère connaissait bien ses médicaments. (...) Mon mari allait les chercher à la pharmacie, et après elle déballait tout ça. Elle aimait bien regarder ses petits papiers et elle aimait beaucoup regarder ses médicaments. (la fille d'une résidente)

C'est qu'autrefois j'en prenais... Mais j'ai changé de docteur depuis que l'autre est parti à la retraite et il a tout supprimé. Alors j'ai pas le même régime, mais j'ai gardé les autres boîtes en souvenir. En venant ici, j'ai du encore changer de docteur mais, celui-là, il m'a laissé le même traitement. Quand ce médicament a changé de nom, j'ai écrit au laboratoire pour savoir si c'était vrai et ils me l'ont certifié et envoyé dix boîtes gratuitement. De toutes manières, j'ai la liste de tout ce que je prends. (une résidente)

Celui pour dormir, je dois le prendre quand je vais me coucher. Lui, il est dans la boîte de gauche. Mais celui-là je dois me méfier parce qu'il est rond et petit et parfois il m'échappe des doigts : il est coquin celui-là! (une résidente)

Nous sommes tous bien conscients que l'arrivée en établissement contraint les personnes à de très nombreux bouleversements dans leurs habitudes de vie, mais rares sont les établissements qui se préoccupent de la manière dont une personne gère son traitement médicamenteux. Dès leur arrivée, les personnes se voient déchargées de la préparation de leur traitement. Elles n'ont désormais plus accès à leurs boîtes. Cette « confiscation » est une rupture supplémentaire entre un « avant » à domicile et un « maintenant » en institution. Pour certaines personnes, cette séparation brutale avec ses médicaments est un moment douloureux. Elles ne prennent pas cet événement à la légère du tout : « Ca m'a un peu choquée quand je suis arrivée ici et qu'on m'a pris mes cachets. Vous savez quand on n'a pas l'habitude ». (une résidente)

Au nom de la limitation des risques, au nom du bien des résidents, les établissements d'hébergement ont des habitudes de prendre en soins qui peuvent, finalement, se révéler davantage source d'angoisse et de mal-être pour les résidents.² Prendre les boîtes de médicaments, désorganiser une telle habitude de vie -qui pouvait être source de plaisir et d'autonomie- peut être très déstabilisant (infantilisant?). Ainsi, plutôt que de supprimer tout net cette responsabilité, il faut prêter une attention particulière aux habitudes de consommation du nouvel arrivant. Cela contribuerait sans aucun doute à favoriser son adaptation. Est-ce pour autant que, déposé de ses boîtes, le résident se désintéresse de son traitement ? Certains professionnels le pensent sincèrement : « Ils demandent rarement à quoi ils servent. Ils les prennent et ne cherchent pas à comprendre. » (une aide-soignante)

D'autres soignants, au contraire, ont la plus grande conscience de ce lien établi entre la personne âgée et ses médicaments et sont particulièrement vigilants aux habitudes de consommation de chacun :

Ils sont attachés à leur traitement, et s'ils ne trouvent pas en établissement leurs petites gouttes qu'ils avaient l'habitude de prendre tous les jours à leur domicile, il va y avoir une demande. Le médicament a, pour les personnes âgées, une valeur réelle. Ça fait partie d'elles-mêmes et je ne suis pas partisan pour changer de traitement au départ. (un médecin)

Pour chaque personne, on a un rituel différent dans la manière de présenter ; Les médicaments sont un lien important avec le passé, chez les valides comme chez les autres. Y'en a qui perdent la tête, mais leurs médicaments sont sacrés. Ils voient toujours quand il y en a un qui manque ou quand il y en a de nouveaux. Y'en a qui ne supportent pas qu'on leur dise qu'ils vont mieux. Plus ils ont de médicaments plus ils ont l'impression d'exister. Si le docteur en enlève, c'est une vraie catastrophe au départ. (une aide-soignante)

Comment les résidents, alors qu'ils sont démunis de leurs boîtes et de la préparation de leurs médicaments, alors que nombreux sont ceux qui souffrent de troubles mnésiques, sont-ils encore capables d'avoir une certaine maîtrise de leur consommation médicamenteuse ? Une observation quotidienne au plus près des résidents permet d'identifier différentes techniques. Certains s'adressent directement aux personnels soignants : « Souvent, ils me demandent à quoi ils servent. Parfois tous les deux jours. Je leur explique toujours. Pour les médicaments, il y a une question de confiance » (une infirmière). D'autres, même s'ils ne peuvent plus préparer réellement leur traitement, demandent quand même d'avoir les boîtes même vides dans leur chambre : « Le midi, j'en ai trois : un jaune doré, un blanc, un rouge. J'en ai un pour le cœur, l'autre pour la constipation et le dernier pour les rhumatismes. Je sais à quoi ils servent car je demande toujours les notices. Ça m'aide à combattre ce que je ressens. C'est un travail d'entretien ». (une résidente). Mais, dans l'ensemble, les personnes maîtrisent leur traitement à partir de la création de leur propre rituel de consommation :

Je les prends toujours dans le même ordre, c'est là qu'on voit les erreurs. Je mets les comprimés roses dans la biscotte, ça tient bien, alors que dans le pain, ça passe à travers. (une résidente)

J'en prends un gros bleu et un petit blanc qui est mauvais comme tout. Tous, je les prenais à la maison mais, ici, on ne risque pas de les oublier. Je commence toujours par le petit et mauvais et je continue par les plus difficiles à avaler. Je les prends toujours lorsque j'ai commencé mon repas car si une fois, j'ai du mal à faire passer ce tout petit, ça laisse un goût tellement mauvais qu'il vaut mieux avoir autre chose dans la bouche pour faire passer. (un résident)

Par conséquent, même en établissement, même sans avoir à assurer et assumer la préparation des médicaments, les personnes âgées ne prennent pas à la légère leur traitement et s'organisent au mieux – en fonction de leur propre ressource – pour « reprendre en main » d'une certaine manière leur traitement médicamenteux.

Le médicament peut être utilisé comme support pour comprendre l'histoire de vie d'un résident mais peut aussi mettre en lumière son niveau d'intégration et d'adaptation à la structure. En effet, chaque médicament correspond à un moment de la vie de la personne. Il « valide » une pathologie particulière. Cette dernière correspond à une période précise de la vie : telle consommation est intervenue après le

décès du conjoint, telle autre après une hospitalisation quand un fils s'est retrouvé au chômage etc... La maladie fait sens.

A partir du médicament, les professionnels peuvent comprendre de façon plus fine l'histoire de vie d'une personne. Si les questionnaires d'évaluation ou d'entrée en établissement ont pour objectif, effectivement, de prendre en considération l'histoire de vie de la personne, celle-ci n'est abordée que de façon très superficielle. Reconnaître le sens donné par la personne à sa pathologie permettrait pour l'ensemble des professionnels intervenants dans ces structures d'accueil de mieux l'appréhender. Son adaptation à la structure serait facilitée. Enfin, une certaine emprise du résident sur son traitement est un indicateur du degré d'adaptation à la structure.

Si le médicament est un outil médical bâti pour lutter contre des pathologies, l'observation de l'ensemble des rituels qui lui sont associés, lors de sa prescription

comme de sa consommation, permet de comprendre une multitude d'organisations sociales qui y sont rattachées. La consommation d'un médicament suit tout un cheminement où la part du raisonnement médical n'est que d'une infime importance par rapport à la part qu'occupe le social. « Un médicament, ça ne se prend pas à la légère », c'est un acte d'une complexité infinie et qui mérite d'être beaucoup mieux observé à la fois par les soignants mais aussi, par l'ensemble des chercheurs en sciences sociales plus particulièrement.

Notes

- 1 Dupré-Lévêque D., Demoures G., et Lévêque F. (1996). *Santé mentale, psychotropes et personnes âgées en institution*, Paris, MIRE –rapport.
- 2 Thomas, H., Scodellaro C., Dupré-Lévêque D. (2005). *Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants*, *Études et Résultats*, DRESS, 370

Appel de candidature bourse postdoctorale

L'équipe de recherche Vieillissements, exclusions sociales et solidarités et le centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale (CREGES) du CSSS Cavendish, centre affilié universitaire offrent une bourse postdoctorale dans le domaine des aspects sociaux du vieillissement.

Présentation de l'équipe et du centre

L'équipe Vieillissements, exclusions sociales et solidarités est subventionnée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC). Elle vise à étudier les processus pouvant mener à l'exclusion sociale de segments de la population âgée de même que les actions et mesures pouvant contrer cette exclusion. Elle compte 13 chercheurs provenant de quatre universités québécoises et plusieurs partenaires du réseau de la Santé et des Services sociaux et d'organismes communautaires. Cette équipe est une constituante du centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale.

Le Centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale (CREGES) du Centre de Santé et de Services Sociaux Cavendish, centre affilié universitaire, mène depuis plusieurs années des recherches sur les dimensions sociales du vieillissement. En collaboration avec les intervenants et gestionnaires du CSSS, les projets de recherche qui y sont réalisés visent à améliorer les pratiques d'intervention et les politiques à l'égard des personnes âgées. Ils portent notamment sur les proches aidants, la maltraitance, les problèmes de santé mentale et la prévention promotion.

Description du stage

Dans le cadre de son stage postdoctoral, le candidat entreprendra ou poursuivra des travaux de recherche sur l'exclusion sociale des personnes âgées et sur les solidarités collectives ou de proximité visant à contrer cette exclusion. Ses travaux devront notamment porter sur les questions de maltraitance ou de santé mentale des personnes âgées. Le candidat s'engage en cours d'année à soumettre des demandes comme chercheur boursier à différents organismes subventionnaires.

Durée : 1 an

Montant : 45 000 \$ (plus 5000 \$ comme soutien aux activités de recherche)

Date de début du stage : 1er janvier 2007

Critères d'admission

Le candidat doit détenir un doctorat depuis un maximum de trois ans ou prévoit déposer sa thèse avant la date d'entrée en fonction. Le doctorat détenu ou postulé doit être dans une discipline des sciences humaines et sociales (sociologie, anthropologie, services social, etc.), en sciences de l'éducation ou en santé publique. Des expériences de collaboration avec des milieux de pratique, de formulation de politiques ou des organismes communautaires constituent un atout.

Comment faire parvenir sa candidature

Veillez faire parvenir votre candidature (curriculum vitae, lettre de présentation) à l'adresse suivante :

Poste de chercheur boursier
À l'attention de Jean-Pierre Lavoie
CREGES
CSSS Cavendish
5800, boul. Cavendish
Côte St-Luc, Québec H4W 2T5

Pour de plus amples informations

Mme Nancy Guberman
Directrice scientifique
École de service social
UQAM
Tél. : 514.987.3000 p. 4520
Guberman.nancy@uqam.ca

M. Jean-Pierre Lavoie
Co-directeur scientifique
CREGES
CSSS Cavendish
Tél. : 514.488.3673 p. 1471
jp.lavoie@umontreal.ca

Vieillesse et sexualité: de l'hormonothérapie au Viagra®

Joseph Josy Lévy, professeur au département de sexologie, UQAM, Programme des grands travaux du CRSH sur la chaîne des médicaments.
Christine Thoër-Fabre, post-doctorante au GEIRSO, Programme des grands travaux du CRSH sur la chaîne des médicaments, UQAM

Parmi les grandes préoccupations contemporaines, on peut relever, entre autres, la quête de la puissance sexuelle et le report de la vieillesse, voire la victoire sur la mort par l'aspiration à une immortalité inaccessible. Ce rêve semble servir de modèle à la médecine moderne dont le projet essentiel est de lutter contre la mort et d'assurer le maintien de la santé, de l'énergie et de la vitalité, renversant l'érosion de l'organisme que suscite le passage du temps. Cet espoir semble s'être concrétisé avec les innovations dans le domaine pharmacologique avec la mise en marché de l'hormonothérapie dans les années 1940 et de substances comme le Viagra®, à la fin des années 1990, pour traiter les dysfonctions érectiles. Cet article s'attardera sur ces deux exemples qui sont particulièrement représentatifs du processus de médicalisation actuel.

Différents travaux ont montré que la construction sociale de la ménopause-déficience hormonale et de la dysfonction érectile comme entités cliniques était intimement liée au développement et à la commercialisation de l'hormonothérapie et du Viagra® ainsi qu'à la médiatisation dont ces traitements ont fait l'objet. Depuis les années 1960, l'hormonothérapie est présentée dans de nombreux ouvrages de vulgarisation médicale, articles de presse et émissions télévisées, comme le moyen de prévenir les conséquences de la ménopause qui apparaît à la fois comme source de danger pour la santé physiologique et psychologique et comme passage social à la vieillesse¹. À partir des années 1970, la critique féministe a permis l'émergence d'autres modèles qui considèrent la ménopause comme une transition normale dans la vie des femmes, remettant en question la prescription systématique des traitements hormonaux substitutifs, revendiquant une participation plus importante des femmes à la gestion de cette étape de leur vie, et prônant le recours à des médecines douces et alternatives².

Cette prise de distance à l'égard du discours médical se retrouve dans le discours des femmes qui de manière générale, témoignent d'une attitude plutôt positive à l'égard de la ménopause qu'elles ne considèrent pas comme une pathologie³. Toutefois, elles se réfèrent tour à tour au modèle biomédical de la ménopause ou aux discours qui contestent la médicalisation de cette période. De plus, si certaines envisagent la ménopause comme un non événement, voire une période de nouvelles opportunités, d'autres semblent considérer qu'elle marque un tournant dans le processus de vieillissement. Aussi, nombre de femmes qui arrivent aujourd'hui à la ménopause se trouvent-elles placées devant une décision difficile: recourir ou non à l'hormonothérapie substitutive. Ce choix semble particulièrement critique depuis la publication en juillet 2002, des résultats de l'étude américaine *Women's Health Initiative* (WHI), qui ont mis en évidence une augmentation des risques de cancers du sein et d'accidents cardiovasculaires chez les femmes traitées par combinaison d'oestrogènes et de progestatifs, suscitant une controverse autour de ce traitement⁴.

Une étude réalisée en France sur les représentations et les usages des femmes à l'égard de l'hormonothérapie montre que ce traitement remplit différentes fonctions pour les utilisatrices⁵. Le traitement apparaît tout d'abord comme un moyen d'atténuer les troubles attribués à la ménopause, notamment les bouffées de chaleur, les migraines et les saignements utérins ou de les faire disparaître, favorisant ainsi le

retour à un état «normal». Pour plusieurs femmes, l'engagement dans une thérapie hormonale a également pour objet de prévenir l'apparition de maladies liées à la vieillesse, notamment l'ostéoporose. Le traitement est aussi considéré comme un moyen de prolonger la jeunesse et de favoriser la continuité identitaire puisqu'il permet le maintien des activités, tant dans la sphère professionnelle que familiale. Il est en effet présenté comme un régulateur de l'humeur et une assurance de performance continue, évitant aux femmes d'être perçues sous la figure de la «vieille acariâtre» et permettant une meilleure gestion des multiples rôles dans lesquels elles sont engagées. Enfin, il freine la détérioration du corps et de l'image corporelle qui lui est associée. Pour nombre d'utilisatrices, l'hormonothérapie constitue ainsi un moyen d'effacer ou de repousser la survenue de la ménopause. Certaines des participantes qui avaient choisi de ne pas recourir à ce traitement ou qui l'avaient interrompu, à cause de contre-indications, d'effets secondaires ou à la suite de la publication de l'étude WHI, témoignent toutefois de représentations beaucoup plus négatives. Elles insistent sur le caractère artificiel et potentiellement toxique de l'hormonothérapie. D'autres se déclarent opposées à la médicalisation de la ménopause et du cycle féminin dans son ensemble, jugeant non naturel l'apport d'hormones exogènes.

Tout comme l'hormonothérapie, le Viagra® a lui aussi fait l'objet d'une importante couverture médiatique. Cette diffusion dans l'espace public a été largement impulsée par l'industrie pharmaceutique qui, au travers de colloques et d'opérations de communication diverses, a contribué à créer l'événement avant même la commercialisation du produit. Giami souligne que la diffusion dans les médias, et notamment sur Internet, de ce discours médical a permis à différents publics, surtout masculins, de s'approprier ce traitement, favorisant l'émergence de nouvelles représentations du Viagra® comme produit aphrodisiaque, instrument d'une sexualité hédonique, médicament de confort au service d'une amélioration de la qualité de vie ou drogue récréative venant s'ajouter à la longue liste des drogues de synthèse, mais intervenant cette fois-ci directement sur les processus de la réponse sexuelle⁶. En effet, contrairement aux autres thérapies (pompes, injections de produits divers), cette molécule vient jouer sur les processus biochimiques qui régulent la réponse sexuelle et l'érection.

Les travaux qui ont porté sur les représentations du Viagra® ont cherché à cerner la façon dont ses utilisateurs se représentent les effets du médicament⁷. Ils montrent que ce traitement remplit essentiellement des fonctions de réparation, de normalisation et d'extension des capacités corporelles. Toutefois, les discours des utilisateurs font état de perspectives contradictoires. Pour certains, la restauration de la fonction érectile est envisagée comme la réappropriation d'une sexualité normale. Le Viagra® entraînerait, à leurs yeux, une correction temporaire d'un déséquilibre chimique et n'interviendrait pas de manière artificielle dans le processus d'excitation ou le déroulement de l'acte sexuel. C'est au contraire l'impuissance, comme perte de contrôle sur le corps qui est jugée «non naturelle», l'introduction de cette technologie favorisant ainsi l'émergence de nouvelles représentations de la sexualité des hommes vieillissants. Pour d'autres utilisateurs, le Viagra® est certes perçu comme un médicament réparateur, mais surtout comme une béquille, un artifice dont l'usage produit de «fausses érections», et qui donne lieu à une sexualité

qui va à l'encontre de l'ordre des choses, bouleverse les relations de couple et les représentations du vieillissement. Pour une troisième catégorie d'utilisateurs, l'effet du Viagra® va au-delà de la restauration, et leur confère une nouvelle puissance sexuelle qui peut sembler artificielle, voire même robotisée et quelque fois déconnectée du désir. Le médicament participe néanmoins de l'atteinte d'une masculinité idéalisée et normalisée et semble alléger le poids du temps qui passe. Si le Viagra® ouvre, pour certains hommes, de nouveaux horizons sexuels, il participe aussi, comme technologie médicale, à la reproduction d'une vision normative de la sexualité masculine, surtout hétérosexuelle et centrée sur les organes génitaux et les relations coïtales. La «pharmacologisation» de l'impuissance tend également à réduire cette problématique à sa seule dimension biologique au détriment des facteurs symboliques et affectifs, et même du partenaire sexuel, très largement ignoré, tant le discours médical que dans celui des firmes pharmaceutiques. Or, si certaines femmes apprécient la nouvelle vigueur sexuelle de leur conjoint, d'autres semblent insatisfaites du renouveau sexuel qu'il provoque et qui est jugé contre nature, notamment parce qu'il témoigne du refus d'un processus de vieillissement inéluctable.

Dans le cas de la ménopause, comme dans celui de la dysfonction érectile, il semble désormais difficile d'ignorer les traitements disponibles qui sont appréhendés comme des moyens de restaurer, d'étendre ou de modifier certaines capacités corporelles, ou encore de prévenir les détériorations. Ces médicaments permettent ainsi la mise en conformité des corps avec les normes de jeunesse et de performance qui caractérisent nos sociétés, l'existence même de ces traitements participant à l'émergence de nouvelles représentations du corps vieillissant. Toutefois, les utilisateurs témoignent aussi de sentiments d'ambivalence à l'égard de l'hormonothérapie et du Viagra® qui, comme d'autres médicaments, apparaissent comme «une matière équivoque et contradictoire, [...] toxique et bienfaitante en même temps, source de crainte et d'atti-

rance, danger et secours, chose et esprit, forme apparente et force cachée»⁸.

Notes

- 1 Delanoë, D. (1998). La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation, dans Delanoë, Daniel, Aïach, Pierre (sous la direction de), *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 211-251.
- 2 Coupland, J., Williams, A. (2002). Conflicting discourses, shifting ideologies: pharmaceutical, 'alternative' and feminist emancipatory texts on menopause, *Discourses and society*, 13 (4), 419-445.
- 3 Hunter, M.S., O'Dea (1997). Menopause: Bodily changes and multiples meanings. In J. Ussher (dir.), *Body Talk: the Material and discursive regulation of sexuality, Madness and reproduction*, London: Routledge, 199-222; Kaufert, Patricia, Lock, Margaret (1997). Medicalization of women's third age, *Journal of psychosomatic obstetrics and Gynecology*, 18, 81-86.
- 4 Rossouw, J. E., Anderson, G. L., Prentice, R. L. et al. (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial, *Journal of American Medical Association*, 288, 321-333.
- 5 Thoër-Fabre, C., Lévy, J. (à paraître 2007). «La pharmacologisation de la ménopause: l'hormonothérapie et ses fonctions dans les discours de baby-boomers françaises», *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(2).
- 6 Giami, Alain (2004). De l'impuissance à la dysfonction érectile. Destin de la médicalisation de la sexualité, in D. Fassin et D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 77-108.
- 7 Potts, A. (2004). *Viagra Cyborgs: Creating Better Manhood through Chemistry*, consulté sur Internet le 5 juillet 2006 : <http://www.lse.ac.uk/collections/BIOS/pdf/AnniePotts.pdf>; Potts, A., Gavey, N., Grace, V., M., Vares, T. (2003). The downside of Viagra: women's experiences and concerns, *Sociology of Health and Illness*, 25(7), 697-719.
- 8 Dagognet, F. (1964). *La raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France, p.27.

La 4^{ème} semaine des proches aidants

Salon des ressources pour les proches aidants

Venez prendre connaissance des ressources privées et publiques pour les proches aidants dans la région de Montréal

Lundi, le 6 novembre 2006
de 12h à 19h
Nouvelle résidence McGill
3625, avenue du Parc
Montréal

Contactez **Marjorie Silverman**
pour de plus amples informations

(514) 488-3673
poste 1435

Éduquer les aînés à l'autogestion de leur santé et au bon usage des médicaments

Serge Moisan, M.D., Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Depuis janvier 1997, la Direction de santé publique de la Montérégie s'est associée à l'ensemble des CLSC de son territoire et à la FADOQ en Montérégie pour réaliser le programme *Les médicaments : Oui... Non... Mais!*¹ Ce programme constitue une intervention d'éducation à la santé destinée aux personnes de 55 ans et plus vivant hors établissement. Il est aussi connu en Montérégie sous le nom de « En santé après 50 ans ».

Plus de 20,000 aînés montréalais d'un âge moyen de 67 ans ont été exposés à cette intervention d'envergure régionale à l'égard de laquelle la Direction de santé publique n'a reçu, à ce jour, que des commentaires favorables de la part des participants, des professionnels, des animateurs et des gestionnaires.

Objectifs du programme

Le programme a comme finalité principale la responsabilisation et le développement des compétences des participants par rapport à leur santé. Il vise particulièrement l'acquisition de comportements favorables à la santé et le bon usage des médicaments. Les résultats attendus de l'exposition à l'intervention sont, notamment :

- d'améliorer les connaissances des participants par rapport aux comportements adéquats face à certains problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement;
- d'améliorer les attitudes des participants par rapport à l'autogestion de leur santé;
- de relever le sentiment d'efficacité personnelle des participants en ce qui a trait à l'adoption de comportements favorables à la santé;
- de développer les habiletés des participants à mieux préparer les entrevues avec leur médecin ou leur pharmacien;
- d'inciter les participants à utiliser davantage des moyens alternatifs pour compléter ou remplacer la médication;
- d'accroître la fidélité des participants au traitement médicamenteux.

Ce programme s'inspire de celui élaboré au début des années 1990 par la Direction de santé publique de l'Outaouais, qui s'est attiré l'attention du ministère de la Santé et des Services sociaux dans la stratégie d'action québécoise sur *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées*². Aujourd'hui encore, les préoccupations à l'égard de la consommation inappropriée de médicaments chez les personnes âgées sont présentes dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*³ et dans le *Plan stratégique 2005-2010*⁴.

Description du programme

Le programme *Les Médicaments : Oui... Non... Mais!* vise à augmenter la capacité des participants à utiliser adéquatement la médication; il suggère, entre autres, certaines alternatives propres à remplacer ou compléter la médication et met l'emphase sur les habitudes de vie permettant de maintenir la santé.

L'intervention consiste en une série de six rencontres offertes à un groupe composé de 15 à 20 personnes. Ces rencontres, coanimées par une infirmière et un pair préalablement formés, portent respectivement sur l'information générale concernant la médication, les somnifères, les analgésiques/anti-inflammatoires, les laxatifs, les anxiolytiques et, propose finalement, une synthèse des rencontres. Chaque rencontre, qui dure approximativement deux heures et demie, comporte un rappel sur le vieillissement en fonction de la catégorie de médicaments traitée, de leurs effets dans l'organisme, des alternatives pour les remplacer ou compléter leur

action. La préparation de l'entrevue avec le médecin ou le pharmacien et l'inventaire des ressources disponibles dans le milieu sont également présentés. Enfin, une pause exercice et une collation santé sont prévues.

Cadre théorique

Le cadre théorique de l'intervention repose sur la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura⁵ qui est mise à profit pour amener les participants à réaliser des tâches d'autogestion de leur santé et qui affirme que la confiance de l'individu en ses propres capacités prédit son comportement ultérieur.

L'intervention s'appuie également sur les principes qui soutiennent une didactique appropriée s'adressant aux adultes.

L'approche andragogique qu'utilise l'intervention est réputée efficace pour améliorer les connaissances (le savoir), les attitudes (le savoir-être) et les comportements des participants (le savoir-faire); elle conduit à l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle. Les cinq principes appliqués pour soutenir cette approche sont :

- la co-animation du groupe par une infirmière et un pair formateur;
- une participation active de l'apprenant durant la formation de groupe;
- une autonomie de l'apprenant dans son apprentissage;
- une mise à profit des expériences personnelles et professionnelles de l'apprenant;
- une utilisation des ressources du groupe.

Évaluation des effets de l'intervention

Après cinq ans de déploiement du programme en Montérégie, une évaluation des effets de type prétest/posttest avec groupe témoin a été réalisée; 563 individus y ont participé.⁶ L'observation réalisée lors de la dernière rencontre démontre que l'intervention entraîne une amélioration du sentiment d'efficacité personnelle des participants à l'égard de l'autogestion de leur santé et favorise le développement de leurs connaissances à l'égard de certains phénomènes physiologiques et problèmes de santé fréquemment associés au vieillissement. De plus, les participants témoignent d'attitudes plus positives concernant le rôle qu'ils devraient jouer eux-mêmes dans le maintien de leur santé. Enfin, on note une modification de certains comportements de santé et de soins chez les participants, notamment les comportements d'autogestion de la santé et la préparation de l'entrevue avec le pharmacien.

Un an après l'intervention, l'amélioration des comportements de santé se maintient et se consolide même parfois. À ce temps d'évaluation, la préparation de l'entrevue avec le pharmacien et le médecin et les comportements généraux d'autogestion de la santé, dont la gestion des agresseurs psychologiques (stress, dépression, anxiété), l'activité physique, les saines habitudes alimentaires et l'hygiène du sommeil se révèlent améliorés.

L'examen des données indique également que le sentiment d'efficacité personnelle, augmenté par l'intervention, prédit une meilleure préparation des entrevues des participants avec leur médecin et leur pharmacien et l'acquisition de comportements favorables à la santé.

Portée des résultats observés

Les effets mesurés par l'évaluation ont une portée considérable à la fois sur les plans scientifique, individuel, social et socioéconomique.

Sur le plan scientifique, l'étude démontre l'impact à court terme du programme sur

les comportements de santé et de soins des participants et indique qu'ils se maintiennent une année après la fin de l'intervention. De plus, les résultats mettent en évidence la contribution du sentiment d'efficacité personnelle et de son rehaussement pour l'atteinte des objectifs poursuivis dans ce programme.

Sur le plan individuel, l'étude indique qu'il est possible, par un programme de type andragogique, d'amener une personne de 55 ans ou plus à développer de nouvelles connaissances, à adopter des attitudes positives quant au rôle qu'elle devrait jouer dans le maintien de sa santé et à améliorer ses comportements de santé ou de soins. Plus largement, elle indique qu'on peut améliorer chez les personnes de ce groupe d'âge le sentiment d'efficacité personnelle en ce qui a trait à des comportements de prise en charge personnelle et d'autogestion responsable de sa santé.

Sur le plan social, le programme révèle, à l'instar d'autres programmes d'éducation à la santé, des perspectives intéressantes d'amélioration de la santé de la population âgée. Ces résultats viennent supporter les recommandations des Nations Unies⁷ et de l'Organisation mondiale de la santé⁸ à l'effet qu'il faut maintenir la vie durant, et donc même au grand âge, les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Sur le plan socioéconomique, on peut penser que l'impact positif du programme sur les comportements de santé et de soins des participants est de nature à diminuer le recours aux services de santé et les coûts afférents. Cette affirmation est soutenue par Fries, Green et Levine⁹ qui considèrent même que c'est dans la population des aînés et des pré-aînés que l'efficacité des interventions de promotion de la santé est maximale à l'égard des maladies chroniques et dégénératives.

Conclusion

Pour l'Organisation mondiale de la santé¹⁰, l'acquisition d'aptitudes individuelles en promotion de la santé constitue, dans la stratégie globale visant la « Santé pour tous », un champ d'intervention des plus appropriés. Les interventions dites d'éducation à la santé incitent les individus à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent pour conserver leur santé et à recourir à une aide en cas de besoin. Par son approche andragogique, l'intervention *Les médicaments : Oui... Non... Mais!* s'inscrit bien dans ce processus pédagogique et dans la stratégie d'empowerment personnel.

Il faut mentionner également que c'est ce genre d'intervention que suggère le récent projet de « *Politique du médicament* » proposé par le MSSS à son volet « Utilisation optimale des médicaments – informer les citoyens sur les médicaments et leur utilisation optimale ». Nos observations indiquent que, contrairement à certaines idées reçues, la population des aînés, surtout celle de 55 à 75 ans, constitue une cible de choix pour des activités adaptées d'éducation à la santé. Lors des travaux en commission parlementaire ayant porté sur le projet de politique, les organismes représentant les aînés ont d'ailleurs réclamé des programmes de ce type.

Finalement, soulignons que les cliniciens souhaitent que leurs patients, surtout ceux atteints de problèmes de santé chroniques, deviennent des partenaires plus actifs et mieux formés afin que ceux-ci puissent participer plus efficacement à l'application de leur plan de soins.

Notes

- 1 Olivier, C. (1991). *Description et évaluation du projet d'intervention sur « Les médicaments chez les personnes de 55 ans et plus »*, Hull, Département de santé communautaire de l'Outaouais, 126 p.
- 2 Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1994.
- 3 Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2003.
- 4 Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 2005.
- 5 Bandura, A. (1997). Self-Efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, vol. 84, no 2, p. 191-215.
- 6 *L'Évaluation des effets du programme « Les médicaments : Oui... Non... Mais! »* http://www.rss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3 Monographies_Orientations_Rapports/Prevention_et_promotion_de_la_sante/dsp_p_ub_eval_medic_oui_non_mais.pdf
- 7 Nations Unies, *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*, Madrid, 8 au 12 avril 2002, 78 p.
- 8 Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 21 novembre 1986, 4 p.
- 9 Fries, J.F., L.W. Green et S. Levine (1989). Health promotion and the compression of morbidity, *The Lancet*, March 4th, p. 481-483.
- 10 Organisation Mondiale de la Santé (1985). *Les buts de la santé pour tous*, Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe.



Adresse de retour pour courrier non-livré
Bulletin Bien-vieillir
CREGÉS, CSSS Cavendish –
Centre affilié universitaire
5800, Cavendish, bureau 600
Côte St-Luc (Québec) H4W 2T5

Société canadienne des postes
Envoi de publication n° de convention 40017237
Téléphone : (514) 488-9163 Télécopieur : (514) 488-2822
Courriel : cei.rcass@ssss.gouv.qc.ca
<http://www.santemontreal.qc.ca> • <http://www.geronto.org>
ISSN : 1201-2351

Le Bulletin Bien-vieillir est publié trois fois par an par le CREGÉS du CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire et par la Fondation pour le Bien-Vieillir. Les articles publiés par des collaborateurs externes n'engagent que la responsabilité de leur auteur et n'engagent en rien le conseil d'administration du CSSS ni la direction générale. La reproduction des textes est autorisée à condition d'avoir la permission de l'auteur et d'en mentionner la source.

Comité consultatif : Ignace Olazabal, rédacteur en chef, CREGÉS, CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire; Joëlle Khalfa, Fondation pour le Bien-Vieillir; Jean-Pierre Lavoie, CREGÉS, CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire; Joseph Josy Lévy, UQAM; Annette Leibing, Université de Montréal, CREGÉS, CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire; Pascale Maltais, CREGÉS, CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire; Marjorie Silverman, CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire.

Comité de travail pour ce numéro : Christine Thoër-Fabre, UQAM; Joseph Josy Lévy, UQAM; Ignace Olazabal, rédacteur en chef, CREGÉS, CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire.

Conception et réalisation : Corégraph communications.

Pour une politique du médicament adaptée aux aînés

Annie Michaud, gérontologue et agente de recherche, Conseil des aînés

La problématique de la consommation des médicaments chez les aînés compte parmi les préoccupations du Conseil depuis ses débuts. C'est donc avec intérêt qu'il a déposé un mémoire concernant le *Projet de politique du médicament*, déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, en décembre 2004, et au sujet duquel il a été entendu en commission parlementaire en mai 2005. Cet article résume les positions du Conseil des aînés.

L'accessibilité aux médicaments

Au Québec, depuis 1997, tout le monde doit être couvert par une assurance médicaments. Les régimes privés étant principalement accessibles aux personnes en emploi, la grande majorité des aînés participent au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) du Québec.

Le montant maximal de la prime annuelle payée par les assurés du RGAM est passé de 175 \$ à 494 \$ de 1997 à 2004 (le montant maximal est fixé à 538 \$ depuis le 1^{er} juillet 2006). Or, pour le Conseil des aînés, une hausse importante de la tarification a des effets négatifs sur la santé et le bien-être de plusieurs aînés, considérant que, pour l'année 1997¹, le revenu disponible moyen de ces personnes se situait à 17 850 \$, alors qu'en 2003, il s'établissait à 22 328 \$. On peut présumer qu'à chaque augmentation de tarif, plusieurs personnes aînées diminuent ou cessent la prise de leur médication, risquant ainsi de se retrouver à l'hôpital.

L'étude de Tamblyn et ses collaborateurs² confirmait cette présomption en publiant les résultats suivants :

- diminution des médicaments essentiels chez 9,1 % des personnes âgées;
- diminution des médicaments non essentiels chez 15,1 % des personnes âgées;
- augmentation des visites à l'urgence chez 43 % des personnes âgées;
- augmentation des effets indésirables chez la totalité des personnes âgées.

Le Conseil des aînés s'est donc réjoui de la proposition de *Rendre gratuit l'accès aux médicaments pour les personnes âgées qui bénéficient de la prestation maximale du Supplément de revenu garanti (SRG)*³.

Toutefois, il apparaît évident que d'autres personnes peinent à se procurer leurs médicaments. C'est pourquoi le Conseil juge que l'éventualité d'étendre la gratuité ou d'alléger les contributions, selon le cas, aux clientèles à faible revenu est également des plus importantes.

L'usage optimal des médicaments

L'usage optimal des médicaments est celui « qui maximise les bienfaits et minimise les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales »⁴.

Parmi les facteurs reliés à l'utilisation non optimale des médicaments, on note le non-respect, volontaire ou non, de la fréquence, de l'intensité ou de la durée de prise de médicament; un choix de médicament non approprié ou une mauvaise posologie; l'interaction ou la duplication médicamenteuse; le besoin de mise à jour des connaissances des médecins et l'influence de la publicité des compagnies pharmaceutiques; le manque de pharmaciens en milieu hospitalier, en CHSLD et en CLSC.

On observe également que près de la moitié des aînés acceptent d'embler leur ordonnance médicale sans poser de questions quant aux effets secondaires possibles, aux doses, à la posologie et aux autres choix possibles. Il est donc important de sensibiliser les personnes aînées à discuter à fond de leur médication avec leur médecin ou leur pharmacien pour assurer une utilisation optimale des médicaments.

Par ailleurs, on sait que les aînés ont régulièrement recours à des produits « naturels ». Étant donné la multitude de produits naturels disponibles sur le marché, il importe de pouvoir faire des choix éclairés, soutenus par une information précise, fiable et accessible. Or, ces produits dits « naturels » s'accompagnent parfois d'effets secondaires et peuvent causer des interactions médicamenteuses. Il apparaît donc primordial de sensibiliser les gens à consulter un pharmacien ou un médecin avant de consommer un tel produit.

De même, le Conseil considère qu'une formation d'appoint en gérontologie et en gériatrie s'impose pour les professionnels de la santé, principalement les médecins et les pharmaciens. Ainsi, les facultés de médecine et de pharmacie des universités devraient y accorder une place non négligeable dans leur programme.

Enfin, le Conseil constate qu'il n'y a aucun représentant des clientèles, ni au Conseil du médicament, ni à la Table de concertation du médicament. La présente politique serait une excellente occasion d'ajouter un siège réservé à une personne aînée au sein de ces instances.

L'établissement d'un prix juste et raisonnable

Les coûts du régime public d'assurance médicaments ne cessent d'augmenter. Cette croissance découle de 3 facteurs principaux :

- le coût moyen par ordonnance plus élevé (dû à l'adoption par les prescripteurs de nouveaux médicaments généralement plus dispendieux en remplacement de médicaments plus anciens);
- l'augmentation du nombre d'ordonnances par personne assurée consommant effectivement des médicaments (attribuable à de nouveaux médicaments qui traitent des maladies qui ne pouvaient l'être autrefois, à l'utilisation grandissante de médicaments à des fins préventives et à des maladies chroniques de plus en plus fréquentes);
- le nombre de personnes assurées par le régime public qui consomment effectivement des médicaments (facteur influencé principalement par le vieillissement démographique).

L'examen de ces trois facteurs nous amène à conclure que l'usage optimal des médicaments pourrait éventuellement alléger les deux premiers facteurs. Toutefois, il apparaît inévitable que la question de la hausse du coût des médicaments doive être examinée de près.

Depuis 1994, une politique de non-augmentation du prix des médicaments inscrits à la Liste de médicaments est en vigueur au Québec. Malgré cette politique, une croissance des coûts du RGAM est observée.

Étant donné l'importance prioritaire d'empêcher une nouvelle hausse des frais, notamment pour l'utilisateur aîné, le Conseil s'est prononcé en désaccord avec la décision de *Mettre fin à la politique de non-augmentation du prix des médicaments*.

Une industrie pharmaceutique dynamique

Parmi les facteurs qui influencent les décisions d'investissement des entreprises pharmaceutiques, les conditions d'accès au marché figurent au premier rang et l'accès au marché est grandement influencé par les conditions de remboursement. Or, l'industrie pharmaceutique est l'un des secteurs prioritaires de la stratégie du ministère du Développement économique régional et de la Recherche. Cela explique sans doute la proposition de *Maintenir la règle de 15 ans dans sa forme actuelle et ne pas instaurer un système de prix de référence*. Cependant, le Conseil n'est pas d'accord avec cette décision.

D'une part, la règle de 15 ans assure aux fabricants de médicaments innovateurs le

remboursement intégral du prix de leurs produits durant une période de 15 ans à partir de l'inscription du produit à l'une des listes de médicaments, et ce, même si le brevet du médicament est échu et s'il existe un équivalent générique moins cher. Cette règle prolonge de 5 ans, par rapport au reste du pays, la durée de la protection des produits brevetés.

Cette mesure implique des coûts, mais, selon les évaluations du ministère des Finances, les bénéfices de cette mesure sur l'économie du Québec demeurent supérieurs à ces coûts. D'autre part, comme la Loi sur la RAMQ le prévoit, le gouvernement verse, depuis 2000, 10 millions de dollars annuellement au Fonds de l'assurance médicaments pour tenir compte des coûts additionnels occasionnés par l'application de la règle des 15 ans. Cette compensation n'ayant pas été réévaluée depuis, elle se révèle aujourd'hui nettement insuffisante pour couvrir le coût réel qui en découle. En 2004, le Vérificateur général du Québec évaluait que le RGAM encaissait des pertes de 4,7 et 12,4 millions de dollars respectivement pour les 2 précédentes années financières.

Tel que l'avait recommandé le Vérificateur général du Québec, le Conseil souligne la nécessité de revoir la règle des 15 ans associée à la substitution générique ou thérapeutique lorsque cela est possible, tout en tenant compte de l'impact sur la politique de soutien et de développement de la recherche pharmaceutique.

En attente de la Politique du médicament...

À la suite des consultations sur le *Projet de politique du médicament*, le *Projet de loi n° 130* a rapidement été adopté. Parmi les améliorations apportées, on note l'ajout

d'un axe pour répondre à certaines critiques du Vérificateur général dans le but d'améliorer l'administration du régime.

Toutefois, le Conseil des aînés ne croit pas que les mesures adoptées seront suffisantes pour empêcher la croissance des coûts du RGAM. De fait, certaines mesures auront pour effet d'augmenter le coût moyen par ordonnance, l'un des principaux facteurs, sinon LE principal, de la croissance des coûts du régime. Or, ce qui importe pour le Conseil, c'est de neutraliser le caractère inflationniste des coûts du RGAM. Les coûts actuels du régime privent déjà une proportion d'entre eux de leurs médicaments essentiels. Le Conseil insiste donc sur l'urgence de faire en sorte, par l'intermédiaire de la future Politique du médicament, que cette situation déplorable s'améliore.

Pour ce qui est de la Politique, qui était attendue au début 2006, des consultations seraient présentement menées auprès de l'industrie pharmaceutique et des grossistes. C'est donc un dossier à suivre...

Notes

- 1 Conseil des aînés (2001). *La réalité des aînés québécois*, 2^e édition, Québec, Les Publications du Québec, 199 p.
- 2 Tamblyn, R. et coll. (2001). Adverse events associated with prescription drugs cost-sharing among poor and elderly persons, *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, no 4, 421-429
- 3 La prestation maximale du Supplément de revenu garanti (SRG) équivaut, en 2006 (juillet à septembre), à un revenu annuel de 13 021 \$.
- 4 Conseil du médicament.

Automne 2006: Présentations et discussions des cas de l'équipe de consultation sur l'abus envers les aînés

L'équipe de consultation sur l'abus envers les aînés du CLSC René-Cassin du CSSS Cavendish vous invite à venir assister à nos réunions mensuelles pour une discussion de cas ainsi qu'une présentation d'un de nos membres. Chaque mois, un membre fera une présentation sur un sujet qui concerne l'abus envers les aînés dans leur contexte professionnel.

Toutes les réunions auront lieu au CLSC René-Cassin, 5800 boul. Cavendish, de 15 h à 17 h dans la salle 19-20-21 au 6^{ième} étage (à l'exception de la rencontre du mois de septembre qui aura lieu à la salle 31 au 6^{ième}).

19 octobre 2006

Sergent Denis Théorêt, Division des stratégies avec la communauté - Sûreté Québec
Programmes de la Sûreté Québec pour contrer l'abus et la fraude chez les aînés

16 novembre 2006

Me François Dupin, avocat, Bureau du Curateur Public de Québec
La fin des foyers clandestins pour aînés ? Qu'apporte la nouvelle loi en matière d'imputation de responsabilité ?

14 décembre 2006

Me Marie Claude Lauzanne, Procureur, Cour municipale, Montréal
Abus physiques et financiers commis par des enfants-adultes envers leurs parents dans un contexte de cohabitation : plaintes enregistrées par les services policiers et réponses judiciaires

RSVP: Francine Cytrynbaum francine.cytrynbaum.cvd@ssss.gouv.qc.ca
ou par téléphone au 514 484-7878 poste: 1352

Le médicament : cet allié rebelle des personnes âgées

Michel Tassé, pharmacien, Programme de soutien à domicile, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Les médicaments sont devenus une option thérapeutique incontournable dans les soins de santé. Aujourd'hui, il n'est pas rare de rencontrer dans les salles d'urgence, des personnes âgées qui consomment régulièrement plus de 10 médicaments différents par jour. La poly-médication qui caractérise ces aînés atteints de plusieurs maladies, les expose plus que tout autre groupe de personnes à un risque accru d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses nuisibles.

Les médicaments bien utilisés peuvent traiter ou retarder plusieurs maladies ou éviter le recours à des procédures plus invasives. Ils sont toutefois une cause trop fréquente de souffrances et de séjours hospitaliers pouvant être évités. En ce sens, la poly-médication chez les personnes âgées constitue un problème de santé publique, car ces effets néfastes se reflètent sur les taux d'hospitalisation des aînés. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ce phénomène serait responsable de 10 à 20 % des hospitalisations gériatriques. De meilleurs mécanismes de surveillance de la toxicité des médicaments pour ceux qui sont les plus à risques pourraient avoir un impact significatif sur l'achalandage de certains services de santé.

D'abord, considérer une alternative à la médication

La fragilité de nombreuses personnes âgées requiert une approche systématique et rigoureuse lorsqu'il s'agit d'ajouter ou de modifier un médicament. Il faut en évaluer les risques et les bénéfices pour la santé de l'individu, et envisager une alternative non pharmacologique si elle existe. Si le médicament ne peut être évité, plusieurs paramètres doivent être pris en considération, tels que la vulnérabilité physiologique de la personne, ses capacités à métaboliser la substance, ainsi que certains facteurs sociaux et personnels, dont l'obtention d'une collaboration éclairée au plan de traitement. Aller à l'encontre de ces principes risque de créer des obstacles à l'observance, provoquer des effets indésirables ou un contrôle imprévisible des maladies, le tout susceptible d'occasionner des pertes de confiance de part et d'autre, et l'utilisation indue d'autres ressources.

Les personnes âgées représentent un groupe très hétérogène et l'individualisation des traitements est essentielle. Il existe une grande variabilité dans la réponse de chacun, d'où l'importance d'engager des suivis systématiques étroits de surveillance de l'efficacité et des effets indésirables des médicaments. S'il est souhaitable de faire profiter les patients des connaissances démontrées d'une médecine basée sur les faits, il faut réaliser que les personnes âgées fragiles ne sont pas représentées dans les études cliniques effectuées pour la mise en marché des médicaments. Les données expérimentales et cliniques sont généralement extrapolées à partir de résultats obtenus chez des sujets plus jeunes qui n'ont pas les mêmes dysfonctionnements liés à l'âge ou la maladie. Il existe donc un certain empirisme à la base de la prescription de médicaments chez des personnes déjà fragilisées.

Agir en prévention ou en réaction?

Plusieurs aînés vivent confinés à leur domicile et n'ont pas facilement accès à tous les services adaptés à leur situation. Les pharmaciens ne rencontrent pratiquement pas ce groupe de patients à leurs officines. Les visites médicales à domicile ne sont pas fréquentes. Si une intervention sur la médication s'avérait nécessaire à un moment critique, un dénouement favorable dépendra principalement des relais efficaces entre le médecin, le pharmacien et l'équipe de soutien à domicile. Le recours aux services d'urgence demeure souvent la seule alternative pour l'infirmière qui constate un problème sérieux lors d'une visite à domicile. Le médecin de

l'urgence doit trop souvent procéder à un ajustement de la médication sans posséder le détail des habitudes du patient ni de sa consommation de médicaments. De plus, certains profils médicamenteux sont suffisamment complexes pour qu'aucun professionnel ne trouve le temps nécessaire à leur analyse approfondie. Lorsque sa condition le permet, le patient est retourné à domicile. Dès lors, de nombreux intervenants s'activeront et perdront un temps précieux à récupérer des informations et comprendre les changements survenus au plan de traitement dans le but d'ajuster leurs propres interventions.

Le retour à domicile après une hospitalisation est d'ailleurs une période à haut risque... pour y retourner. Une étude récente révèle que les problèmes de médicaments peuvent être responsables de près de 72 % des réhospitalisations¹. Selon les auteurs, la moitié de ces événements aurait pu être prévenus. Le manque de communication et de concertation entre les différentes structures de services était principalement responsable de la situation.

La coordination des actions devient plus complexe à arrimer lorsque les soins dépendent de plusieurs organisations issues de différentes autorités administratives. Pour éviter un tel bris de continuité, des données individualisées concernant la médication des patients doivent être accessibles au moment opportun à tout intervenant qui a un rôle à jouer dans l'utilisation des médicaments. D'abord, ceci permet d'éviter de toujours recommencer la quête d'informations spécifiques à chaque point de service. On peut ainsi mieux établir les suivis nécessaires. Il est plus simple de guider l'effort concerté de plusieurs partenaires de soins vers la prévention des problèmes reliés aux médicaments si les risques potentiels à utiliser tel médicament sont déjà identifiés à un point de service. Pour ces patients fréquemment hospitalisés, les pharmaciens des milieux hospitalier et communautaire doivent prendre un rôle actif dans le maintien de ce type d'informations pharmaceutiques et miser sur la continuité de leurs soins.

Ce continuum peut contribuer à une meilleure intégration des services pharmaceutiques au réseau de la santé. Ces informations régulièrement mises à jour devraient idéalement contenir les données suivantes : certaines spécificités liées au patient (allergies et intolérances, diagnostics médicaux, les capacités du patient à gérer ses médicaments et la présence ou non d'une aide spécifique à la prise des médicaments), la liste des médicaments utilisés (incluant les produits naturels, les produits de vente libre et ceux provenant de l'étranger), ainsi que l'analyse et les recommandations des pharmaciens qui ont évalué le patient et sa médication (plan de soins pharmaceutiques). Ce dernier élément viendrait compléter le plan d'intervention interdisciplinaire de l'équipe de soutien à domicile.

L'importance d'une évaluation périodique de la médication

Les personnes âgées devraient avoir leurs médicaments entièrement réévalués de façon périodique par un professionnel compétent. La fréquence pourrait être déterminée par leur condition, mais une révision annuelle est souhaitable. Cette activité permet de procéder au sevrage et à l'arrêt de médicaments devenus inutiles ou potentiellement dangereux. Actuellement, il y a peu de programmes de soutien à domicile qui mettent de l'avant une procédure systématique pour la revue de la médication de patients à risque élevé. Une mesure visant à faire réviser la médication de personnes âgées à leur domicile par un pharmacien a déjà été à l'étude et mise en application dans certains pays². Au Québec, des projets pilotes devraient être mis en place pour évaluer l'apport de telles approches sur la prévention des problèmes médicamenteux. Une visite à domicile, centrée sur le patient et ses médicaments, devient un moment privilégié pour offrir de l'enseignement,

mieux connaître ses besoins, ses habitudes et son attitude face aux médicaments. Ce type d'intervention peut fournir des renseignements précieux sur la capacité de la personne à gérer adéquatement sa médication, révéler des problèmes d'observance ou permettre la détection précoce d'effets indésirables. Certains guides peuvent aider les intervenants à mieux structurer l'évaluation systématique des médicaments lors de leur visite à domicile³.

Pharmacovigilance à domicile

Dans un contexte de restriction de ressources, on doit aussi viser la mise en place de programmes qui favorisent l'utilisation optimale des ressources. L'emploi sécuritaire des médicaments concerne plusieurs intervenants de différentes professions qui ont un rôle à jouer dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées. Citons l'exemple d'une équipe de soutien à domicile en CLSC, où des intervenants étaient invités à rapporter des problèmes qu'ils jugeaient potentiellement reliés à la médication de personnes âgées en perte d'autonomie. Après une brève formation, ces intervenants (auxiliaires familiaux et sociaux, infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeute et nutritionniste) informaient un pharmacien à l'aide d'une fiche de pharmacovigilance, des problèmes reliés aux médicaments qu'ils avaient spontanément détectés lors de la prestation de leurs services au domicile des patients. Dans cette étude non publiée, plus de 80% des événements rapportés étaient jugés suffisamment pertinents pour conduire à une intervention sur la médication des patients⁴.

L'utilisation des médicaments par nos aînés a suffisamment d'impact sur leur santé pour que nous y accordions une importance immédiate. Des mécanismes de prévention des problèmes reliés aux médicaments doivent être prioritairement mis en place et être élaborés conjointement avec les programmes de soutien à domicile, puisque ces services de première ligne possèdent déjà une structure organisationnelle qui permet une grande proximité avec les patients confinés à domicile. La création et l'utilisation d'outils de travail communs doivent aussi contribuer à ce que tous ceux qui offrent un service puissent mieux clarifier leur rôle dans la prestation des soins autour du médicament. L'informatisation du réseau tant attendue devrait permettre plus de cohérence dans la prise en charge de ce type de problèmes et favoriser une meilleure intégration des soins et services pharmaceutiques.

Notes

- 1 Forster A.J., Clark, H.D., Menard, A. et coll. (2004). Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ*, 170(3): 345-9.
- 2 Australian advisory Council (2001). *Quality use of medicines: A decade of research, development and service activity 1991-2001*.
- 3 Tassé, M. (2003). A guide for pharmacists involved in home visit services. *Canadian Pharmaceutical Journal*, 136(2):36-40
- 4 *Programme de pharmacovigilance à domicile. Projet SIPA*. CLSC Bordeaux-Cartierville, 2001.



RÉSEAU ENTRE-AIDANTS

1-866-396-2433 / (514) 485-7374

Partout au Québec...
Nous pouvons vous entendre sourire.

Que vous nous appelez à partir de la maison, du bureau ou en plein mouvement, le Réseau entre-aidants vous aidera à transformer votre vie.

ATELIERS TÉLÉPHONIQUES GRATUITS

Le mercredi 15 novembre 2006 / 10 h à 11 h (FR & AN)
Les 12 clés du succès de l'accompagnement
Présenté par: Société Alzheimer de Montréal

Le mardi 21 novembre 2006, de 19 h à 20 h (FR & AN)
Que se passe-t-il la nuit?
Présenté par: Société Parkinson du Québec

Le lundi 27 novembre 2006, de 19 h à 20 h (FR)
Culpabilité et droit à la colère
Présenté par: Société canadienne de la sclérose en plaques-Division du Québec

Le mardi 28 novembre 2006, de 19 h à 20 h (FR)
Chasser le noir : Cultiver des attitudes créatrices de vie
Présenté par: Dystrophie Musculaire Canada

Le mercredi 29 novembre 2006, de 19 h à 20 h (AN)
Mon adolescent(e) se comporte étrangement ces jours-ci. Je m'inquiète.
Présenté par: AMI Québec

Le Réseau entre-aidants est une initiative de



LA FONDATION POUR LE BIEN-VIEILLIR

Le centre de soutien aux aidants naturels de Centre de santé et service sociaux Cavendish