

L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaires sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention

Family Ecology and Drug Consumption by the Elderly: A Commentary on an Important Factor Ignored in Research and Prevention Programs

Brian L. Mishara, Ph.D.

Volume 22, Number 1, Spring 1997

Thérapie et patient borderline (1) et Médicaments psychotropes : aspects psychosociaux (2)

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502103ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502103ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Mishara, B. L. (1997). L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaires sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 200–215. <https://doi.org/10.7202/502103ar>

Article abstract

A literature review from 1986 to 1996 on medication use by older persons confirms previous conclusions on studies up to 1986 (Mishara and McKim, 1989): there is little empirical research on the role of family members in patterns of medication use by elders. This article briefly summarizes studies of factors related to medication use and prevention programs aimed at reducing problems related to compliance and drug adverse reactions in older persons. We propose a conceptual model of the role of the family as a component of resiliency of elders and we suggest that family members be included in strategies for preventing the risks related to inappropriate use of medicines.



L'écologie familiale et la consommation de médicaments chez les personnes âgées : commentaires sur un facteur important ignoré dans les recherches et les projets de prévention

Brian L. Mishara*

Une recension des recherches sur l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées de 1986 à 1996 confirme les résultats de recension jusqu'à 1986 (Mishara et McKim, 1989) : peu de recherches empiriques portent sur le rôle de la famille dans les patrons d'utilisation des médicaments chez les aînés. Cet article résume brièvement des études sur les facteurs liés à une bonne utilisation des médicaments ainsi que les programmes de prévention de problèmes liés à l'observance et les réactions indésirables aux médicaments chez les aînés. Nous proposons une conceptualisation du rôle de la famille comme composante de la résilience des aînés et suggérons d'inclure la famille dans les stratégies de diminution des risques découlant d'une mauvaise utilisation des médicaments.

*Mon cher docteur Watson, on apprend souvent
plus de ce qu'on ignore que de ce qu'on découvre*

— Sherlock Holmes

Chez mes grands-parents, c'est ma grand-mère qui s'occupait entièrement du régime de prise de médicaments de mon grand-père et chez mes parents, c'est ma mère qui assurait la prise des médicaments par mon père jusqu'au moment où elle est devenue très malade ; c'est alors mon père qui s'est mis à veiller sur sa prise de médicaments à elle.

* L'auteur, Ph. D. travaille au Centre de recherche et de prévention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et au Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS) de l'Université du Québec à Montréal.

Cet article est basé sur les résultats préliminaires d'une recension des écrits subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale. L'auteur tient à remercier MM. Alain Legault et Jean-Yves Boucher pour leur collaboration à la cueillette des documents dans le cadre de ce projet.

Lorsque Mishara et McKim (1989) ont recensé plus de 100 recherches (jusqu'à 1986) sur les facteurs liés à la consommation de médicaments chez les personnes âgées, ils n'ont cependant trouvé aucune portant sur le rôle de la famille dans cette consommation.

Les auteurs de ces recherches arrivaient à la conclusion que les aînés utilisent trop de médicaments, particulièrement les psychotropes, qu'ils présentent un taux élevé de réactions indésirables aux médicaments et que généralement ils n'adhèrent pas aux régimes de médicaments prescrits par les médecins. Ces recherches nous suggèrent que de nombreux facteurs influencent l'utilisation appropriée et inappropriée des médicaments. Ces facteurs comprennent entre autres : les attitudes et croyances des aînés, la relation entre les aînés, les pratiques des médecins et des pharmaciens, les pratiques des compagnies pharmaceutiques et les politiques gouvernementales concernant le coût des médicaments et la façon dont ils sont rendus disponibles (par exemple, le type d'emballage et les feuillets d'information inclus). Cependant, Mishara et McKim (1989) n'ont trouvé aucune recherche empirique qui visait à déterminer le rôle de la famille dans l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. De plus, aucun programme de prévention ou d'intervention proposé ou réalisé ne portait directement sur la famille des aînés.

Lorsque j'ai reçu une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale pour effectuer une recension des écrits et des recherches de 1986 à 1996, entrepris selon une approche psychosociale et portant sur l'utilisation de médicaments par les aînés, j'étais heureux de pouvoir évaluer les progrès accomplis. En effet, j'avais l'impression il y a 10 ans qu'on avait déjà réussi à identifier plusieurs problèmes importants liés à l'utilisation de médicaments et quelques influences sur les patrons de consommation. La recension de 1996 comporte l'identification d'environ 200 recherches empiriques portant sur la consommation des médicaments chez les personnes âgées ainsi que les évaluations d'interventions et de programmes de prévention. On constate aujourd'hui que le rôle de la famille est toujours ignoré dans les écrits. Cet article recense brièvement les facteurs liés à la consommation de médicaments des aînés et discute des pistes de recherche et de prévention possibles qui portent sur le rôle de la famille.

Les recherches sur le nombre de médicaments utilisés

La majorité des recherches sur l'utilisation des médicaments chez les aînés portent sur le taux de consommation des médicaments en général (Bourque et al., 1991 ; Coons et al., 1992 ; Franck et Grandjean, 1995 ;

Malcolm, 1992) ou plus particulièrement des psychotropes (Allard et al., 1992; Avorn et al., 1989; Maniere et al., 1995). Ces recherches utilisent habituellement comme variable dépendante le nombre de médicaments utilisés par les aînés. Elles rapportent le taux d'utilisation par les aînés, les patrons de prescription médicale et, souvent, des facteurs associés à l'utilisation. Il existe aussi des évaluations de programmes de prévention et d'interventions visant à diminuer le nombre de médicaments prescrits aux aînés ou utilisés par ceux-ci ou le nombre de médicaments « non nécessaires » utilisés. En 1996, comme en 1986, presque toutes les recherches s'entendent sur le fait que les aînés utilisent trop de médicaments, ceci étant lié à un taux élevé de réactions indésirables aux médicaments (Avorn et al., 1989; Carbonin et al., 1991; Enlund et al., 1991; Fincham, 1991; Gustafsson et al., 1996; Grymonpre et al., 1988; Hallas et al., 1992; Kay, 1994; McKim et al., 1990).

Facteurs associés à l'utilisation de médicaments

Dans un monde idéal, l'utilisation de médicaments est directement liée aux problèmes de santé pour lesquels les médicaments sont indiqués comme traitement efficace. Cependant, les recherches jusqu'à 1986 ont démontré clairement que le fait d'utiliser ou de ne pas utiliser des médicaments était associé à un ensemble de facteurs, l'état de santé n'étant qu'une parmi plusieurs influences possibles sur le taux de consommation. Même si la mauvaise santé reste toujours un des meilleurs prédicteurs de la consommation de médicaments (Bourque et al., 1991; Coons et al., 1992), les recherches des dix dernières années n'ont fait que confirmer que de multiples facteurs continuent de jouer un rôle dans la consommation de médicaments. On retrouve en 1996 généralement les mêmes facteurs qu'en 1986, même s'ils n'atteignent pas tous un seuil de signifiante statistique dans toutes les études et même si l'importance relative de ces facteurs varie d'une étude à l'autre.

Modèles des relations entre les facteurs liés à l'usage des médicaments

Chaque recherche se penche sur une combinaison différente de facteurs; il est donc difficile de conclure globalement sur l'importance relative des différents facteurs. L'Enquête Santé-Québec (Bellerose et al., 1995) a présenté un modèle qui tente d'identifier les types de relations et influences de différents facteurs dans un modèle d'utilisation des médicaments. Ce modèle conceptuel suggère que *les caractéristiques socio-démographiques* sont liés aux *facteurs de risque* (biologiques, psychologiques et comportementaux) qui sont eux-mêmes liés à

l'état de santé. Les caractéristiques socio-démographiques influencent aussi les *attitudes, positions sociales* et *rôles* qui sont liés à l'accès aux soins et médicaments. Pérodeau et al. (1992) présentent un modèle beaucoup plus complexe qui lie les facteurs sexe, âge, langue, maladie, attitudes, événements de vie, facteurs sociaux et niveau de détresse au nombre de médicaments psychotropes utilisés. Un autre modèle complexe comportant d'autres facteurs (par exemple, relations familiales, revenu familial et bien-être psychologique) est présenté par Allard et al. (1992). Même si les différents modèles et les résultats des recherches utilisées pour les appuyer permettent d'ordonner les liens hypothétiques entre différents facteurs, chaque recherche postule un modèle différent et il est impossible de trouver un appui empirique pour un modèle plutôt qu'un autre. En somme, on peut conclure de l'ensemble des études sur le nombre de médicaments et de psychotropes utilisés que tous les facteurs suivants influencent l'utilisation des médicaments :

- pratiques de prescription des médecins (Ancill et al., 1988; Kelman et al., 1994; Lindley et al., 1992; Schmader et al., 1994; Tamblyn et al., 1994; Willcox et al., 1994)
- pratiques institutionnelles (Buck, 1988; Exum et al., 1993; Geurian et al., 1989; Mott et al., 1993; Sternberg et al., 1990; Svartstad et Mount, 1991)
- les croyances des aînés concernant la santé et les médicaments (Coons et al., 1992; Pérodeau et Ostoj, 1990)
- le sexe (Bourque et al., 1991; Coons et al., 1992; Jensen et al., 1994; Stewart et al., 1994) - les relations sociales (Allard et al., 1992; Gustafsson et al., 1996; Pérodeau et Ostoj, 1992) - les événements de vie (Pérodeau et Ostoj, 1990)
- l'hospitalisation (Beers et al., 1989)
- la santé physique (Allard et al., 1992; Bourque et al., 1991; Coons et al., 1992; Gustafsson et al., 1996; Kay, 1994; McKim, Stones et Kozma, 1990; Pérodeau et Ostoj, 1990)
- la santé mentale (Antonijon et al., 1990; Allard et al., 1992; Bourque et al., 1991; Gustafsson, 1996; Hanlon et al., 1996; Jensen et al., 1994; Spore et al., 1992; Stewart et al., 1994)

Même si plusieurs recherches ont trouvé des liens significatifs entre chacun des facteurs et la consommation de médicaments, elles ne s'entendent pas toujours sur leur importance. Par exemple, le sexe n'est

pas toujours un facteur associé à une plus grande consommation de médicaments, bien que dans la majorité des études il y est associé et lorsque l'association est significative (Bourque et al., 1991; Coons et al., 1992; Jensen et al., 1994; Stewart et al., 1994), ce sont toujours les femmes qui consomment le plus de médicaments en général et les psychotropes en particulier (Allard et al., 1992; Gustafsson, 1996; Hendricks et al., 1991; Smart et Adlaf, 1988). Contrairement aux attentes, plusieurs recherches n'observent aucune relation entre l'âge et la consommation chez les personnes de 65 ans et plus (Allard et al., 1992; Hendricks et al., 1991; Stewart et al., 1994) et quelques recherches trouvent que la consommation a tendance à diminuer avec l'avancement en âge (Buck, 1988; Pérodeau et Ostoj, 1990; Smart et Adlaf, 1988). La dépression et l'anxiété sont fortement associées à une consommation accrue de médicaments en général et plus particulièrement des psychotropes.

Implications pour la prévention et l'intervention.

Plusieurs facteurs liés à l'utilisation des médicaments ne peuvent faire l'objet d'interventions ou de projets préventifs. Certains, tels l'âge, le sexe, l'état civil, le nombre d'enfants et le niveau socio-économique peuvent nous aider à cibler des populations « à risque élevé » aux fins de stratégies préventives. Cependant, on ne peut influencer ces variables. D'autres types de facteurs, tels les maladies, les événements stressants, les relations sociales et le bien-être psychologique semblent peu propices à une modification directe afin de diminuer l'utilisation des médicaments. En conséquence, presque toutes les stratégies d'intervention et de prévention portent sur les pratiques médicales et les politiques sociales qui rendent les médicaments accessibles aux aînés.

La plupart des programmes de prévention et d'intervention qui visent une diminution du nombre de médicaments utilisés par les aînés portent sur les pratiques des médecins. La stratégie d'action, *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994) propose plusieurs recommandations afin de diminuer le nombre de médicaments prescrits, en agissant sur les pratiques médicales et celles des compagnies pharmaceutiques. Le chapitre du Forum National sur la Santé qui porte sur les médicaments et les personnes âgées (Tamblyn et Perreault, sous presse) propose de nombreuses interventions, auprès des médecins et à travers le système des soins, qui visent la diminution du nombre de médicaments prescrits et achetés par les consommateurs. Ces recommanda-

tions incluent des suggestions concernant les influences des pratiques de paiement pour les médicaments ainsi que les politiques provinciales de remboursement de différents médicaments prescrits.

Même si la majorité des recherches et des projets de prévention ne portent pas directement sur le rôle des aînés eux-mêmes dans une surconsommation de médicaments, plusieurs articles constatent que les médecins pensent que leur patient âgé attend de quitter le bureau avec une ordonnance et qu'il met de la pression sur le médecin pour lui prescrire quelque chose. Ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui cherchent de nouvelles prescriptions et vont quelquefois consulter un deuxième médecin si le premier ne leur fournit pas une ordonnance. On peut se demander jusqu'à quel point les membres de la famille exercent une influence dans ce type de démarche. La famille incite-t-elle parfois les aînés à trouver un remède chimique pour leurs problèmes? Des interventions éducatives auprès de la famille peuvent-elles diminuer le nombre excessif de médicaments utilisés par les personnes âgées? Ces questions restent à explorer. En général, les études sur les problèmes liés à la consommation de médicaments par les aînés portent sur l'observance par les personnes âgées des régimes médicamenteux et sur les liens entre l'observance et les réactions indésirables aux médicaments.

L'observance et les réactions indésirables aux médicaments (RIM)

L'une des raisons principales pour diminuer le nombre de médicaments utilisés par les personnes âgées est de réduire le nombre de réactions indésirables à ces médicaments (effets secondaires). Ces réactions sont souvent imputables à des prescriptions de médicaments non nécessaires ou inappropriés, ou à l'interaction entre différents médicaments ou entre des médicaments et d'autres substances (par exemple l'alcool). Dans le cas des psychotropes, ces effets indésirables semblent être le plus souvent des complications imputables à une trop grande accumulation de médicaments dans le corps. Mais dans de nombreux cas, les RIM sont liées à la non-observance par les aînés de leurs prescriptions. La non-observance comprend toutes les façons de ne pas prendre les médicaments tels que prescrits. Le type de non-observance le plus courant chez les aînés est l'omission, ce qui signifie que les personnes âgées ont tendance à prendre moins de médicaments qu'elles ne sont censées prendre selon les prescriptions des médecins. En général, les taux de non-observance varient beaucoup d'une recherche à l'autre. La non-observance est souvent identifiée

comme étant liée aux admissions en milieu hospitalier et peut constituer entre 7 % et 24 % des raisons d'admission à l'hôpital (Grymonpre et al., 1988; Kruse et al., 1992; Nananda et al., 1990). Les recherches sur l'observance mettent l'accent presque toujours sur les difficultés que les aînés rencontrent dans la prise des médicaments tels que prescrits ainsi que d'autres facteurs liés aux attitudes et comportements des aînés. Les recherches indiquent que les facteurs suivants sont associés à un taux d'observance moindre :

- difficultés à lire et à comprendre l'étiquette des médicaments (Fitten et al., 1995; Morrell et al., 1990)
- difficultés avec les emballages (Kottke et al., 1990)
- grand nombre de médicaments consommés ou de prises quotidiennes (Botelho et Dudrak, 1992; Spagnoli et al., 1989)
- être dépressif (Carney et al., 1995)
- troubles de la mémoire (Nananda et al., 1990)
- effets secondaires déplaisants ou peur des effets secondaires de la part des aînés (Nananda et al., 1990; Spagnoli et al., 1989)
- jugement par les aînés que la médication n'est pas nécessaire (Nananda et al., 1990)
- mauvaise compréhension du schéma de traitement (Spagnoli et al., 1989)
- disparition des symptômes (Spagnoli, 1989)

Implications pour la prévention et l'intervention

Les projets de prévention et d'intervention qui ont pour objectif d'augmenter le taux d'observance cherchent à modifier des attitudes, des valeurs et des comportements des aînés concernant la prise des médicaments (Avorn et al., 1992), ou à améliorer la communication entre le médecin, le pharmacien et les clients plus âgés (Kimberlin et al., 1993; Laucka et Hoffman, 1992; Morrow et al., 1991; Pulliam et al., 1993). Certains cherchent à améliorer la façon dont les informations sur les médicaments sont présentées (par exemple, en utilisant un lettrage plus gros sur les étiquettes, ou un emballage pour les doses quotidiennes) (Park et al., 1992). Cependant, comme nous l'avons souligné, les recherches, les projets de prévention et les politiques et stratégies d'action ignorent le rôle que joue la famille dans l'observance par les aînés.

L'écologie familiale et l'utilisation de médicaments chez les aînés

En 1991, 72 % des personnes ayant 65 ans et plus au Québec vivaient avec d'autres personnes, en dehors d'institutions (Statistiques Canada, 1994). La majorité de ces personnes vivaient avec un autre membre de la famille. Dans sa stratégie d'action *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées* (1994), le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec offre 25 recommandations concrètes pour diminuer les risques découlant d'une mauvaise utilisation des médicaments. La majorité de ces recommandations portent sur la prescription, la dispensation et la commercialisation des médicaments et visent les professionnels de la santé, les pharmaciens et les pratiques et politiques de mise en marché et de disponibilité des médicaments pour les aînés. Cependant, quatre recommandations ont pour objectif de « fournir aux personnes âgées l'information et les outils leur permettant de prendre les décisions éclairées face au choix thérapeutique qui leur sont proposés... » (p. 16). Ces stratégies visent à donner aux aînés « une place prépondérante dans les processus décisionnels reliés à l'usage des médicaments » (p. 11).

Toutes les stratégies et les exemples d'initiatives communautaires déjà en place au Québec mettent l'accent sur les capacités des consommateurs âgés de prendre leur santé en mains, d'effectuer les bons choix et d'adopter de meilleures habitudes d'utilisation des médicaments. Ces recommandations sont basées sur le principe selon lequel les consommateurs âgés ont des pratiques d'utilisation de médicaments indépendamment des influences d'autres membres de la famille habitant le même domicile. Il est possible que ce principe soit erroné. Déjà, dans de nombreuses familles québécoises, c'est une personne autre que le consommateur qui s'occupe de veiller au bon usage de l'ensemble des drogues prescrites et en vente libre utilisées par l'aîné. Nous en savons très peu sur l'étendue de ces pratiques parce que, selon les recensions de recherches les plus récentes, le rôle de la famille dans les pratiques et prises de décision concernant les médicaments n'a jamais été étudié au Québec.

Même s'il existe peu de données empiriques sur ce sujet, plusieurs auteurs (Brubaker, 1990 ; Cicirelli, 1990 ; Kail et Litwak, 1989 ; Rathbone-McCuan et Ashimi, 1982) indiquent qu'un changement important se produit dans les dynamiques familiales lorsqu'un membre âgé de la famille commence à avoir des problèmes de santé graves et nécessite plus de soins. Cicirelli (1990) fait remarquer que les membres de la famille sont souvent les premiers à entendre les plaintes et autres indications des symptômes de maladies et ont un rôle privilégié pour identifier les besoins en matière de santé du malade âgé. Cependant,

Rathbone-McCuan et Ashimi (1982) indiquent que les aînés discutent rarement de leurs problèmes de santé avec les autres membres de la famille, par peur d'une perte d'estime de soi ou d'autonomie, particulièrement lorsqu'il s'agit de parler de leurs problèmes avec leurs enfants adultes. Dans une discussion sur le rôle potentiel des membres de la famille dans la prévention de l'abus de médicaments, Kail et Litwak (1989) suggèrent que la famille, les amis et les voisins peuvent aider un aîné de quatre manières dans l'observance de la prise de médicaments : 1) en s'assurant que la personne âgée a bien compris les directives du médecin ; 2) en s'assurant qu'elle a vraiment acheté les médicaments prescrits ; 3) en l'encourageant à prendre ses médicaments et 4) en l'aidant à transiger avec les effets secondaires et à accepter de vivre avec certains effets secondaires inévitables. Ces auteurs suggèrent que ceux qui vivent avec l'aîné ou qui ont un contact régulier avec lui (par exemple, un conjoint) sont plus à même d'assurer une bonne utilisation des médicaments que les membres de la famille ou les amis qui n'ont pas un contact fréquent avec la personne. Cependant, Kail et Litwak (1989) soulignent aussi le fait que les époux peuvent ne pas s'aider mutuellement dans la prise de médicaments si l'un des conjoints a les mêmes problèmes et handicaps que l'autre.

La majorité des aînés qui prennent des médicaments vivent en dehors des institutions et ne sont pas dépendants d'un autre individu pour la majorité des activités de la vie quotidienne. Cependant, certaines personnes âgées dépendent des services de maintien à domicile publics ou privés pour effectuer un grand nombre de tâches quotidiennes, tels que préparer des repas, faire sa toilette, s'habiller, s'occuper de ses finances, etc. Des recherches sur ces aînés incluent la prise de médicaments comme une des tâches quotidiennes dans laquelle l'autre aidant est impliqué. Par exemple, dans l'étude de Horowitz et al. (1991), 33,3 % des aînés dépendant d'un autre individu pour la majorité des tâches quotidiennes avaient aussi besoin d'assistance dans la prise de médicaments. Les auteurs suggèrent cependant que cette assistance peut être perçue par l'aîné comme une atteinte à son autonomie et à sa liberté individuelle. On peut conclure de cette étude que l'implication des membres de la famille dans le contrôle de la prise de médicaments peut-être une lame à double tranchant : les membres de la famille peuvent à la fois aider l'aîné en s'assurant qu'il prend ses médicaments quand il le faut et en identifiant les réactions indésirables aux médicaments ; en même temps, cette implication peut être perçue comme une atteinte à l'autonomie des individus et au libre choix des aînés de décider pour eux-mêmes.

Une façon de conceptualiser le rôle de la famille dans le contexte de l'utilisation des médicaments est de considérer l'implication des membres de la famille comme une composante importante de la résilience psychologique des aînés. Mangham et al. (1995) ont défini la résilience psychologique (aussi connu sous l'appellation « ressort psychologique ») comme étant « l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à faire face avec succès à une situation très défavorable ou comportant un risque élevé... Elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu, et contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci ». Bien que la majorité des recherches sur la résilience psychologique soient axées principalement sur les habiletés des individus, cette définition inclut le rôle de la famille et d'autres groupes et collectivités comme composante de la résilience psychologique. D'autres chercheurs (McCubbin et McCubbin, 1993) ont suggéré que la résilience devrait être conçue comme une habileté des familles plutôt que seulement des individus. Le modèle de résilience psychologique peut s'avérer pertinent dans l'étude du rôle possible de la famille dans la prise de médicaments chez les aînés puisque l'objet d'étude dans les recherches sur la résilience est le maintien ou l'amélioration de la santé, qui est l'objectif visé par la prise de médicaments. Même si les recherches sur le rôle de la famille dans la résilience ont jusqu'à présent mis l'accent sur l'appui émotif d'un soutien social (Fine, 1991 ; Garnezy, 1993), le concept de résilience inclut aussi la notion de compétence des individus et des membres de leur entourage qui peuvent comporter plusieurs variables liées à une bonne utilisation des médicaments. Par exemple, les attitudes des membres de la famille concernant l'utilisation des médicaments peuvent avoir énormément d'influence sur les attitudes d'un consommateur âgé. Les membres de la famille peuvent aussi assurer une bonne communication d'informations concernant les médicaments (communiquer avec le médecin, bien lire les feuillets accompagnant les médicaments, etc.) et concrètement aider l'aîné à prendre des médicaments comme il le faut et à identifier les effets désirables et indésirables des médicaments.

Plutôt que de privilégier de meilleures pratiques d'utilisation des médicaments chez les personnes âgées avec un modèle de « Lone Ranger » où chacun prend des décisions individuellement et en subit les conséquences, on pourrait se demander s'il ne serait pas avantageux de privilégier des stratégies qui favorisent une plus grande implication des membres de la famille qui habitent avec les personnes âgées consommatrices de médicaments. On devrait expérimenter des programmes d'édu-

cation et d'intervention qui favorisent le développement d'une concertation entre les membres des familles dans les décisions concernant la prise des médicaments et l'usage approprié, judicieux et sécuritaire. De plus, on devrait informer davantage les familles sur les possibilités d'alternatives à la prise de médicaments qui peuvent parfois atteindre les mêmes objectifs (par exemple, changer de diète plutôt que de prendre des laxatifs ; changer ses habitudes par rapport au sommeil plutôt que de prendre des somnifères). Ces programmes pourraient comporter des projets-pilotes dans lesquels les membres de la famille seraient présents quand le médecin explique pourquoi et comment utiliser tel médicament, une augmentation des communications entre les pharmaciens et les membres de la famille (plutôt que de se restreindre à la personne qui complète une ordonnance), des activités éducatives pour les personnes accompagnées d'autres membres de leur famille et un changement de pratique des intervenants sociaux qui évaluent l'utilisation des médicaments (l'inclusion des membres de la famille dans leurs interventions).

Puisqu'il y a si peu de recherches sur la famille et la consommation des médicaments, il n'est pas prouvé que la famille joue un rôle important dans la prise de médicaments ou que les interventions qui visent une implication accrue des membres de la famille dans les prises de décision dans la surveillance des pratiques concernant les médicaments sont efficaces. Cependant, on aurait raison de croire, si on se base sur de nombreux cas cliniques, que la famille peut souvent jouer un rôle important, voire prépondérant, dans les pratiques d'utilisation des médicaments chez les personnes âgées. On devrait commencer à regarder de près l'inclusion de la famille dans les stratégies de diminution des risques découlant d'une mauvaise utilisation des médicaments, et étudier davantage le rôle que joue la famille dans l'utilisation des médicaments par les aînés.

RÉFÉRENCES

- ALLARD, J., ALLAIRE, D., LECLERC, G., LANGLOIS, S. P., 1992, *L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées*, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie.
- ANCILL, R. J., EMBURY, G. D., MACÉWAN, G. W., KENNEDY, J. S., 1988, The use and misuse of psychotropic prescribing for elderly psychiatric patients, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 7, 585-589.
- AVORN, J., DREYER, P., CONNELLY, K., SOUMERAI, S. B., 1989, Use of psychoactive medication and the quality of care in rest homes: Findings and policy implications of a statewide study, *The New England Journal of Medicine*, 320, 4, 227-232.

- BEERS, M. H., DANG, J., HASEGAWA, J., TAMAI, I. Y., 1989, Influence of hospitalization on drug therapy in the elderly, *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 679-683.
- BELLEROSE, C., LAVALLÉE, C., CHÉNARD, L., LEVASSEUR, M., (sous la direction de), 1995, *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992- 1993*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- BOTELHO, R. J., DUDRAK II, R., 1992, Home assessment of adherence to long-term medication in the Elderly, *The Journal of Family Practice*, 35, 1, 61-65.
- BOURQUE, P., BLANCHARD, L., SADÉGHUI, M. R., ARSENAULT, A. M., 1991, État de santé, consommation de médicaments et symptômes de la dépression chez les personnes âgées, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 10, 4, 309-319.
- BRUBAKER, T. H., 1990, An overview of family relationships in later life, in Brubaker, T. H., ed., *Family Relationships in Later Life*, Sage, Newbury Park, 13-26.
- BUCK, J. A., 1988, Psychotropic drug practice in nursing homes, 1988, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 5, 409-418.
- CARBONIN, P., PAHOR, M., BERNABEI, R., SGADARI, A., 1991, Is age and independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalized medical patients?, *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1093-1099.
- CARNEY, R. M., FREEDLAND, K. E., EISEN, S. A., RICH, M. W., JAFFE, A. S., 1995, Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease, *Health Psychology*, 14, 1, 88-90.
- CICIRELLI, V., 1990, Family support in relation to health problems of the elderly, in Brubaker, T. H., ed., *Family Relationships in Later Life*, Newbury Park, 212-228.
- COONS, S. J., JOHNSON, M., CHANDLER, M. H. H., 1992, Sources of self-treatment information and use of home remedies and over-the-counter medications among older adults, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 7, 1, 71-82.
- ENLUND, H., VAINO, K., WALLENIS, S., POSTON, J. W., 1991, Adverse drug effects and the need for drug information, *Medical Care*, 29, 6, 558-564.
- EXUM, M. E., PHELPS, B. J., NABERS, K. E., OSBORNE, J. G., 1993, Sundown syndrom: Is it reflected in the use of PRN medications for nursing home residents?, *The Gerontologist*, 33, 6, 756-761.
- FINCHAM, J. E., 1991, Adverse drug reaction occurrence in elderly patients, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 5, 4, 39-50.
- FINE, S. B., 1991, Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *The American Journal of Occupational Therapy*, 45, 6, 493-503.

- FITTEN, L. J., COLEMAN, L., SIEMBIEDA, D. W., YU, M., GANZELL, S., 1995, Assessment of capacity to comply with medication regimens in older patients, *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 361-367.
- FRANCK, J., GRANDJEAN, C., 1995, Prescription de médicaments en institutions pour personnes âgées: influence de l'état de démence sur le mode de prescription, influence d'une formation complémentaire gériatrique? *La Revue de Gériatrie*, 20, 6, 355-362.
- GARMEZY, N., 1993, Children in poverty: Resilience despite risk, *Psychiatry*, 56, 127-136.
- GEURIAN, K. L., PITNER, R. B., LACKLAND, D. T., 1992, Potential drug-drug interactions in an ambulatory geriatric population, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 7, 2, 67-86.
- GRYMONPRÉ, R. E., MITENKO, P. A., SITAR, D. S., AOKI, F. Y., MONTGOMERY, P. R., 1988, Drug-associated hospital admissions in older medical patients, *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 12, 1092-1098.
- GUSTAFSSON, T. M., ISACSON, D. G. L., THORSLUND, M., SORBOM, D., 1996, Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home, *The Journal of Applied Gerontology*, 15, 2, 238-254.
- HALLAS, J., GRAM, L. F., GRODUM, E., DAMSBO, N., BROSEN, K., HAGGHFLET, T., HARVALD, B., BECK-NIELSEN, J., WORM, J., JENSEN, K. B., DAVIDSEN, O., FRAMDESEN, N. E., HAGEN, C., ANDERSEN, M., FROLUND, F., KROMANN-ANDERSON, H., SCHOU, J., 1992, Drug related admissions to medical wards: a population based survey, *British Journal of Clinical Pharmacology*, 33, 61-68.
- HANLON, J. T., LANDERMAN, L. R., WALL, W. E., HORNER, R. D., FILLENBAUM, G. G., DAWSON, D. V., SCHMADER, K. E., COHEN, H. J., BLAZER, D. G., 1996, Is Medication use by community-dwelling elderly people influenced by cognitive function? *Age and Ageing*, 25, 190-196.
- HENDRICKS, J., JOHNSON, T. P., SHEAHAN, S. L., COONS, S. J., 1991, Medication use among older persons in congregate living facilities, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 6, 1, 47-61.
- HOROWITZ, A., SILVERSTONE, B. M., REINHARDT, J. P., 1991, A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family caregiving relationships, *The Gerontologist*, 31, 1, 23-31.
- JENSEN, E., DEHLIN, O., HAGBERG, B., SAMUELSSON, G., SVENSSON, T., 1994, Medical, psychological, and sociological aspects of drug treatment in 80-year-olds, *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 140-144.
- KAIL, B. L., LITWAK, E., 1989, Family, friends and neighbors: The role of primary groups in preventing the misuse of drugs, *Journal of Drug Issues*, 19, 261-281.
- KAY, L., 1994, Abdominal symptoms, visits to the doctor, and medicine consumption among the elderly, *Danish Medical Bulletin*, 41, 4, 466-469.

- KELMAN, G., SCHEWEITZER, S. O., MAYER-OAKES, S. A., 1994, Relationships between depression and the use of antidepressants and benzodiazepines in older community dwelling Southern-California, *Clinical Gerontologist*, 14, 4, 71-73.
- KIMBERLIN, C. L., BERARDO, D. H., PENDERGAST, J. F., MCKENZIE, L. C., 1993, Effects of an education program for community pharmacists on detecting drug-related problems in elderly patients, *Medical Care*, 31, 5, 451-468.
- KOTTKE, M. K., STESKO, G., ROSENBAUM, S. E., RHODES, C. T., 1990, Problems encountered by the elderly in the use of conventional dosage forms, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 5, 2, 77-92.
- KRUSE, W., KOLCH-GWINNER, P., NIKOLAUS, T., OSTER, P., SCHLIERF, G., WEBER, E., 1992, Measurement of drug compliance by continuous electronic monitoring: A pilot study in elderly patients discharged from hospital, *Journal of the American Geriatric Society*, 40, 1151-1155.
- LAUCKA, P. V., HOFFMAN, N. B., 1992, Decreasing medication use in a nursing-home patient-care unit, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 49, 96-99.
- LINDLEY, C. M., TULLY, M. P., PARAMSOTHY, V., TALLIS, R. C., 1992, Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients, *Age and Aging*, 21, 294-300.
- MALCOLM, M. T., 1992, Medication used by elderly people at home: Changes over 10 years, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 121-124.
- MANIÈRE, D., D'ATHYS, P., ROSSIGNOL, S., 1995, Consommations de psychotropes en institution gériatrique: Corrélations à l'état cognitif et à la dépendance, *La Revue de Gériatrie*, 20, 8, 505-512.
- MANGHAM, C., REID, G., MCGRATH, P., STEWART, M., 1995, *Ressort psychologique, pertinence dans le contexte de la promotion de la santé*, Ministère des approvisionnements et services, Ottawa.
- MCCUBBIN, M. A., MCCUBBIN, H. I., 1993, Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation, in Danielson, C. B., Hamel-Bissell, B. Winstead-Fry, P., eds., *Families, Health, and Illness: Perspectives on Coping and Intervention*, St-Louis: Mosby, St-Louis, 21-61.
- MCKIM, W. A., STONES, M. J., KOZMA, A., 1990, Factors predicting medicine use in institutionalized and non-institutionalized elderly, *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 9, 1, 23-34.
- MSSSQ - Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1994, *L'utilisation rationnelle des médicaments chez les personnes âgées*, MSSSQ, Québec.
- MISHARA, B. L., MCKIM, W. A., 1989, *Drogues et vieillissement*, Gaëtan Morin, Boucherville.

- MORRELL, R. W., PARK, D. C., POON, L. W., 1990, Effects of labeling techniques on memory and comprehension of prescription information in young and old adults, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45, 4, P166-172.
- MORROW, D., LEINER, V., ALTIERI, P., TANKE, E., 1991, Elder's schema for taking medication: Implications for instruction design, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 6, P378-385
- MOTT, P. D., PUTINAS-SPENCER, J. M., BARKER, W. H., 1993, The misuse of medication identified among older persons referred to an intermediate care facility, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 7, 4, 59-72.
- NANANDA, C., FANALE, J. C., KRONHOLM, P., 1990, The role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly, *Archives of International Medicine*, 150, 841-845.
- PARK, D. C., MORRELL, R. W., FRIESKE, D., KINCAID, D., 1992, Medication adherence behaviors in older adults: Effect of external cognitive supports, *Psychology and Aging*, 7, 2, 252-256.
- PÉRODEAU, G., OSTOJ, M., 1990, *Facteurs psychosociaux reliés à la consommation de psychotropes par des personnes âgées en maintien à domicile: Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale*, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun .
- PÉRODEAU, G., OSTOJ, M., 1992, *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées*, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Verdun.
- PÉRODEAU, G., KING, S., OSTOJ, M., 1992, Stress and psychotropic drug uses among the elderly: An exploratory model, *The Canadian Journal of Aging*, XI, 4, 347-369.
- PULLIAM, C., FLEMING, B., HANLON, J. T., HUGHES, T. F., KIRBY, M. G., REED, C., 1993, Pharmacy consultation in the home care setting, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 7, 3, 3-19.
- RATHBONE-MCCUAN, E., HASHIMI, J., 1982, *Isolated Elders*, Aspen, Rockville, Md.
- SCHAMDER, K., HANLON, J. T., WEINBERGER, M., LANDSMAN, P. B., SAMSA, G. P., LEWIS, I., UTTECH, K., COHEN, H. J., FEUSSNER, J. R., 1994, Appropriateness of medication prescribing in ambulatory elderly patients, *Journal of the American Geriatric Society*, 42, 1241-1247.
- SMART, R. G., ADLAF, E. M., 1988, Alcohol and drug use among the elderly: trends in use and characteristics of users, *Canadian Journal of Public Health*, 79, (July/August), 236-242.
- SPAGNOLI, A., OSTINO, G., BORGA, A. D., D'AMBROSIO, R., MAGGIOROTTI, P., TODISCO, E., PATTICIZZO, W., PIA, L., COMELLI, M., 1989, Drug compliance and unreported drugs in the elderly, *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 619-624.

- SPORE, D. L., HORGAS, A. L., SMYER, M. A., MARKS, L. N., 1992, The relationship of antipsychotic drug use, behavior, and diagnoses among nursing home residents, *Journal of Aging and Health*, 4, 4, 514-535.
- STERNBERG, J., SPECTOR, W. D., DRUGOVICH, M. L., FRETWELL, M. D., JACKSON, M. E., Use of psychoactive drugs in nursing homes: prevalence and residents' characteristics, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 4, 3, 47-60.
- STEWART, R. B., MARKS, R. G., MAY, F. E., HALE, W. E., 1994, Factors which predict multiple drug use in the elderly, *Journal of Geriatric Drug Therapy*, 9, 2, 53-67.
- SVARSTAD, B. L., MOUNT, J. K., 1991, Nursing home resources and tranquilizer among the institutionalized elderly, *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 869-875.
- TAMBLYN, R. M., MCLEOD, P. J., ABRAHAOWICZ, M., MONETTE, J., GAYTON, D. C., BERKSON, L., DAUPHINEE, W. D., GRAD, R. M., HUANG, 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.
- TAMBLYN, R. M., PERREAULT, R., (sous presse), Methods to encourage the sensible use of prescription medication in the elderly, *National Forum of Health Position Paper*.
- WILCOX, S. M., HIMMELSTEIN, D. U., WOOLHANDLER, S., 1994, Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly, *Journal of the American Medical Association*, 272, 4, 292-317.

ABSTRACT

Family ecology and drug consumption by the elderly: a commentary on an important factor ignored in research and prevention programs

A literature review from 1986 to 1996 on medication use by older persons confirms previous conclusions on studies up to 1986 (Mishara and McKim, 1989): there is little empirical research on the role of family members in patterns of medication use by elders. This article briefly summarizes studies of factors related to medication use and prevention programs aimed at reducing problems related to compliance and drug adverse reactions in older persons. We propose a conceptual model of the role of the family as a component of resiliency of elders and we suggest that family members be included in strategies for preventing the risks related to inappropriate use of medicines.