



ESPACE  
SENIORS

*(Dé)prescription en maison de repos :*

*Pas de médicaments mais du vin,  
des câlins et de la morphine ?*

*(Analyse)*

Secrétariat national d'Espace Seniors

Mara Barreto • [mara.barreto@solidaris.be](mailto:mara.barreto@solidaris.be) • 02 515 02 66

Octobre 2016

Editrice responsable : Florence Lebailly • Place St Jean, 1/2 • 1000 Bruxelles



## Introduction

Les seniors se voient souvent prescrire plusieurs médicaments pour soigner diverses pathologies. Il en résulte ainsi une prise conjuguée qui ne va pas toujours sans complications : on considère, pour les patients gériatriques, qu'environ une hospitalisation sur quatre est liée de près ou de loin à un événement iatrogène\* médicamenteux<sup>1</sup>.

Pourtant, on sait que prendre un médicament n'est pas anodin et que pour chaque produit, et plus encore en cas de polymédication, la comparaison du risque d'un traitement avec ses éventuels bénéfices (balance bénéfice-risque) s'avère essentielle.

Nous avons participé cette année au voyage d'étude organisé par *vie@home* en Bourgogne<sup>2</sup>. Lors de son exposé, le médecin-écrivain Luc Perino a exprimé une position assez radicale sur la surmédicalisation des patients âgés ainsi que sur le rôle du médecin en maison de repos : après 75 ans, « *des caresses, de la morphine, pas de benzos, pas de chimio... Si les médecins admettent l'idée qu'à partir d'un certain moment, le mieux est de... ne plus faire son job... un médecin en maison de retraite, c'est en somme anachronique.* ».<sup>3</sup>

Suite à cela, nous avons voulu connaître l'opinion d'un médecin coordinateur en maison de repos (MR) qui faisait également partie de ce voyage d'étude. Le Docteur Leslie Mathonet, médecin coordinateur de la MR du CPAS « Anne Sylvie Mouzon » à Saint-Josse, a accepté d'être interviewée et de témoigner sur sa pratique quotidienne.

Dans cette analyse, nous aborderons la question de l'importance de l'utilisation rationnelle des médicaments chez les résidents en MR ainsi que les limites éventuelles au moment de la mise en pratique sur le terrain. Nous souhaitons ainsi donner des pistes de réflexion aux personnes qui s'interrogent à ce sujet.

\* Trouble ou maladie provoqué par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin.

## Les effets indésirables des médicaments : encore faut-il en parler ?

Plusieurs médicaments peuvent être à l'origine de problèmes du système digestif (nausées, perte d'appétit, diarrhée, constipation, saignement gastrique...).

Le système nerveux autonome, responsable des fonctions non soumises au contrôle volontaire, devient plus sensible avec l'âge et toute l'information nerveuse qui guide l'intestin, la vessie, le cœur... fonctionne moins bien. Dans toutes les classes de médicaments, il y a au moins un représentant qui agit sur ce système.

---

<sup>1</sup> Pire V. et al. Polymédication chez la personne âgée. *Louvain Médical* 2009 ; 128, 7 : 235-240.

<sup>2</sup> *Vie@home*. N°37. Juin 2016. Numéro spécial voyage d'étude annuel. La Bourgogne prend de l'âge. Disponible sur : <http://www.vie-at-home.org/magazine/n37/gp/dossier/assets/basic-html/page-1.html#>

<sup>3</sup> *Vie@home*. N°37. Juin 2016. « Caressez les mamies ! ». P.18-20. Disponible sur : <http://www.vie-at-home.org/magazine/n37/gp/dossier/assets/basic-html/page-18.html>

Certains médicaments ont des effets sur l'état d'éveil et provoquent de la fatigue et de la somnolence. C'est le cas des antihistaminiques, des somnifères et calmants et des antidépresseurs, entre autres. Ces médicaments diminuent la vigilance et les réflexes et augmentent également le risque de chute.

Il y a aussi des médicaments, surtout en cas de polymédication, qui peuvent provoquer délire et confusion. Les médecins donnent parfois des antipsychotiques pour contrecarrer ces symptômes et la situation ne fait que s'aggraver. On assiste alors à un phénomène de « prescription en cascade » où un nouveau médicament vient traiter des symptômes résultant des effets secondaires de médicaments déjà prescrits. Ça devient ainsi un cercle vicieux<sup>4</sup>.

## Le témoignage du terrain

### Que pensez-vous de la citation du Dr Perino, qu'après 75 ans : « *Pas de médicaments, du vin, des câlins et de la morphine* » ?

A mon retour du voyage, en réunion pluridisciplinaire, j'ai répété cette phrase parce qu'elle est interpellante. Luc Perino est dans la provocation. « *Pas de médicaments, du vin, des câlins et de la morphine* », c'est une idée extraordinaire mais pour en arriver là, ce n'est pas facile parce que chez nous, contrairement à la France, le médecin coordinateur ne peut pas imposer la prescription aux médecins traitants. Donc, la seule chose que je peux faire, c'est leur parler de la liste STOPP et START<sup>\*\*5;6</sup>, ce que je fais, et j'en ai déposé un exemplaire à chaque étage dans les bureaux des infirmières. Ainsi, les médecins peuvent la consulter et éventuellement se dire qu'ils pourraient, dans certains cas, arrêter certains médicaments.

\*\* Liste de critères validée par des experts qui permet l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits aux patients âgés. La liste STOPP et START a récemment été mise à jour et fonctionne comme une check-list. Elle est destinée à stimuler la remise en question des médicaments pris.

### Quelle est donc votre marge de manœuvre quand il s'agit de supprimer des médicaments ?

En tant que médecin coordinateur, je n'ai pas beaucoup de champ d'action par rapport au médecin traitant. Mais j'essaie de conscientiser les infirmières lors des réunions pluridisciplinaires. Lorsqu'un médecin va voir un résident, l'infirmière n'est pas toujours présente mais au moins, elle est là au moment où il faut changer le traitement. Je trouve donc important que l'infirmière puisse poser la question au médecin traitant en disant, par exemple : « *Il y a déjà dix, douze médicaments...est-ce vraiment indispensable ? Est-ce que l'on ne pourrait pas en arrêter certains ? Regardez : la liste STOPP et START est là.* » C'est ce que j'essaie de faire mais je n'ai aucune façon d'obliger. Le médecin peut me dire : « *Docteur, vous êtes peut-être le coordinateur mais vous n'avez pas le droit de regarder dans mon dossier sans mon accord* »...à ce point-là. Quand le médecin traitant n'est pas là, on me demande parfois d'aller

<sup>4</sup> Analyse Espace Seniors : « Personne âgée et polymédication : une union de fait. »

Disponible sur notre site : <http://www.espace-seniors.be/Publications/Analyses/Pages/Polymedicatio-mara.aspx>

<sup>5</sup> Gallagher P. et al. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. 2008 Feb ; 46 (2) : 72-83.

<sup>6</sup> Dalleur O. et al. STOPP/START, VERSION.2. Un outil à jour pour la qualité de la prescription médicamenteuse chez les patients âgés de 65 ans et plus.

voir un patient. Mais je ne suis pas supposée prendre le dossier et vérifier ce que mes confrères font. Je n'ai pas le droit. Donc, je suis pieds et poings liés et c'est par des chemins de traverse que je peux essayer de faire quelque chose.

**Un symposium sur « la polymédication dans le cadre d'une utilisation rationnelle des médicaments chez la personne âgée »<sup>7</sup> a été organisé il y a quelques mois avec l'aide de l'INAMI. De nombreux médecins étaient présents. Pensez-vous que ce type d'actions sert à sensibiliser les médecins ?**

Je travaille comme médecin coordinateur dans la MR du CPAS de Saint-Josse depuis 2 ans. Chaque année, on essaie d'avoir un but. C'est vraiment cette année-ci que la thématique choisie a été de diminuer les prescriptions. Au fond, suite à ce symposium, on a discuté avec le directeur de la MR et l'on s'est dit que l'on allait essayer de faire ce que l'on pouvait de notre côté.

Mais l'idée de travailler sur la (dé)prescription date d'avant le voyage d'étude et le symposium. J'ai essayé l'année dernière d'organiser différentes formations pour les médecins traitants de notre MR. Nous sommes à peu près une quinzaine. Je vais vous avouer que je me suis arraché les cheveux. Il y a eu quatre formations et, à chaque fois, il y avait deux médecins qui venaient. Toujours les mêmes. Les médecins généralistes, ce sont des gens avec qui j'ai fait mes études. On se connaît. Le milieu médical est un monde petit. Comment voulez-vous que l'on me prenne au sérieux ?

J'ai donc téléphoné à un médecin gériatre qui est aussi professeur à l'Université pour lui demander de l'aide. Je voudrais qu'une formation sur comment (dé)prescrire et sur STOPP et START soit donnée par un spécialiste qui aura peut-être plus de poids sur les généralistes. Mon idée est de proposer aux généralistes qui l'accepteraient de revoir le traitement de leurs patients avec l'aide de quelqu'un dont c'est le métier car je n'ai pas le droit d'imposer quelque chose à un médecin traitant.

Une formation c'est toujours un bon moyen pour démarrer. Peut-être qu'après cela, je pourrais dire : « *Maintenant vous avez les choses en main, si vous voulez, tous les trimestres, on fera une réunion pour discuter des cas qui posent problème.* »

**Une MR devrait alors tenir toujours compte dans son budget d'un montant pour payer les honoraires de gériatres qui viendraient former ses médecins ?**

Normalement, dans une MR, il y a un budget pour des formations, mais pour celles du personnel soignant. Les infirmières sont obligées de faire un certain nombre de formations. Puis, le médecin coordinateur est supposé aussi donner des formations. Ça fait partie de son travail. Ça rentre dans mes heures : je suis payée comme médecin coordinateur en fonction du nombre de lits.

---

<sup>7</sup> Symposium organisé par le Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) et le Comité d'évaluation des pratiques médicales : « Polymédication dans le cadre d'une utilisation rationnelle des médicaments chez la personne âgée ». Présentations disponibles sur : [www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/symposium-polymedication.aspx#.WA363IJUDcs](http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/symposium-polymedication.aspx#.WA363IJUDcs)

## **On est donc de plus en plus sensibilisé à l'importance d'une utilisation rationnelle des médicaments mais en même temps, on n'a pas suffisamment de ressources...**

Lors de notre voyage en France, j'ai été sidérée de voir que le médecin coordinateur imposait une liste de médicaments et que l'on ne pouvait pas prescrire en dehors de cette liste. Chez nous, on se ferait tuer. Peut-être que l'on y arrivera mais ce n'est pas dans l'air du temps.

En Belgique, le médecin coordinateur est sensé former le personnel soignant (aides-soignantes et infirmières) et intervenir lorsqu'il y a un problème entre la famille et le personnel soignant ou du personnel soignant vis-à-vis de la famille. Je peux prendre un exemple : j'ai été interpellée un jour par trois infirmières qui se plaignaient d'acharnement thérapeutique d'une famille sur leur mère. Elle était en fin de vie. J'ai d'abord téléphoné au médecin traitant et j'ai proposé d'organiser une réunion avec la famille. Puis, j'ai proposé une réunion avec le médecin traitant et l'infirmière pour continuer à en parler. C'est ça, mon rôle. Mais parfois, je marche sur des œufs avec mes collègues. Mais il y a des médecins qui considèrent que je ne dois pas m'en mêler et me disent : « *C'est moi le médecin traitant.* » Et je réponds : « *D'accord, mais moi j'ai entendu une plainte de la famille ou du personnel soignant et c'est mon devoir de vous en faire part.* »

## **Le médecin coordinateur a donc un rôle de médiateur...**

Effectivement, le médecin coordinateur a un rôle de conseiller. Je ne peux rien imposer, je peux juste proposer. Je peux juste me battre avec mes idées et mon idéal. C'est un chouette combat donc j'y vais. En plus, je trouve beaucoup de plaisir à travailler avec le directeur de cette MR. Ça vaut la peine...Ce qui me pose plus de problèmes, c'est de mettre des gants pour aborder les médecins traitants. Mais ça dépend d'un médecin à l'autre. Il y en a avec qui je n'ai aucun problème. Au sujet de la polymédication, je peux juste proposer et dire qu'il y a moyen de faire autrement, mais je ne peux pas taper sur les doigts du médecin traitant qui tient à ce que son patient ait quinze molécules différentes.

## **Quel devrait être alors le rôle du médecin coordinateur pour qu'il puisse travailler plus efficacement sur la thématique de la (dé)prescription ?**

Déjà être plus libre par rapport aux médecins. Pouvoir dire : « *toutes les études montrent qu'à partir d'un certain âge, trop de médicaments, c'est néfaste. Ce n'est pas que ça ne sert à rien, mais c'est néfaste parce que le foie travaille moins bien, les reins travaillent moins bien... essayons donc de regarder dossier par dossier et de voir ensemble ce que l'on peut enlever.* »

## **Que pensez-vous du modèle français ? Serait-il transposable en Belgique ? Serait-il mieux par rapport au rôle que l'on donne au médecin coordinateur ?**

Le modèle français me paraît très loin puisque le médecin coordinateur choisit la liste de médicaments en disant : « *En dehors de ça, vous ne pouvez pas prescrire* ». Imaginons par exemple le cas d'un résident qui a plus de 80 ans à qui le médecin veut prescrire une statine<sup>\*\*\*</sup>. En France, il y a un programme informatisé qui oblige le médecin à taper une deuxième fois sur une touche. A ce moment-là, il y a une petite lumière qui s'allume et il doit dire pourquoi il veut quand même prescrire ce médicament-là. Donc, ça oblige le médecin traitant, y compris moi car

je ne suis pas meilleure que les autres, à se poser des questions au moment de la prescription. C'est pour cette raison que je dis aux infirmiers : « *Vous n'avez pas à intervenir mais vous pouvez demander au médecin s'il n'y aurait pas certains médicaments que l'on pourrait arrêter.* »

Le rôle de médecin coordinateur en France permet plus d'action car le modèle français donne plus de pouvoir au médecin coordinateur. Ce n'est pas que j'aime le pouvoir mais je pourrais faire bouger les choses ! Peut-être que l'on va y arriver dans quelques années mais ça va se faire petit à petit. Peut-être qu'il y aura un jour un Ministre de la Santé qui imposera certaines choses, certains pouvoirs au médecin coordinateur ? Mais en attendant, ce n'est pas le cas.

\*\*\* Statines : médicaments utilisés pour baisser le niveau de cholestérol dans le sang de personnes qui risquent une maladie cardiovasculaire à cause de leur hypercholestérolémie.

**Votre directeur m'a dit que si un patient refusait une prise de médicaments, vous l'écrivez dans le dossier médical mais vous ne le forcez pas...**

En effet. Avant, on se battait beaucoup plus pour que le résident avale son médicament. Maintenant s'il ne veut pas, on le note. Le directeur a une plus grande pratique de MR que la mienne. Lors de réunions multidisciplinaires, on entend parfois : « *M. X ne veut pas prendre ses médicaments.* ». Le résident est libre. Il est libre de boire, de fumer, de ne pas prendre ses médicaments. Ce sont des valeurs. Il est important que le directeur de MR partage la même philosophie que le médecin coordinateur. J'avais assisté en tant que médecin traitant à une réunion du CPAS sur les Cantous\*\*\*\*. Il s'agissait d'une réunion de concertation avec tous les généralistes qui travaillent dans la commune. Je me suis dit ce jour-là : « *J'aimerais vraiment bien pouvoir monter dans le train en marche et travailler avec cette équipe si dynamique.* ». J'ai beaucoup de plaisir à travailler avec des gens qui ont ces idées car ça me motive et fait bouler de neige.

\*\*\*\* Unités spécialisées dans l'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

**Comptez-vous travailler transversalement sur la thématique de la (dé)prescription avec d'autres MR ?**

Depuis peu, je suis aussi médecin coordinateur de deux autres MR et je profite de l'énergie du CPAS de Saint-Josse pour pouvoir avoir des idées plus claires, de mieux connaître mon rôle de médecin coordinateur et de pouvoir proposer des choses. J'ai de la chance. Parce que l'on peut toujours arriver dans une autre MR où l'on doit animer des réunions pluridisciplinaires et il n'y a pas d'infirmier chef, pas de directeur et l'on est en face d'une vingtaine de soignants mais il n'y a pas de responsables. A la formation sur la polymédication que je compte organiser, j'ai l'intention d'inviter les professionnels des deux autres MR où je travaille. C'est toujours comme cela que commence le travail transversal et que fonctionne la médecine générale : la bonne personne au bon endroit. C'est aussi une question de relation, que ce soit dans une MR ou avec le propre médecin traitant.

Je trouve que c'est important d'organiser des formations pour les médecins. Quand je suis sortie de l'université, on ne parlait pas de ces problèmes. C'est petit à petit que l'on s'en rend

compte. STOPP et START...je ne sais plus il y a combien d'années que je l'ai entendu pour la première fois. Alors, ça fait écho car on l'entend une fois, et puis on lit un article, et puis voilà !

**Une étude menée par Solidaris en 2013 a suivi la consommation de médicaments de quelque 7000 affiliés âgés de 70 ans et plus, six mois avant et six mois après leur entrée en MR. On a conclu, entre autres, que l'entrée en MR se traduisait par des modifications dans les traitements prescrits : moins d'antiagrégants\*\*\*\* et statines mais plus d'antidépresseurs et antipsychotiques<sup>8</sup>.**

N'oubliez pas que dans une MR, il y a des personnes qui crient. Que dans une unité Cantou, les infirmières sont formées à cela, elles ont la patience, l'écoute et savent comment réagir. Ailleurs, il y a M. de la chambre Y qui crie, qui appelle toute la nuit, et donc toutes les personnes des chambres autour se plaignent. Il y a au fond une pression de la part du personnel soignant : « *Docteur, faites quand même quelque chose, qu'il se taise.* ». Et là, on a le médecin traitant qui prescrit l'antidépresseur ou l'antipsychotique. Il y a le poids de la demande. Le patient qui crie...il ne demande rien du tout. Il crie, il n'est pas bien. Mais il faut pouvoir répondre car il n'est pas tout seul. Il y a plein d'autres personnes au même étage qui ne peuvent pas dormir parce qu'il crie. Le personnel en a marre, les autres résidents en ont marre...

\*\*\*\* Antiagrégants : médicaments ayant pour but de lutter contre l'agrégation des plaquettes du sang et de prévenir certaines maladies s'accompagnant de la formation de caillots sanguins.

### **Y a-t-il moyen de faire autre chose que donner des médicaments aux résidents qui crient pour les faire taire ?**

Je pense qu'une unité Cantou est une réponse parce que les personnes peuvent déambuler et le personnel est formé à travailler dans ce genre de situations et qu'il a la patience d'écouter, de prendre son temps en disant : « *Venez, pourquoi est-ce que vous criez ?* ». Et qu'il n'est pas en train de courir parce qu'une autre chambre a sonné et qu'il faut aller apporter la panne, etc. C'est une autre façon de travailler. Mais notre choix est de ne monter au Cantou que les patients déments. Si ce sont des personnes qui ont des troubles psychiatriques, ils n'ont pas leur place au Cantou. Travailler avec des unités Cantous est une philosophie de travail. Les résidents s'habituent les uns aux autres.

### **...Et quand même moins d'antiagrégants et statines dans les MR ?**

On se rend compte que ce n'est plus utile. Que les études que l'on appelle EBM (*Evidence-Based Medicine*) disent qu'à partir d'un certain âge, il n'y pas de raison de prescrire des statines. Et les antiagrégants, on ne les prescrit que dans des cas bien spécifiques. Par contre, s'il y a eu un accident (un infarctus ou un accident vasculaire cérébral), la question se pose.

A priori, un médecin est quelqu'un qui est supposé se poser des questions. Donc, il a prescrit pendant X années à son patient qui entre dans une MR et puis il y a une infirmière chef qui dit « *Vous savez, chez nous, on essaie de prescrire un minimum, votre patient a 8 molécules,*

---

<sup>8</sup> Consommation de médicaments en maison de repos : des résultats nuancés (juin 2013). Disponible sur : <http://www.solidaris.be/BW/Pages/Consommation-de-medicaments-en-maison-de-repos-des-resultats-nuances-juin-2013.aspx>

*qu'est-ce que vous pensez ? Pourrait-on arrêter quelque chose ? »*. Il y a aussi un regard et c'est le fait de travailler en équipe. L'équipe, que ce soit un infirmier ou un médecin, normalement fait que le médecin se pose des questions.

### **Pourtant, l'étude montre que les patients restent en moyenne avec ses 8 molécules...**

Parce que cette même infirmière va dire au médecin quinze jours plus tard : « *Docteur, votre patient crie beaucoup. Pourriez-vous faire quelque chose ?* ». Donc, ce même médecin qui a enlevé la statine va mettre un antipsychotique.

### **Dans les MR, la prescription aux seniors dépend donc surtout des attitudes adoptées par le médecin traitant et par le personnel soignant. Qu'en est-il des seniors qui ne sont pas en MR ? Quelles attitudes adoptent-ils au moment où le médecin prescrit leurs médicaments ?**

En consultation, rares sont les personnes âgées qui posent des questions. Elles parlent de leurs symptômes. Elles attendent que vous donniez une réponse et la réponse est « le médicament ». Et il faut toujours de l'énergie et un peu d'idéalisme pour dire « *Non, ça, on ne va pas vous prescrire parce ça vous rendra encore plus malade.* »

C'est vrai que dans le public, on commence à parler de la polymédication et des problèmes que ça pose et donc de la (dé)prescription. Mais a priori le patient, surtout d'un certain âge, ne va pas aller voir sur internet et n'arrive pas avec des idées concernant son traitement. C'est plutôt : « *Le médecin a dit que...donc c'est comme ça...* ». Pour eux, le médecin est encore sur un piédestal. Les plus jeunes, c'est différent. Ils sont déjà allés voir sur internet, ils discutent plus.

Le médecin essaie de faire le mieux possible mais il y a aussi les demandes du personnel soignant et du patient. Je pense à une patiente que j'ai en MR et qui a beaucoup de médicaments. Je lui propose de diminuer mais elle s'accroche. Et pourtant, vous sentez bien que je suis motivée !

## **Conclusion**

On parle souvent de la surmédicalisation des patients âgés. Toutefois, la question relative aux limites éventuelles sur le terrain au moment d'arrêter certains médicaments est plus rarement posée. C'est pourquoi nous sommes allés interroger un médecin coordinateur en MR. A travers son témoignage, nous avons pu décrypter des facteurs qui empêchent la (dé)prescription comme le renouvellement d'ordonnances sans réévaluation du traitement et les prescriptions exagérées ou inappropriées de certains médecins, parfois suite à la demande du personnel soignant.

Comparé à la France, le champ d'action du médecin coordinateur en Belgique est plus limité. En ce qui concerne la (dé)prescription, il ne peut rien imposer au médecin traitant. La question de l'autorité de l'un sur l'autre ne se poserait même pas si toute l'équipe de professionnels prenait davantage conscience que prescrire un médicament n'est pas anodin et que plus le

nombre de médicaments est élevé, plus il est compliqué d'éviter les interactions. Il va de soi que le changement des mentalités de ceux qui accompagnent les résidents au quotidien est un moteur majeur dans la mise en place d'une utilisation rationnelle de médicaments.

De leur côté, les seniors placent encore leur médecin sur un piédestal. En tout cas, plus que les jeunes. L'*empowerment* est une approche qui vise à permettre aux personnes de (re)prendre leur capacité de décision et leur pouvoir d'action. Dans une relation qui devient facilement asymétrique et en termes de prescription médicale, il est souhaitable que le médecin adopte des pratiques qui favorisent l'*empowerment* de ses patients seniors, y compris ceux qui résident dans une MR.

La diffusion d'outils comme la liste STOPP et START ainsi que les stratégies d'éducation destinées à sensibiliser les médecins aux prescriptions inappropriées permettent de lutter contre la surmédicalisation et contribuent ainsi à l'utilisation rationnelle de médicaments chez la personne âgée. Il importe également de continuer à sensibiliser et former les professionnels qui accompagnent les seniors au quotidien comme le personnel soignant et les directeurs de MR.

Le fait de vouloir tout médicaliser est un des facteurs à l'origine de la polymédication. Il est évident que dans une MR, tout résident manifestant des troubles de comportement viendra perturber la paix, le calme et le repos des autres...comme dans tout autre lieu de vie collectif. Le témoignage du Dr Mathonet illustre bien comment la présence d'un résident qui n'arrête pas de crier constitue une source de stress considérable pour les autres patients ainsi que pour le personnel soignant et comment ce dernier cherche parfois à le faire taire avec des médicaments. Toutefois, le Dr Mathonet nous rappelle également que ce résident crie parce qu'il est en détresse et propose des interventions thérapeutiques autres que les médicaments. En effet, il est parfois possible d'adopter des approches non pharmacologiques, notamment en cas de troubles de comportement chez certains résidents.

Enfin, une prise de conscience non seulement des professionnels mais aussi des personnes âgées est nécessaire afin d'aborder cette problématique car comme nous l'avons vu, le renouvellement d'un « abonnement » médicamenteux est parfois dû à la demande de la personne âgée, y compris celle en résidence.

« *Pas de médicaments, du vin, des câlins et de la morphine* » est peut-être une position trop radicale et même idéaliste mais il n'empêche que nous avons encore tous du chemin à faire pour augmenter la qualité dans la prescription chez la personne âgée et pour atteindre une utilisation rationnelle des médicaments au sein de nos MR.

*Mara Barreto – Chargée de projets*

### **Qui sommes-nous ?**

*Espace Seniors est une association d'éducation permanente faisant partie du réseau Solidaris, active sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.*

*Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors, promouvoir leur participation active et leur intégration sociale, favoriser leur bien-être, leur santé et leur épanouissement sont quelques-uns de nos objectifs.*

*Pour cela, nous organisons des actions de proximité (groupe de soutien, formations...) et des actions d'information, de sensibilisation et de prévention (campagnes, conférences, brochures...).*

**Retrouvez toutes nos analyses sur [www.espace-seniors.be](http://www.espace-seniors.be) !**