

**POINT DE VUE DES FAMILLES SUR L'USAGE DES
MÉDICAMENTS EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE
DURÉE**

**UN RAPPORT PRÉPARÉ PAR
ACTION POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DES FEMMES**

**POUR LE RÉSEAU PANCANADIEN SUR LA SANTÉ DES FEMMES
ET LE MILIEU**

MAI 2011



National Network on
Environments and Women's Health

Réseau pancanadien sur la santé
des femmes et le milieu



Remerciements

Les principales auteures de ce rapport, Anne Rochon Ford et Abby Lippman, tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur importante contribution au projet et au rapport final : Martine Elbejjani, Jessica Gallinger, Britt McKinnon et Magali Rootham. Signy Gerrard, du Réseau canadien pour la santé des femmes, a fourni un soutien et des conseils pour la réalisation du sondage en ligne. Jane Meadus, Charmaine Spencer, Pat Armstrong et Joel Lexchin ont également fourni de précieux commentaires à l'étape de la conception du matériel d'enquête.

L'étude exploratoire entreprise dans le cadre du projet a bénéficié en partie d'une bourse de stage d'été en épidémiologie accordée à Jessica Gallinger par le département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de l'Université McGill.

Le projet a été réalisé grâce à une subvention de Santé Canada.

Les opinions exprimées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Réseau pancanadien pour la santé des femmes et le milieu
5021 TEL, Université York
4700, rue Keele
North York (Ontario) M3J 1P3

416-736-5941
www.nnewh.org
www.whp-apsf.ca

1. Introduction

Action pour la protection de la santé des femmes, un groupe de travail canadien établi à l'Université York, s'intéresse depuis longtemps à la question des médicaments d'ordonnance et de leurs répercussions sur les femmes. Nous avons voulu prendre appui sur nos recherches, ainsi que sur d'autres travaux sur le sujet pour étudier un autre aspect de la question, à savoir l'expérience de l'entourage familial¹ des personnes vivant dans un établissement de soins de longue durée² relativement à l'usage des médicaments d'ordonnance. C'est un fait largement admis : les personnes âgées qui résident dans ce type d'établissement prennent souvent un grand nombre de médicaments dont la sécurité et l'efficacité n'ont pas encore été pleinement démontrées pour cette population, que ce soit individuellement ou en association. Les membres de la famille sont souvent les personnes qui connaissent le mieux les médicaments donnés à leur proche; elles ont beaucoup à contribuer à une réflexion sur le sujet. Leur point de vue est particulièrement important, puisque l'usage insuffisant, excessif ou abusif des médicaments chez les personnes âgées, des femmes en majorité, soulève de plus en plus de préoccupations.

Les objectifs de notre projet étaient les suivants : 1) évaluer les connaissances actuelles sur les perceptions des familles concernant l'usage des médicaments dans les établissements de soins de longue durée, en procédant à une étude exploratoire pour recenser les travaux pertinents; et 2) recueillir directement au moyen d'un questionnaire en ligne les commentaires de personnes dont un proche réside dans ce type d'établissement au Canada. Nous nous attendions à ce que ces deux sources d'information nous fournissent une assise à partir de laquelle il serait possible de formuler des recommandations pertinentes en cette matière. Étant donné que l'usage des psychotropes notamment soulève des préoccupations rapportées dans la littérature, nous avons également porté notre attention sur ce groupe de médicaments.

Notre but général visait à favoriser l'engagement du public autour d'une question qui constitue un enjeu de santé primordial et de faire ressortir ses implications sur le plan de la spécificité des sexes.

¹ Notre définition de la famille s'étend aux proches qui n'ont pas de lien de sang ou de mariage avec la personne admise aux soins de longue durée.

² Dans le présent rapport, nous utilisons le terme « établissement de soins de longue durée » pour décrire un ensemble d'établissements dont l'appellation diffère selon les provinces : maison de soins infirmiers, foyer de soins personnels (Manitoba), établissement de soins complexes, centre d'hébergement et de soins de longue durée, hôpital de soins prolongés et maison d'accueil pour personnes âgées.

Le Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, de l'Université York à Toronto, et le Réseau canadien pour la santé des femmes à Winnipeg sont les instigateurs du projet.

2. Justification

Les médicaments sont le moyen le plus couramment employé pour traiter nombre d'affections qui touchent les personnes âgées et les personnes handicapées. Non seulement permettent-ils parfois de traiter des maladies considérées comme non guérissables il y a quelques années à peine, mais ils peuvent aussi modifier l'évolution de la maladie et ses premiers stades; prévenir des maladies qui mettent la vie en danger; soulager la douleur et la souffrance; et accorder un répit aux personnes atteintes de maladie terminale pendant les derniers jours de leur vie. Cependant, il arrive qu'on prescrive un médicament même quand il existe une solution moins invasive pour régler le problème. De plus, les médicaments peuvent créer des effets indésirables qui contribuent à aggraver la maladie plutôt qu'à l'atténuer ou encore, à provoquer son apparition. La question est particulièrement préoccupante dans le cas des personnes âgées, car celles-ci prennent souvent plus d'un médicament. Également, le fonctionnement des organes tend à s'altérer avec l'âge, ce qui limite la capacité d'absorption optimale de ces produits (2).

Dans un rapport publié en 2009 par Statistique Canada (16), et présenté comme « la première étude basée sur la population à l'échelle du pays [ayant servi] à produire des repères concernant la consommation de médicaments et la prise de plusieurs médicaments chez toutes les personnes âgées au Canada », on apprend que :

Il existe au Canada un besoin de données sur le nombre de personnes âgées qui prennent des médicaments et chez qui il existe un risque élevé d'effets secondaires découlant de la prise de plusieurs médicaments.

Le rapport révèle qu'en 2005, « les pharmaciens ont dispensé en moyenne 35 ordonnances par personne de 60 à 79 ans, et 74 ordonnances par personne de 80 ans et plus, comparativement à une moyenne globale de 14 ordonnances par Canadien ». De nombreux rapports scientifiques confirment que le fait de prendre plusieurs médicaments augmente le risque de réaction indésirable et que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. Le rapport de Statistique Canada révèle aussi que 97 % des personnes âgées en établissement de soins de longue durée avaient pris un médicament dans les deux jours précédant l'enquête, contre 76 % chez celles

vivant en ménage, un fait plutôt préoccupant lorsqu'on sait que la population dans ce type d'établissement augmente.

L'administration de plus en plus fréquente d'antipsychotiques aux personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée est un fait bien documenté (10, 14, 17). Cette tendance se confirme malgré les taux plus élevés de mortalité (15) et de morbidité (chutes, infections respiratoire et urinaire, altération du métabolisme, accident vasculaire cérébral et perte accélérée des fonctions cognitives) relevés chez les utilisateurs si l'on compare au groupe placebo (3). La loi n'interdit pas aux médecins de prescrire un médicament pour un usage non indiqué sur l'étiquette; ce qui est préoccupant, toutefois, c'est l'étendue apparente de cette pratique, du moins selon ce que révèle une étude publiée aux États-Unis en 2011. On y apprend en effet que 83 % des réclamations à Medicare concernent la prescription à une personne âgée vivant en établissement d'un antipsychotique pour un usage non indiqué sur l'étiquette. De plus, 51 % des demandes de réclamation ne satisfont pas aux critères de remboursement de l'agence (18). Un constat qui amène Carmel Hughes, chercheuse irlandaise en pharmacologie, à se poser la question suivante : « Pourquoi la prescription "non conforme" de médicaments est-elle acceptée et considérée comme la norme dans certains établissements? » (9)

Il existe peu de politiques encadrant la prise de médicaments chez les personnes âgées vivant en établissement, et encore moins qui relèvent d'une analyse des influences du genre et du sexe³. Pourtant, près des deux tiers des résidents, et les trois quarts de ceux qui sont âgés de 85 ans et plus, sont des femmes. De plus, la plupart des personnes qui prodiguent des soins « informels » aux gens âgés sont elles-mêmes de sexe féminin.

Les proches des personnes vivant dans un établissement de soins de longue durée, qui participent à l'occasion aux décisions en matière de traitement, constituent une source d'information pouvant éclairer la recherche sur la consommation des médicaments ainsi que les politiques en la matière. Leurs expériences concrètes peuvent nous aider notamment à analyser les circonstances qui déterminent la prise de décision (comment, quand, qui). Par ailleurs, s'il s'avère que l'entourage familial joue bel et bien un rôle, on devrait en tenir compte

³ Pour de l'information sur l'analyse des influences du genre et du sexe dans le domaine des politiques en matière de santé, voir B. Clow, A. Pederson, M. Haworth-Brockman et J. Bernier, dir. *Se montrer à la hauteur du défi : l'analyse des influences du genre et du sexe en planification, en élaboration de politiques ayant recherche dans le domaine de la santé au Canada*, Halifax, Centre d'excellence pour la santé des femmes de l'Atlantique, 2009.

au moment de définir des politiques et des pratiques visant à répondre le mieux possible aux besoins des principaux intéressés.

3. Méthodologie

Le projet et le rapport qui l'accompagne comportent deux volets : une étude exploratoire et un questionnaire en ligne. Les deux activités se sont déroulées concurremment pour la majeure partie. Cette approche nous a permis de recenser le contenu des travaux de recherche sur le point de vue de l'entourage familial à l'égard des médicaments tout en cherchant à établir dans quelle mesure les réponses à notre questionnaire cadraient avec leurs conclusions ou apportaient des éléments nouveaux.

3.1 Étude exploratoire de la documentation scientifique⁴

Nous avons voulu dresser un état des connaissances actuelles sur l'expérience et l'attitude des membres de la famille concernant l'administration des médicaments aux personnes âgées vivant en établissement de soins de longue durée. Pour ce faire, nous avons mené un examen exhaustif de la documentation scientifique pour dégager ce qu'on sait déjà sur le sujet et les pistes qui restent à explorer. Nous nous sommes intéressées en particulier aux psychotropes, parce qu'ils font plus souvent l'objet que les autres médicaments d'un usage discrétionnaire (ou non indiqué sur l'étiquette); c'est le cas, par exemple, des somnifères. Également, nous voulions savoir si les recherches sur le sujet tiennent compte du genre comme déterminant possible ou comme facteur modérateur.

i) Étude exploratoire

L'étude exploratoire se distingue des autres formes d'analyse documentaire (notamment des examens systématiques et des méta-analyses) par son approche. Elle sert principalement à trois fins : définir la portée d'un thème de recherche; dresser un large inventaire des données présentées dans les travaux sur le sujet, qu'ils aient fait l'objet d'une publication ou appartiennent à ce qu'on appelle la « littérature grise »; faire ressortir les lacunes en matière de connaissance (11). Contrairement à un examen systématique, une étude exploratoire ne pose aucun jugement sur la qualité des données publiées. La méthode cadrerait bien avec nos objectifs, soit répertorier les sujets analysés jusqu'à maintenant, cerner les pistes à explorer et constituer une assise susceptible de nourrir la réflexion.

⁴ Nous remercions vivement Martine Elbejjani, Britt McKinnon et Jessica Gallinger pour leur contribution à ce volet de notre rapport.

ii) Choix des bases bibliographiques

Nous avons procédé en effectuant des recherches systématiques dans un certain nombre de bases de données. Notre stratégie de recherche a été élaborée, revue et ajustée avec l'aide de bibliothécaires de l'Université McGill, qui ont de plus contribué à la sélection des bases de données à interroger. De plus, nous avons consulté le répertoire des bases bibliographiques sur la santé publique mises sur pied par l'Ontario Public Health Libraries Association (OPHLA). Notre liste finale, fruit d'un consensus, comprenait les bases de données suivantes :

1. PsycINFO
2. CINAHL
3. Index de recherche du Canada
4. Social Services Abstracts
5. Medline⁵

iii) Interrogation des bases bibliographiques

Les principales bases bibliographiques (PsycINFO, CINAHL, Medline) listent les quatre grandes notions que nous avons retenues pour notre analyse : famille; médicaments; soins de longue durée; personnes âgées. Nous les avons combinées à l'aide de l'opérateur booléen (*and*) afin de repérer des documents contenant l'un de ces termes ou une balise s'y rapportant. À chaque notion correspond une longue liste de synonymes; par exemple, on peut associer « soins de longue durée » à « maison de soins infirmiers » et « soins en établissement », entre autres. Toutefois, les syntagmes de recherche varient légèrement selon la base de données; nous avons parfois dû adapter nos interrogations à la structure particulière de chacune. Lorsque les balises d'une base étaient supérieures aux synonymes que nous avons nous-mêmes définis, nous avons accepté le système de classification de celle-ci. Dans la base CINAHL, par exemple, nous avons remplacé les synonymes de « long-term care » par (MH "Nursing Homes+"), (MH "Ambulatory Care Facilities"), (MH "Skilled Nursing Facilities") ou (MH "Long Term Care"). Les bases de petite taille comportent certaines limites quant au nombre de caractères et d'autres qui restreignent la capacité d'affiner une recherche; nous

⁵ Notre première liste contenait SCOPUS, Social Sciences Index (accessible dans Web of Science) ainsi que PubMed et AgeLine, mais nous avons fini par les écarter, soit parce qu'elles n'étaient pas facilement accessibles, soit parce que nous ne les avons pas jugées suffisamment pertinentes pour notre travail. De plus, nous avons remplacé PubMed par Medline (accessible dans Ovid) parce que les propriétés intrinsèques de cette dernière répondaient beaucoup mieux à nos besoins.

avons donc décidé qu'il n'était pas utile dans leur cas de combiner les quatre mots-clés en même temps. Néanmoins, leur petite taille fait en sorte que le nombre de résultats issus d'une recherche plus générale est gérable.

Pour conclure notre recherche documentaire, nous avons scruté les articles pertinents afin d'y repérer des références qui n'auraient pas été répertoriées ailleurs. Nous avons porté une attention particulière aux articles évalués par les pairs ainsi qu'à la littérature grise.

iv) Examen et choix des études

Nous avons exporté les résultats de recherche vers le logiciel de gestion bibliographique EndNote et appliqué un processus normalisé pour les filtrer. Nous avons supprimé les doubles et limité les résultats aux documents publiés après 1995. Au premier stade du tri, nous avons passé en revue les titres et les résumés afin d'écartier les publications n'ayant pas de lien direct avec notre thème de recherche. Ce fut le cas, notamment, des études sur la prise de décision en fin de vie et sur le traitement de certaines maladies précises (diabète, symptômes respiratoires, etc.) Au deuxième stade, au moins deux analystes différents ont étudié en détail le contenu des articles restants en vue de choisir ceux qui serviraient à notre étude exploratoire. Nous avons exclu ceux qui ne donnaient aucune information sur les perceptions des membres de la famille à l'égard de l'usage de psychotropes à un proche âgé dans les établissements de soins de longue durée, ainsi que ceux dont le texte intégral n'était pas disponible en français ou en anglais. Enfin, au moins deux analystes différents ont passé en revue les articles retenus et résumé les conclusions de chacun, que nous avons rassemblées ensuite sous la forme d'une synthèse.

v) Résumé des observations

Malgré nos recherches poussées dans les bases bibliographiques, nous avons repéré très peu de travaux scientifiques portant précisément sur la participation et l'expérience des proches relativement à la prise de décision sur l'administration des psychotropes aux personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. Cinq articles seulement avaient une quelconque pertinence en rapport avec notre thème de recherche; aucun ne traitait de la question du genre. On en trouvera les résumés à l'annexe 1.

Voici un aperçu des points principaux ayant une certaine pertinence sur le plan de l'élaboration des politiques.

- De manière générale, les membres de la famille ne connaissent pas bien les raisons invoquées pour administrer un psychotrope, ni le mode d'administration ou la durée de traitement jugée nécessaire. Par exemple, ils croient que sans le recours à un somnifère ou à un calmant, leur proche âgé serait incapable de dormir ou de se détendre. De plus, ils entretiennent souvent des idées erronées sur les psychotropes et les conséquences de l'interruption d'un traitement (13).
- Deux études montrent que les membres de la famille participent à environ la moitié des décisions sur le traitement des personnes âgées en établissement de soins de longue durée (5, 8). Dans les deux cas, cette conclusion concerne les soins en général plutôt que le seul usage des médicaments, même s'il en fait partie. Par ailleurs, dans l'une des deux études, la participation des proches se limitait à la description donnée par le médecin traitant, ce qui ne donne aucune information sur la manière dont ils perçoivent eux-mêmes les choses (5).
- Souvent, on observe un décalage entre les perceptions des membres de la famille à l'égard de la douleur et de la détresse ressenties par leur proche âgé et les médicaments qui lui sont prescrits. L'usage insuffisant ou excessif de ces derniers constitue un objet d'inquiétude (7).
- Les membres de la famille tendent à se fier à l'information fournie par le personnel médical; ils font confiance aux décisions que prend celui-ci sur l'usage des médicaments (12, 13). Une étude montre que le regard des membres de la famille sur cette question dépend largement de la façon dont le personnel infirmier présente le traitement, les raisons qui le nécessitent et les symptômes manifestés par le patient (13).
- Les proches se fient également au personnel médical pour se renseigner et prendre des décisions sur l'usage des psychotropes comme moyen de contention (12). Par conséquent, si le personnel ne connaît pas de traitement alternatif plus sûr ou efficace (c'est-à-dire non pharmacologique), ou qu'il n'est pas formé pour le dispenser, les proches ne seront pas au courant non plus que d'autres possibilités existent. Par ailleurs, les proches ne sont pas au fait des problèmes et des limites invoqués par le personnel infirmier comme obstacles à la réduction des mesures de contention (p. ex. le manque de temps; le manque de ressources; la discontinuité du personnel de base; l'absence de suivi adéquat; le manque de ressources dédiées à la formation sur les traitements alternatifs)
- Les médecins traitants rapportent que la participation de la famille et la prise en compte des désirs qu'elle exprime en

matière de traitement augmentent en fonction du degré de déficience cognitive de la patiente ou du patient (5).

vi) Discussion

Nous n'avons relevé aucune étude dédiée exclusivement à la description ou à l'analyse des perceptions des membres de la famille sur l'administration des psychotropes à un proche âgé en établissement de soins de longue durée. Par ailleurs, le rôle du genre ne fait l'objet d'aucune analyse particulière, qu'il s'agisse de prise de décision sur le traitement ou du point de vue des proches. Aucune des cinq études retenues n'avait comme objectif premier d'analyser le point de vue de l'entourage familial sur les psychotropes. Plutôt, cette question est abordée indirectement, dans le cadre d'études de plus large portée, par exemple, sur l'usage des psychotropes contre la douleur ou comme mesure de contention.

Des thèmes récurrents ressortent néanmoins des cinq études retenues. En général, les membres de la famille s'estiment mal informés sur les différents aspects associés à l'administration des psychotropes. De plus, ils se font une idée erronée des ressources dont dispose le personnel ainsi que des contraintes susceptibles d'influer sur l'usage des psychotropes. Enfin, ils se fient pour l'essentiel au personnel médical pour obtenir de l'information sur le traitement et la prise de décision.

D'autres recherches devront être entreprises pour analyser en profondeur les perceptions des membres de la famille sur l'administration des psychotropes à un proche âgé. Elles devront être conçues de façon à cerner l'éventail complet des perceptions, les raisons qui les expliquent ainsi que leurs effets sur la santé et la vie quotidienne de l'entourage familial et du proche âgé. Enfin, elles devront adéquatement tenir compte de la question du genre.

3.2 Questionnaire en ligne

Après avoir consulté un certain nombre de spécialistes du domaine, nous avons mis au point, tout en menant notre étude exploratoire, un sondage de 38 questions auxquelles il serait facile de répondre anonymement en ligne grâce au logiciel SurveyMonkey. Accessible dans les deux langues, la version intégrale du questionnaire (qu'on peut consulter à l'annexe 2) admettait des réponses de nature quantitative et qualitative. Le projet de recherche a été revu et approuvé par le Human Participants Review Sub-Committee du Ethics Review Board de l'Université York. Il respecte les lignes directrices

établies par les trois Conseils en matière d'éthique de la recherche. Le Réseau canadien pour la santé des femmes s'est occupé de l'administration du questionnaire en ligne.

Notre enquête visait à mieux comprendre le rôle joué par l'entourage familial (enfants adultes, conjointe ou conjoint, partenaires ou autre) des personnes vivant en établissement de soins de longue durée relativement aux décisions sur l'administration des médicaments, notamment des médicaments d'ordonnance.

Plus précisément, nous voulions connaître :

- l'expérience des membres de la famille concernant leur participation aux décisions touchant les médicaments;
- leurs attentes en cette matière, notamment en ce qui concerne les médicaments psychopharmaceutiques (c'est-à-dire des produits utilisés pour modifier ou améliorer l'humeur d'une personne ou encore, pour traiter, réduire ou faire disparaître des problèmes de comportement. Les médicaments contre l'anxiété comptent parmi ceux-ci (tels que Xanax, Ativan, Valium), ainsi que les somnifères (tels qu'Ambien, Lunesta), les antipsychotiques (tels que Risperdal, Haldol, Seroquel) et les antidépresseurs (tels que Zoloft, Prozac, Paxil, Celexa).

i) Mise au point du questionnaire

L'élaboration du questionnaire fut guidée par un comité consultatif formé d'experts en recherche clinique sur la prise de médicaments chez les personnes âgées et en prestation de services en établissement de soins de longue durée, auxquels s'ajoutent des intervenants issus de centres de ressources pour aînés. La plupart des questions n'exigeaient que des réponses brèves faciles à compiler, mais nous avons prévu un espace permettant des réponses longues le cas échéant. Ce sont d'ailleurs les données de nature « qualitative » recueillies de cette façon qui se sont avérées les plus utiles et informatives.

La version définitive du questionnaire a été mise en ligne dans le site SurveyMonkey. Nous avons employé différents moyens pour trouver des répondantes et répondants, principalement en faisant circuler de l'information par l'entremise de sites Web et de Listserv (p. ex. Par-L, RCSF, RQASF, Biojest). Nous avons également préparé une version PDF destinée aux personnes ayant un accès limité à Internet. Le questionnaire est resté en ligne pendant quatre semaines et des rappels ont été diffusés par Listserv pour promouvoir la participation.

Une fois l'enquête terminée, nous avons préparé à l'aide de différents logiciels (SurveyMonkey, Word, Excel) un résumé des réponses sous forme de tableaux et de graphiques, tout en respectant une méthode de codage destinée à préserver l'anonymat des répondantes et répondants. Conformément à notre proposition de recherche, les données ont été analysées et rapportées sous forme agrégée et par catégorie thématique (réponses aux questions ouvertes et commentaires spontanés).

ii) Résultats du questionnaire

Cinquante-huit personnes ont répondu au questionnaire entièrement ou presque en entier. Cinquante et une ont répondu à la version anglaise en ligne et quatre à la version française; les trois autres ont utilisé la version PDF en anglais. La grande majorité (72 %) sont des femmes âgées de 50 à 70 ans; la plupart des réponses concernent un membre de la famille de sexe féminin (mère [54 %], belle-mère [11 %] ou grand-mère [9 %]). Les proches vivant en établissement de soins de longue durée ont 80 ans ou plus pour la plupart (85 %); l'état de santé d'un peu plus de la moitié (54 %) est jugé de bonne à excellente et celle de l'autre moitié (46 %), de moyenne à très mauvaise.

La majorité des personnes sondées et leurs proches sont domiciliés en Ontario (40 %), les autres en Colombie-Britannique (19 %) et en Alberta (21 %); tous résident dans un grand centre urbain. Près de la moitié des proches âgés sont hébergés en établissement de soins de longue durée depuis moins d'un an et un autre tiers, depuis un à trois ans. Environ 70 % souffriraient d'un problème cognitif, diagnostiqué dans la majorité des cas par un professionnel de la santé.

Près des trois quarts des personnes sondées ont affirmé prendre des décisions relatives aux médicaments au nom de leur proche en raison de son incapacité à le faire. De plus, elles prennent régulièrement connaissance du plan de traitement, mais la périodicité varie selon les cas.

Parmi ces personnes, un nombre appréciable (soit environ une sur deux) ont indiqué avoir soupçonné à un moment ou à un autre l'existence d'un problème relatif à l'usage d'un médicament par leur proche. La plupart savaient à qui s'adresser pour le signaler. Celles qui l'ont fait ont obtenu une réponse satisfaisante le plus souvent, mais pas toujours aussi vite qu'elles l'auraient souhaité. Les préoccupations soulevées concernent une vaste gamme de médicaments (d'ordonnance et en vente libre); elles ne se rapportent pas, pour la

plupart, à la crainte d'un risque sérieux posé par le produit. Un constat qui va dans le sens des réponses données par un peu plus de la moitié des répondants au questionnaire en ligne, qui se disent en général satisfaits de leur rôle dans la prise de décision relative à la prise de médicaments (54 %).

Néanmoins, une majorité de personnes (57 %) investies d'un pouvoir de décision au nom de leur proche rapportent ne pas avoir été consultées au moment de décider de modifier le plan de traitement. En ce qui concerne les résidents aptes à prendre leurs propres décisions, seulement 12 % des répondants ont indiqué que leur proche avait été consulté avant un changement de médicament ou l'introduction d'un nouveau; 62 % ont rapporté que leur proche n'avait pas été consulté et 26 % qu'ils ne savaient pas exactement. Il faut interpréter ces données avec prudence, car nous n'avons pas été en mesure de vérifier ces affirmations auprès des proches âgés.

Un résumé exhaustif des données quantitatives est présenté sous forme de graphique à l'annexe 3.

iii) Analyse des données qualitatives

Afin d'analyser les nombreux commentaires formulés par les personnes sondées (parfois en réponse à une invitation à fournir des détails après une question à choix multiple, parfois spontanément), nous avons d'abord pris connaissance de leur contenu pour ensuite les regrouper par thème ou sujet de préoccupation. Nous avons ensuite cherché à établir dans quelle mesure ces thèmes faisaient écho à ceux qui se dégagent de notre étude exploratoire pour ensuite établir des rapprochements. Nous avons également pris note des thèmes absents de la littérature. Nous présentons ci-dessous en guise d'illustration quelques exemples des commentaires transmis par les participantes et participants.

Le degré de participation aux soins et aux décisions varie

Le degré de participation aux décisions sur l'administration des médicaments varie amplement selon les personnes sondées. Certaines semblent vouloir assumer un rôle plus important, alors que d'autres s'estiment satisfaites des décisions prises par le personnel médical.

« À ma demande, l'établissement m'a remis une liste des médicaments que ma mère prend. Toutefois, je préférerais que son

médecin traitant me consulte à ce sujet, ainsi que sur d'autres questions concernant les soins qu'elle reçoit. »

« C'était écrit dans son dossier, mais le médecin de garde n'en tenait pas compte et lui prescrivait des somnifères et des laxatifs. Les infirmières suivaient ses ordres sans me consulter. »

« Je me suis adressée à la direction pour me plaindre. La responsable a ajouté une note au dossier précisant qu'il fallait m'informer de tout changement de médicament. Ça n'a rien donné. »

« Si ma mère vivait à proximité, je pourrais l'emmener voir son médecin de famille; j'aurais alors mon mot à dire sur les médicaments qu'elle prend. »

Préoccupations concernant l'usage insuffisant ou excessif des médicaments

Les personnes sondées ont exprimé certaines inquiétudes concernant à la fois l'usage insuffisant et l'usage excessif des médicaments, le plus souvent sur le recours aux psychotropes.

« On lui donne des antipsychotiques pour dormir, des antidépresseurs, des inhibiteurs de la pompe à protons et d'autres médicaments pour aucune raison valable à mon sens. À un moment donné, on avait cessé de lui donner plusieurs de ces médicaments; elle était lucide de nouveau et presque comme avant. On lui a réadministré la plupart dès qu'elle a été prise en charge par le médecin de l'établissement. »

« Elle prend plus de 17 comprimés par jour et ça ressemble à de la surconsommation. »

« Nous avons constaté un lien entre la détérioration de l'état cognitif de ma mère et l'augmentation des doses qu'on lui administre. [...] Maman a gardé son tempérament doux et attachant, mais cela fait plus de deux ans qu'elle ne nous reconnaît plus. Nous croyons que c'est le résultat d'un surdosage de médicaments puissants. »

Les préoccupations exprimées à propos d'une administration insuffisante de médicaments concernent la gestion de la douleur pour l'essentiel. Dans la plupart des cas, on constate un décalage entre les perceptions de l'entourage familial à l'égard de la douleur et de la

détresse ressenties par leur proche et les médicaments qui lui sont prescrits.

« Maman souffrait, sans demander qu'on lui donne le médicament qui lui avait été prescrit au besoin. J'ai demandé qu'on lui administre régulièrement pour qu'elle reçoive une dose suffisante. »

« À d'autres occasions, lorsque je lui ai rendu visite et qu'elle se plaignait de maux de tête (un problème chronique chez elle), j'ai demandé si on pouvait lui donner du Tylenol; comme elle en prend régulièrement [...] chaque jour, ils ne lui donnaient rien contre la douleur. »

« Ma mère est décédée récemment; elle était allergique à la morphine, si bien que les dix derniers jours furent éprouvants. Nous les avons passés à essayer de trouver quelque chose pour atténuer ses souffrances, c'était terrible; je n'aurais pas fait subir à un animal l'agonie qu'elle a endurée.

Quelques commentaires portent sur l'usage des somnifères.

« Le médecin de famille lui a prescrit un somnifère sans lui parler des effets secondaires. »

« On lui a donné un somnifère trop puissant. Il était complètement amorphe le jour suivant et je ne savais pas pourquoi, jusqu'à ce que l'infirmière vérifie son dossier. »

Les commentaires révèlent que les membres de la famille ne connaissent pas toujours les raisons qui motivent l'administration d'un psychotrope; ils se font parfois une idée erronée sur ces médicaments et la cessation du traitement. Leurs réflexions reflètent néanmoins les préoccupations soulevées dans la littérature concernant la polypharmacie.

Les perceptions de la famille sont orientées par le personnel administratif et médical

L'entourage familial tend à se fier au personnel médical pour obtenir de l'information et prendre des décisions en matière de recours aux psychotropes comme moyen de contention.

« L'infirmière téléphone à ma sœur, qui est fondée de pouvoir; celle-ci est toujours d'accord avec ce que le personnel recommande. »

« Si je lui posais la question, la propriétaire m'expliquait pourquoi on lui avait donné un médicament ou cessé de lui donner. La décision semblait justifiée, alors je l'acceptais. »

« L'infirmière m'a informé que le médecin avait cessé le traitement, mais que maman était agitée, apeurée, etc., si bien que nous avons contacté son médecin. Dans l'intervalle, l'infirmière a demandé au médecin de garde l'autorisation de lui prescrire le médicament de nouveau. Tout est rentré dans l'ordre maintenant. »

Préoccupations sur la qualité de vie des résidentes et résidents

Parmi les personnes sondées, nombreuses sont celles qui ont offert des commentaires sur la qualité de vie dans l'établissement où résidait leur proche. La qualité de la nourriture, l'accès à des activités qui améliorent le quotidien et la fréquence des bains sont des sujets récurrents. Certains déplorent également qu'on se soucie peu des besoins psychosociaux, spirituels et affectifs des résidents.

« Les membres du personnel sont bienveillants, mais ils sont si peu nombreux à cause des compressions ces dernières années, que les résidents qui ne reçoivent pas beaucoup de visiteurs parce que leur famille vit loin n'ont pratiquement aucun contact humain une grande partie de la journée. Leurs carences affectives ont tendance à accentuer les problèmes de comportement et, ce faisant, le recours aux médicaments. »

« On semble de plus en plus considérer les résidents uniquement comme des patients dont il faut combler les besoins physiques. Or plus ils approchent de la fin de leur vie et deviennent dépendants, et plus ils ont besoin de sentir qu'on s'occupe d'eux sur le plan affectif. »

« Maman me semble très bien « soignée » sur le plan médical, mais la nourriture est pitoyable. »

« Je suis consternée de constater la quantité d'aliments à indice glycémique élevé ou plutôt, devrais-je dire, de non-aliments. Les desserts ressemblent à de la colle : des poudings farineux, à base de farine blanche. Les pommes de terre pilées sont faites avec de la poudre en boîte. La nourriture consiste pour

l'essentiel en aliments réchauffés sortis d'une boîte : on leur sert du jambon rempli de nitrates et de nitrites au moins une fois par semaine. Le jus est un produit commercial, non dilué et hyper sucré. Les collations sont toujours à base de féculent, beaucoup trop riches. »

« ... La qualité de vie serait meilleure si les repas étaient de meilleure qualité. »

Par ailleurs, on admet généralement que la plupart des établissements manquent grandement de personnel et que cette situation pourrait avoir une incidence sur le recours éventuel aux médicaments, plutôt qu'à des méthodes non pharmacologiques.

« Les membres du personnel font tout ce qu'ils peuvent et même davantage. Je ne sais pas comment ils s'en sortent. »

« Je me trouvais à l'hôpital de réadaptation X où séjournait mon oncle. Des ludothérapeutes jouaient à des jeux avec les résidents – des jeux conçus pour les personnes en fauteuil roulant. Pourquoi ne pas faire appel plutôt à des étudiants d'un programme coopératif? Après tout, ils ont besoin des crédits pour obtenir leur diplôme. Ce serait bénéfique pour les deux parties : ils obtiendraient une formation de base en gériatrie tout en exerçant leur créativité... On pourrait alors recruter un musicothérapeute compétent, qui fait appel à la musique pour stimuler certaines parties du cerveau... Qu'est-ce qu'on attend pour agir? Des musicothérapeutes qualifiés et au chômage, il y en a plein. »

« On nous parle de « milieu de vie »... mais le milieu reste très hospitalier... J'apprécie votre souci face aux médicaments. Ils ne sont que la tête de l'iceberg... de la vie en institution, malgré la bonne volonté certaine de la plupart des membres du personnel et de la direction. »

« La tendance actuelle à restreindre le nombre d'employés semble contribuer à accroître le besoin de recourir aux médicaments. Il faut adopter une approche plus holistique. »

Fait à souligner, de nombreuses personnes ont exprimé leur satisfaction à l'égard des soins et des médicaments administrés à leur proche, même celles dont nous avons rapporté les commentaires ci-dessus.

« Le personnel de l'établissement a toujours pris soin de m'expliquer les choses que je ne comprenais pas. »

« Chaque fois qu'une question se pose, même s'il ne s'agit pas d'un « problème », il est possible de rejoindre le médecin ou l'infirmière le jour même. »

« Ils semblent avoir été très transparents pour tout ce qui concerne les décisions sur les soins à donner à ma grand-mère. »

« Je n'ai rien à redire sur le personnel de l'établissement. Très dynamique et attentionné. »

« C'est un établissement bien administré et la famille passe en premier. Ils communiquent avec nous même quand nous n'avons pas appelé et nous tiennent au courant de tout ce qui est important au moment opportun. Nous allons souvent là-bas pour des activités spéciales, des fêtes, etc.; les membres du personnel nous connaissent même par notre nom. »

LIMITES

Notre étude comporte certaines limites attribuables au nombre restreint de travaux de recherche sur le sujet, ainsi qu'au petit nombre de participantes et de participants à notre enquête. Le fait d'avoir utilisé SurveyMonkey a compliqué plus que nécessaire l'analyse quantitative des données, mais le nombre peu élevé de réponses nous a permis de faire une analyse manuelle. Néanmoins, les réponses écrites que nous avons obtenues et les études que nous avons pu recenser nous offrent une idée suffisamment précise des aspects qui mériteraient l'élaboration de politiques en la matière.

4. Discussion

Les données de notre enquête en ligne confirment ce que d'autres scientifiques du domaine affirment depuis au moins une dizaine d'années : il faudrait envisager des approches non médicamenteuses pour remédier à certains problèmes en matière de prestation de soins de longue durée. De plus, il faudrait veiller à ce que l'efficacité et la sûreté des médicaments, quand on y a recours, aient été prouvées, notamment en ce qui concerne la polypharmacie. Or même si certaines des solutions les plus évidentes à ces problèmes semblent simples, elles exigeront des établissements des ajustements qui ne

sont pas toujours faciles à réaliser. En effet, la faiblesse de leur financement et leur orientation très souvent médicalisée peuvent aller à l'encontre d'une prise en charge axée sur la personne.

Voici un exemple. Selon certains des commentaires que nous avons recueillis, on pourrait envisager de laisser les résidents tenir des heures de sommeil variables, au lieu de recourir abusivement aux somnifères. De la même façon, les activités sociales quotidiennes, dont l'activité physique, constituent une alternative agréable à l'isolement sédentaire; elles peuvent aider à réduire le besoin de faire une sieste tout en offrant cette stimulation que tant de membres de la famille recherchent pour leur proche. Fait important, cela peut également modérer – voire rendre inutile – le recours aux antidépresseurs (4). Enfin, des menus plus équilibrés, moins axés sur des aliments transformés à faible teneur en fibres, pourraient offrir suffisamment de substances nutritives pour cesser l'usage des laxatifs, améliorer les fonctions cognitives et aider les résidents à conserver un esprit alerte (1).

Nous formulons ces commentaires tout en sachant fort bien qu'opérer des changements au sein des établissements de soins de longue durée n'est pas chose facile. À la question du financement, s'ajoute celle de la complexité d'une structure organisationnelle où, comme le rappelle Avorn, « les médecins, les infirmières, les pharmaciens-conseils, les autres professionnels de la santé, les auxiliaires et les administrateurs doivent se consulter pour prendre des décisions sur l'administration de médicaments à des patients souvent fragiles présentant une comorbidité élevée » (2).

Dans l'ensemble, les commentaires des membres de l'entourage familial confirment que les personnes appelées à prendre des décisions devraient être pleinement informées du problème à traiter, ainsi que des solutions de rechange au traitement proposé (médicament ou autre). S'il est question d'administrer un médicament, elles devraient connaître les motifs de la décision, les effets indésirables du produit et son efficacité. Une exigence qui demandera encore énormément de recherche puisque, malheureusement, la plupart des médicaments ne sont testés qu'au cas par cas (et la plupart du temps, dans les essais cliniques, chez les moins de 70 ans). Par conséquent, il existe peu de preuves démontrant leur efficacité en milieu de soins de longue durée et peu de données sur la sécurité et l'efficacité des « cocktails » de médicaments.

Récemment aux États-Unis, un rapport de l'Inspecteur général sur l'usage des psychotropes dans les résidences pour personnes âgées recommandait « d'explorer des mécanismes autres que l'enquête et la

certification en vue de faire respecter les normes fédérales face à l'usage inutile des médicaments dans les établissements de soins de longue durée. » (18) Des recommandations qui semblent pertinentes pour le Canada également.

Pour opérer des changements de cette nature, il faudra revoir les rôles et les responsabilités des prestataires de soins dans les établissements pour veiller à ce qu'ils soient adéquatement formés, gagnent un salaire respectable et participent à l'élaboration des plans de traitement. Hughes évoque d'ailleurs le besoin de changer la « culture organisationnelle » des établissements pour personnes âgées (9). Les résultats de notre projet vont dans le même sens.

Par ailleurs, il serait essentiel d'impliquer l'entourage familial de telle sorte que ses membres puissent jouer le rôle qu'ils désirent et soient capables de l'assumer, en fonction de leur sexe, leur âge, leur état de santé, leurs capacités physiques, leur situation économique et d'autres facteurs particuliers. Les décisions sur l'usage des médicaments et d'autres soins de santé ne sont qu'un aspect de ce rôle; faire valoir les droits de la personne âgée, fournir une stimulation sociale et des soins personnels en font également partie. (6) Il faut porter attention en particulier à la nature sexuée de ce rôle, puisque dans la plupart des cas, ce sont des femmes qui s'occupent des personnes âgées au sein de la famille, dans des circonstances qui diffèrent selon leur position sociale. C'est une question que nous n'avons pas été en mesure d'analyser en raison des limites de nos données et du manque apparent d'hétérogénéité dans les réponses à notre questionnaire en ligne. Bien entendu, tous ces éléments doivent être analysés non seulement en soi, mais aussi dans le but de faire ressortir leur incidence sur le bien-être des résidentes et résidents des établissements de soins de longue durée.

Enfin, une autre question nécessitera des recherches ciblées, soit les conséquences de la polypharmacie chez les personnes âgées, au moyen d'essais cliniques conçus pour en mesurer l'efficacité avérée (« le monde réel ») plutôt que théorique (« le monde idéal »).

Références bibliographiques

- (1) Arvanitakis, M. et al. « Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (Report of the Brussels Forum 22-23 November 2007) », *Clinical Nutrition*, vol. 27, n° 4 (août 2008), p. 481-488.
- (2) Avorn, J. et J. Gurwitz. « Drug use in the nursing home ». *Annals of Internal Medicine*, vol. 123, n° 3 (août 1995), p. 195-204.
- (3) Ballard C., B. Creese, A. Corbett et D. Aarsland. « Atypical antipsychotics for the treatment of behavioral and psychological symptoms in dementia, with a particular focus on longer term outcomes and mortality ». *Expert Opin Drug Saf*, vol. 10, n° 1 (2011), p. 35-43.
- (4) Blumenthal et al. « Effects of exercise training on older patients with major depression », *Archives of Internal Medicine* vol. 159, n° 19, October 25, 1999.
- (5) Cohen-Mansfield, J. et S. Lipson. « Medical staff's decision-making process in the nursing home », *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, vol. 58, n° 3 (2003), p. 271-8.
- (6) Gaugler, J.E. « Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review », *Aging & Mental Health*, vol. 9, n° 2 (mars 2005), p. 105-118.
- (7) Hall-Lord, M.L. et al. « Family members' perceptions of pain and distress related to analgesics and psychotropic drugs, and quality of care of elderly nursing home residents », *Health & Social Care in the Community*, 2003. vol. 11, n° 3), p. 262-74.
- (8) High, D.M. et G.D. Rowles. « Nursing home residents, families, and decision making: Toward an understanding of progressive surrogacy », *Journal of Aging Studies*, 1995. vol. 9 n° 2, p. 101-117.
- (9) Hughes, Carmel et al. « Does organisational culture influence prescribing in care homes for older people? A new direction for research », *Drugs Aging* vol. 24, n° 2, 2007, p. 81-93.
- (10) Huybrechts K.F., K.J. Rothman, R.A. Silliman, M.A. Brookhart et S. Schneeweiss. « Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 7 (2011), p. E411-E419.

- (11) Levac, D., H. Colquhoun et K.K. O'Brien. « Scoping studies: advancing the methodology », *Implementation Science*, 2010. **incomplete**
- (12) Moore, K. et B. Haralambous. « Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 58, n° 6 (2007), p. 532-540.
- (13) O'Connor, C.S. et B.P. O'Connor. « Reducing consumption of psychotropic medication in nursing homes: contextual obstacles and solutions », *Clinical Gerontologist*, vol. 21, n° 1 (1999), p. 21-35.
- (14) Rochon P.A., T.A. Stukel, S.E. Bronskill, T. Gomes, K. Sykora, W.P. Wodchis et al. « Variation in nursing home antipsychotic prescribing rates », *Arch Intern Med*, vol. 167, n° 7 (2007), p. 676-683.
- (15) Schneider L.S., K.S. Dagerman et P. Insel P. « Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials », *JAMA*, vol. 294, n° 15 (2005), p. 1934-1943.
- (16) Statistique Canada. « Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés », *Rapports sur la santé*, vol. 20, n° 1 (mars 2009).
- (17) Stevenson D.G., S.L. Decker, L.L. Dwyer, H.A. Huskamp, D.C. Grabowski, E.D. Metzger et al. « Antipsychotic and benzodiazepine use among nursing home residents: findings from the 2004 National Nursing Home Survey », *Am J Geriatr Psychiatry*, vol. 18, n° 12 (2010), p. 1078-1092.
- (18) U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General. « Medicare atypical antipsychotic drug claims for nursing home residents », avril 2011, OEI-07-08-00150.

Annexes

1. Résumé des articles pertinents recensés dans notre étude exploratoire
2. Questionnaire en ligne
3. Sélection de graphiques – Résultats du questionnaire en ligne

ANNEXE 1

Résumés des articles pertinents recensés dans notre étude exploratoire

- 1- **Cohen-Mansfield, J. et S. Lipson (2003). « Medical staff's decision-making process in the nursing home », *Journal of Gerontology*, vol. 58, n° 3, p. 271-278.**

Cet article décrit le processus décisionnel que suit le personnel médical des établissements de soins de longue durée lorsque survient un incident qui altère l'état de santé d'un résident. L'étude porte sur 70 personnes hébergées dans une grande maison de soins située dans une banlieue américaine. Les médecins et les infirmières praticiennes ont répondu à un questionnaire sur l'incident, la prise de décision et la participation des membres de la famille à celle-ci. Dans 51 % des décisions en matière de traitement, les médecins sondés ont affirmé connaître bien ou très bien les désirs de l'entourage familial. Les options envisagées comprennent l'administration de médicaments, mais aussi l'hospitalisation, les tests diagnostiques et les soins de confort. Selon le point de vue des médecins, les désirs exprimés par l'entourage familial comptent parmi les considérations les plus importantes, avec la qualité de vie et l'efficacité ou la futilité d'un traitement. Dans le cas des résidents souffrant de déficience cognitive importante, ce sont les désirs de la famille qui dominent dans la prise de décision, toujours selon les médecins. Reconnaisant que leur étude ne présente que le point de vue des médecins, les auteurs proposent d'approfondir les recherches afin de mettre en lumière celui des membres de la famille et de les comparer.

- 2- **Hall-Lord, M.L., I. Johansson, I. Schmidt, B.W. Larsson (2003). « Family members' perceptions of pain and distress related to analgesics and psychotropic drugs, and quality of care of elderly nursing home residents », *Health and Social Care in the Community*, vol. 11, n° 3, p. 262-274.**

Cet article examine le rapport entre le recours aux psychotropes et aux analgésiques et les perceptions de l'entourage familial à l'égard de la douleur et de la détresse ressenties par les personnes âgées

vivant en établissement de soins de longue durée. Dix établissements suédois et 232 proches ont pris part à l'étude. On constate que ces derniers jugent insuffisante l'aide que reçoit leur proche âgé pour remédier à la douleur et la détresse. De plus, la prescription des analgésiques et des psychotropes ne correspond pas, dans bien des cas, à la perception des membres de la famille quant à la douleur ou à l'inquiétude ressentie par leur proche. Par exemple, 43 % des résidents chez qui l'entourage ne percevait aucune inquiétude avaient reçu une prescription de psychotropes. Par contre, 11 % des résidents considérés anxieux par leur entourage n'avaient rien reçu comme médicament. Les auteurs concluent que les membres de la famille ne sont pas satisfaits, de manière générale, de l'information qu'ils reçoivent et recommandent de l'améliorer. Toutefois, on ne précise pas la nature de l'information qu'il faudrait transmettre, ni le meilleur moyen de le faire.

3- High, D.M. et G.D. Rowles (1995). « Nursing home residents, families, and decision-making: toward an understanding of progressive surrogacy », *Journal of Aging Studies*, vol. 9, n° 2, p. 101-117.

Cette enquête anthropologique approfondie analyse la participation de différentes personnes au processus décisionnel entourant la prise en charge des personnes hébergées en établissement de soins de longue durée. On a recueilli des données qualitatives et quantitatives sur les soins prodigués aux résidents âgés de plus de 75 ans dans quatre établissements des États-Unis sur une période de trois ans. L'étude révèle que les membres de la famille prennent part à 53 % des décisions sur les soins prodigués à leur proche, principalement sur l'usage des médicaments, mais aussi sur la physiothérapie et d'autres types de soins. Rien n'indique que la participation de l'entourage familial aux décisions diminue avec la durée du séjour. Au contraire, pendant les quatre premières années, elle tend à rester forte ou à s'intensifier. Des résultats encourageants, qui laissent penser que les membres de la famille sont très impliqués dans les décisions; toutefois, il se peut qu'ils surestiment leur participation, car il est probable que les décisions rapportées aux chercheurs sont celles dont ils se souviennent du fait même d'y avoir contribué.

4- Moore K. et B. Haralambous (2007) « Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 58, n° 6, p. 532-540.

Cette étude compare le point de vue du personnel à ceux des résidents et de leurs proches, à l'égard des éléments qui font obstacle à la réduction des moyens de contention physiques, chimiques et

environnementaux. Par contention chimique, s'entend ici l'emploi des psychotropes comme mesure visant à maîtriser un comportement ou à faciliter le travail du personnel. L'approche est qualitative; l'étude a été menée dans trois maisons de soins pour personnes âgées situées à Melbourne en Australie. Toutes les parties perçoivent la contention comme un moyen d'assurer la sécurité et de prévenir les blessures. La plupart des membres de la famille et des résidents se fient à l'information donnée par le personnel et font confiance à leurs décisions en cette matière. À titre d'exemple, le fait de ne pas être consulté avant l'administration d'un médicament pour un comportement agressif ne constitue pas un motif de mécontentement. Les proches estiment que le personnel agit dans l'intérêt du résident et supposent que le médecin a donné son aval. Les résidents et leurs proches évoquent un moins grand nombre d'obstacles à la réduction des mesures de contention que les membres du personnel. La plupart des obstacles évoqués par le personnel médical leur échappent : le manque de temps; le manque de continuité du personnel soignant; le manque d'équipement; les pratiques inadéquates (surveillance et révision); le suivi inadéquat des mesures de contention; le peu de connaissances sur les méthodes de rechange; le manque de ressources destinées à la formation sur celles-ci. Certains membres de la famille rapportent avoir reçu une information insuffisante sur la sécurité des mesures de contention; ils aimeraient en apprendre davantage sur les approches et les équipements susceptibles d'être plus sûrs. La majorité des membres du personnel avouent détenir une connaissance restreinte des méthodes de rechange et que les ressources consacrées à la formation sur le sujet sont limitées. Cette méconnaissance se répercute sur les membres de la famille, qui dépend du personnel pour obtenir de l'information. Les auteurs concluent que dans l'ensemble, les membres de la famille sont mal informés sur les raisons invoquées pour recourir à la contention et sur les différentes mesures. Leur appréciation de la sécurité et des besoins de leur proche semble dépendre en grande partie de celle qu'en fait le personnel. Ils se fient à l'information transmise par ce dernier et aux décisions qu'il prend. Ainsi, le manque de connaissances et de formation du personnel se reflète dans l'information dont dispose l'entourage familial sur la sécurité et l'efficacité des méthodes de rechange.

5- O'Connor C.S. et B.P. O'Connor (1999) « Reducing consumption of psychotropic medication in nursing homes: contextual obstacles and solutions », *Clinical Gerontologist*, vol. 21, n° 1, 21-35.

Cet article présente les stratégies adoptées par l'une des auteures dans le cadre de son exercice en vue de diminuer le recours aux

psychotropes. La réussite de ces mesures est attribuée à un certain nombre de pratiques : communiquer une information exacte et responsabilisante à toutes les parties impliquées; instaurer des lignes de communication claires entre celles-ci; et plus important encore, « présenter » la stratégie de réduction des psychotropes comme un essai ponctuel de courte durée, assorti de dates de réévaluation et d'objectifs bien établis. Même si l'article ne porte pas précisément sur le point de vue des proches à l'égard des psychotropes, les auteures y décrivent comment leur stratégie a été perçue par l'entourage familial et elles insistent sur l'importance que revêt la façon de communiquer de l'information aux familles. La plupart des participants se sont montrés réceptifs à la stratégie après que le médecin eut expliqué qu'un suivi attentif allait être effectué et qu'on allait leur demander de surveiller les changements de comportement chez leur proche. Le personnel infirmier a également joué un rôle essentiel relativement à l'attitude de l'entourage à l'égard du projet, appuyé par des commentaires indignés ou négatifs (« Je ne vois vraiment pas pourquoi le médecin a interrompu le traitement ») ou positifs (« Elle a dormi un peu, nous l'avons surveillée de très près »). Un aspect majeur de la relation avec les familles a consisté à corriger certaines idées erronées sur les médicaments (par exemple, le fait de cesser de prendre un somnifère ne signifie pas qu'on ne dormira pas). Certains membres de la famille, rapportent les auteures, avaient consulté un médecin dans leur communauté qui était d'avis que leur proche âgé aurait toujours besoin d'un médicament quelconque. Le fait de présenter le projet comme un essai de courte durée, fondé sur un suivi attentif et susceptible d'améliorer l'état de santé, est l'élément qui aura effectivement permis d'apaiser les inquiétudes. Les membres de la famille ont été rassurés encore davantage en constatant la présence du médecin sur place et l'attention qu'il portait à leur proche, et lorsque des changements positifs ont commencé à se manifester.

Annexe 2

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Ébauche de questionnaire

FAMILLES, MÉDICAMENTS ET ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

TITRE : Point de vue des familles sur l'usage des médicaments en établissement de soins de longue durée

CHERCHEUSES :

Anne Rochon Ford et Abby Lippman

COLLABORATION :

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu, Université York, Toronto, et Réseau canadien pour la santé des femmes, Winnipeg.

Subventionné par le Programme de contribution pour la santé des femmes de Santé Canada.

Ce feuillet d'information vise à vous donner une idée générale de notre projet de recherche et de votre participation à celui-ci. Pour obtenir des précisions sur certains points ou pour des renseignements autres que ceux qui apparaissent ici, n'hésitez pas à nous consulter (nnewh1@yorku.ca).

MISE EN CONTEXTE

QUEL EST LE BUT DE NOTRE ÉTUDE?

Les médicaments constituent le moyen le plus couramment employé pour traiter nombre d'affections qui touchent les personnes âgées et les personnes handicapées. Non seulement ils permettent parfois de traiter des maladies qui étaient considérées comme non guérissables il y a quelques années à peine, mais ils peuvent aussi modifier l'évolution de la maladie à ses premiers stades; prévenir des maladies qui mettent la vie en danger; soulager la douleur et la souffrance; et accorder un répit aux personnes atteintes de maladie terminale pendant les derniers jours de leur vie.

Toutefois, l'administration des médicaments aux personnes âgées et aux personnes handicapées peut parfois entraîner des problèmes qui

touchent tant les médicaments d'ordonnance que les médicaments en vente libre.

Le but de notre projet de recherche vise à mieux comprendre le rôle que jouent certains membres clés de la famille (enfants adultes, conjoints, partenaires et autres) relativement à la prestation des soins à un proche hébergé en centre de soins de longue durée, en particulier en ce qui concerne l'usage des médicaments d'ordonnance. Nous espérons que l'information recueillie dans le cadre de notre enquête pourra éventuellement être utile aux familles ainsi qu'à la clientèle de ces établissements, en influençant de manière positive les politiques institutionnelles et gouvernementales.

Nous nous intéressons à :

- l'expérience des membres de la famille en ce qui concerne leur participation aux décisions touchant les médicaments;
- leurs attentes relativement à l'usage des médicaments, en particulier aux médicaments psychopharmacologiques. Ces produits sont utilisés pour modifier ou améliorer l'humeur d'une personne ou encore, pour traiter, réduire ou faire disparaître des problèmes de comportement. Les médicaments contre l'anxiété comptent parmi ceux-ci (tels que Xanax, Ativan, Valium), ainsi que les somnifères (tels qu'Ambien, Lunesta), les antipsychotiques (tels que Risperdal, Haldol, Seroquel) et les antidépresseurs (tels que Zoloft, Prozac, Paxil, Celexa).

EN QUOI CONSISTERA MA PARTICIPATION SI J'ACCEPTÉ DE PRENDRE PART À L'ÉTUDE?

On vous demandera de répondre en ligne à une série de questions sur les sujets présentés ci-dessus. Remplir le questionnaire prend de 15 à 20 minutes. Toutes les réponses sont anonymes; vous n'aurez pas à indiquer votre nom sur le formulaire. Si toutefois, après avoir répondu aux questions, vous décidez de fournir de plus amples détails dans le cadre d'une entrevue au téléphone, nous recueillerons vos coordonnées pour être en mesure de vous contacter.

La participation à cette étude est entièrement volontaire; vous pouvez décider de l'interrompre à tout moment. Le refus de participer, le refus de répondre à une question en particulier ou la décision de ne pas remplir le questionnaire jusqu'à la fin n'aura aucune incidence sur vos relations avec les chercheuses, l'Université York ou tout autre groupe associé à ce projet de recherche.

QU'ADVIENDRA-T-IL DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE?

- Les réponses aux questions seront codées de telle façon qu'elles ne pourront être associées à aucune personne en particulier.
- L'information fournie dans le questionnaire sera traitée en toute confidentialité; le nom des répondantes et répondants ne figurera dans aucun rapport ou publication concernant le projet de recherche.
- La confidentialité sera respectée avec toute la rigueur de la loi quelle que soit la situation.
- Les données seront analysées et répertoriées uniquement sous la forme de totaux et de pourcentages (données agrégées). Cela signifie qu'aucune réponse individuelle n'apparaîtra dans quelque rapport que ce soit.
- Le questionnaire a été préparé à l'aide d'un logiciel connu sous le nom de « Survey Monkey », lequel utilise un protocole sécurisé de cryptage des renseignements (SLL) au moment de leur transmission. Seules les chercheuses auront accès aux données anonymes contenues dans le site Survey Monkey, une entreprise Web spécialisée située aux États-Unis. Pour toute information sur les politiques de Survey Monkey en matière de sécurité et de respect de la vie privée, consultez <http://www.surveymonkey.com/>.
- Les données recueillies seront conservées sous clé dans des classeurs verrouillés situés dans les bureaux de l'équipe de recherche à l'Université York. Seule l'équipe de recherche y aura accès. Tous les dossiers seront déchiquetés après sept ans.

Les résultats de notre enquête seront publiés à une date ultérieure dans les sites <www.whp.apsf.ca et www.nnewh.org>, une fois que toute l'information aura été colligée et synthétisée.

Pour toute question concernant le questionnaire, communiquez avec Anne Rochon Ford, chercheuse principale de l'étude, au 416-736-2100, poste 20713 ou par courriel à annerf@yorku.ca.

Dans le cas où vous souhaiteriez commenter les réponses que vous avez données au questionnaire, n'hésitez pas à nous appeler au 416-736-2100, poste 20715 ou à nous écrire à nnewh1@yorku.ca.

Le projet de recherche a été étudié et approuvé par le Human Participants Review Sub-Committee, du Ethics Review Board de l'Université York. Il respecte les lignes directrices établies par les trois Conseils en matière d'éthique de la recherche. Pour toute question sur le processus, ou pour connaître vos droits à titre de participante ou participant à notre étude, veuillez communiquer avec le Sr. Manager &

Policy Advisor for the Office of Research Ethics, 5th Floor, York
Research Tower, Université York (416-736-5914 ou ore@yorku.ca).

Si vous désirez poursuivre, allez à la prochaine page. Nous espérons
que vous répondrez au questionnaire dans son entier, mais vous êtes
libre de sauter les questions auxquelles vous préférez ne pas
répondre.

QUESTIONNAIRE

Nous aimerions obtenir vos réponses à un ensemble de questions portant sur votre expérience en tant que personne dont un membre de la famille réside dans un établissement de soins de longue durée. Le terme « établissement de soins de longue durée » désigne toute une gamme d'établissements financés par le gouvernement, qui s'adressent principalement aux personnes âgées atteintes d'une maladie physique sérieuse ou d'un trouble mental comme la démence.

Les établissements de soins de longue durée portent différents noms selon les provinces. Ils comprennent : les *maisons de soins infirmiers*, les *foyers de soins personnels (Manitoba)*, les *établissements de soins complexes*, les *centres d'hébergement et de soins de longue durée*, les *hôpitaux de soins prolongés* et les *maisons d'accueil pour personnes âgées*. En règle générale, ce sont des établissements de taille variée, où l'on prodigue des soins 24 heures sur 24. Le personnel soignant peut compter des infirmières, des préposés aux soins personnels, des auxiliaires de soins, etc.

N.B. Nous cherchons à sonder des personnes dont un membre de la famille réside ACTUELLEMENT dans un établissement de soins de longue durée ou qui y a séjourné AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, advenant le cas où elle ou il serait décédé récemment.

A. LIEN QUI VOUS UNIT AVEC LA PERSONNE HÉBERGÉE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE

**SI PLUS D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE EST HÉBERGÉ
DANS UN CENTRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE, VEUILLEZ
RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS SUIVANTES EN VOUS
RAPPORTANT À UNE SEULE DE CES PERSONNES.**

(**N.B.** Tout au long de ce questionnaire, les termes « proche » ou « membre de la famille » seront utilisés pour désigner la personne intéressée.)

1. Quel est le lien qui vous unit au membre de votre famille hébergé dans un centre de soins de longue durée?

Il s'agit de :

Ma mère

Mon père

Mon conjoint (époux ou conjoint de fait)

Ma conjointe (épouse ou conjointe de fait)

Mon frère ou ma sœur

Ma belle-mère

Mon beau-père

Ma tante

Mon oncle

Ma grand-mère

Mon grand-père

Autre _____

2. Quel est son sexe?

Femme

Homme

3. Quel est son âge?

Moins de 50 ans

50-59 ans

60-69 ans

70-79 ans

80-89 ans

Plus de 90 ans

4. Depuis combien de temps cette personne réside-t-elle en centre de soins de longue durée?

Moins de 6 mois

6 à 12 mois

1 à 3 ans

3 à 5 ans

Plus de 5 ans

5. Quelles sont les principales raisons médicales qui ont motivé son admission dans cet établissement? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

Problèmes cognitifs (p. ex. maladie d'Alzheimer, démence, etc.)

Problèmes de mobilité

Problèmes de vision ou d'ouïe

Autre maladie physique chronique

(Précisez :

_____)

Autre problème de santé mentale

(Précisez :

_____)

Autre :

6. Quel est l'état de santé général de votre proche?

Excellent
Très bon
Bon
Médiocre
Mauvais
Très mauvais

B. ÉTABLISSEMENT

1. Comment désigne-t-on l'établissement dans lequel votre proche est (ou était) hébergé (p. ex. centre de soins de longue durée, maison de soins infirmiers, etc.)?
-

Ne sais pas exactement

2. Fait-il partie d'un hôpital?

Oui

Non

Incertain

C. EMPLACEMENT

1. Où se situe l'établissement? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

Menu déroulant de provinces

Grand centre urbain

Petite ville

Région rurale

Région éloignée ou nordique

D. FINANCEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

1. Cet établissement est financé par :

Gouvernement (établissement dit « public », où les soins sont payés par le gouvernement, malgré le fait que certains frais sont habituellement facturés pour la chambre, etc.)

Organisation à but lucratif (privée)

Structure public-privé

Autre : _____

Incertain

E. POUVOIR DE DÉCISION ET QUESTIONS RELATIVES AUX MÉDICAMENTS

1. Prenez-vous des décisions au nom de votre proche en raison de son incapacité à le faire?

Oui

Non

Incertain

2. Si tel est le cas, a-t-on procédé à une évaluation formelle qui confirme que votre proche est inapte à prendre ses propres décisions?

Oui

Non

Incertain

3. Dans l'affirmative, qui a fait cette évaluation?

Médecin

Infirmière

IAA

Autre : _____

4. Au moment de l'admission, a-t-on demandé à votre proche de signer un formulaire de consentement relatif à la prestation des soins médicaux?

Oui

Non

Incertain

5. Dans l'affirmative, le consentement fait-il expressément allusion à l'usage des médicaments (types de produits et quantités)?

Oui

Non

Incertain

6. Vous a-t-on demandé (ou demandé à un autre membre de la famille) de signer un formulaire de ce type au moment de l'admission?

Oui

Non

Incertain

Si vous avez répondu « oui » à la question ci-dessus, veuillez fournir tout détail dont vous pourriez vous rappeler concernant le formulaire que vous avez signé (titre du formulaire, questions, aide reçue pour le remplir, explications offertes).

7. Les établissements de soins de longue durée sont tenus d'élaborer un plan de soins précisant certains éléments tels que les habitudes de la cliente ou du client, les services dont ils ont besoin, les médicaments, les traitements, etc. Une personne responsable vous a-t-elle présenté, à vous ou à un autre membre de la famille, le plan de soins s'adressant à votre proche?

Oui, sur une base régulière.

Dans l'affirmative, combien de fois?

Oui, mais seulement lorsqu'il y a eu un changement important apporté au plan de soins.

Non

Incertain

Les questions suivantes portent sur le consentement éclairé relativement à l'administration des médicaments. Le consentement éclairé se rapporte au fait d'avoir obtenu de l'information pertinente sur le traitement (dont les effets secondaires, les bienfaits, etc.), ainsi que des réponses à vos questions.

8. Un membre du personnel (infirmier, médical ou autre) vous a-t-il consulté pour obtenir votre opinion ou vos réflexions avant de commencer à administrer un médicament particulier à votre proche, d'interrompre un traitement ou de changer un médicament?

Oui – avant de commencer à l'administrer (de quel médicament s'agit-il? _____)

Oui – avant de cesser de l'administrer (de quel médicament s'agit-il? _____)

Oui – avant de changer le médicament (de quel médicament s'agit-il? _____)

Non

Incertain

Commentaires :

9. Un membre du personnel (infirmier, médical ou autre) vous a-t-il déjà demandé une permission relative à l'administration d'un médicament particulier à votre proche?

Oui – avant de commencer à l'administrer (de quel médicament s'agit-il?_____)

Oui – avant de cesser de l'administrer (de quel médicament s'agit-il?_____)

Oui – avant de changer le médicament (de quel médicament s'agit-il?_____)

Non

Incertain

10. Dans le cas où votre proche est capable de prendre une décision éclairée, savez-vous si quelqu'un a obtenu son consentement au moment de lui prescrire un nouveau médicament ou de modifier son traitement?

Oui

Non

Incertain

Veillez fournir des précisions.

11. Dans le cas où vous êtes la personne autorisée à prendre des décisions au sujet des soins à donner (par exemple, si vous avez une procuration), savez-vous s'il est déjà arrivé qu'on administre à votre proche un médicament sans avoir obtenu au préalable votre consentement?

Oui

Veillez fournir des précisions (médicaments, motifs de la décision, etc.) _____

Non

Incertain

12. Vous est-il déjà arrivé de constater ou de soupçonner l'existence d'un problème relativement à l'usage d'un médicament particulier par votre proche? (Exemples : la dose semblait insuffisante ou trop forte; vous avez remarqué des effets secondaires; le médicament semblait superflu, etc.)

Oui

Veillez fournir des précisions.

Non

Incertain

13. S'il vous est déjà arrivé de constater ou de soupçonner l'existence d'un problème relativement à l'usage d'un médicament particulier, comment avez-vous réagi? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

J'en ai parlé à un membre du personnel peu après (infirmière, médecin, autre employé de l'établissement).

J'ai consulté un tiers (p. ex. professionnel de la santé, Société Alzheimer, membre de la famille, Internet) avant de parler à un membre du personnel.

J'ai envoyé une plainte à la direction de l'établissement.

J'ai adressé une plainte à l'ordre professionnel responsable (p. ex. ordre des infirmières; collège des médecins).

J'ai adressé une plainte à une instance gouvernementale.

J'en ai discuté avec d'autres membres de la famille ou des amis.

Je n'ai rien fait.

Veillez fournir des précisions.

14. S'il vous est déjà arrivé d'éprouver une inquiétude concernant un médicament actuellement prescrit à votre proche dans un établissement, avez-vous accès à une ressource pour l'exprimer?

Oui

Non

Ne s'applique pas

15. Dans l'affirmative, à qui vous êtes-vous adressé?

Conseil de famille

Protecteur des patients

Défenseur des droits des patients

Autre :

16. Si vous avez soulevé le problème auprès d'un membre du personnel, quelle suite a-t-on donnée à l'affaire? (Cochez toutes les réponses pertinentes.)

On s'est occupé du problème immédiatement, à mon entière satisfaction.

On s'est occupé du problème immédiatement, mais pas à mon entière satisfaction.

On a réglé le problème à mon entière satisfaction, mais pas tout de suite.

On a déchargé la responsabilité sur quelqu'un d'autre.

On ne s'en est pas occupé.

Autre

Veillez fournir des précisions.

17. Si vous avez soulevé le problème auprès d'une personne responsable de l'établissement, avez-vous pu joindre celle-ci facilement (par téléphone, en personne, par courriel)? _____

18. À votre avis, quels changements pourraient contribuer à améliorer la qualité de vie de la clientèle des établissements de soins de longue durée? (Cochez autant de réponses que vous le souhaitez.)

Augmentation du nombre d'employés

Augmentation du nombre d'employés qualifiés

Amélioration des programmes s'adressant à la clientèle

Diminution de la quantité de médicaments administrés

Augmentation de la quantité de médicaments administrés

Amélioration de l'ambiance/du décor/des installations

Meilleur accès des membres de la famille aux décisionnaires

Autre : _____

19. Dans l'ensemble, comment évaluez-vous votre degré de participation aux décisions concernant l'administration des médicaments à votre proche?

Satisfaisant

Non satisfaisant

Incertain

Veuillez expliquer.

20. Avez-vous d'autres commentaires à offrir sur votre expérience relative à l'hébergement d'un proche en centre de soins de longue durée, sur des points qui n'auraient pas été abordés dans les questions précédentes?

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Merci de nous donner quelques renseignements à votre sujet.

1. Âge

Moins de 30 ans

30-39 ans

40-49 ans

50-59 ans

60-69 ans

70-79 ans

Plus de 80 ans

2. Sexe

Femme

Homme

3. Lieu de résidence (cochez toutes les réponses pertinentes)

Menu déroulant de provinces

Grand centre urbain

Petite ville

Région rurale

Région éloignée ou nordique

MERCI!

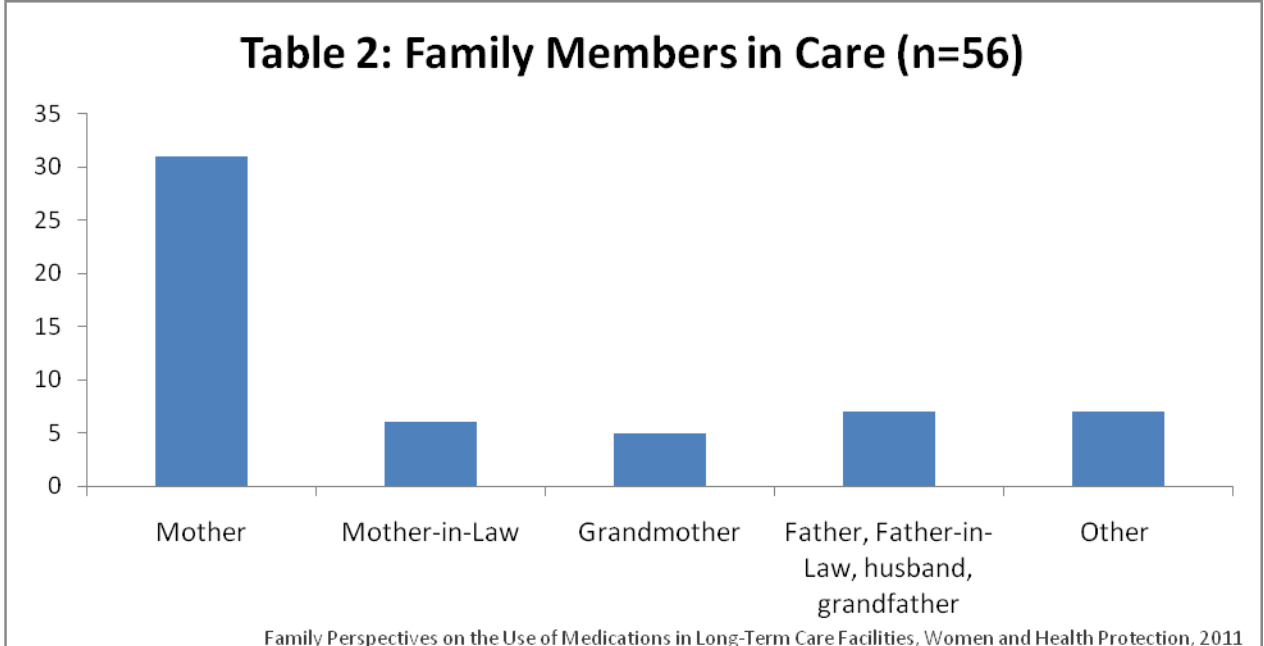
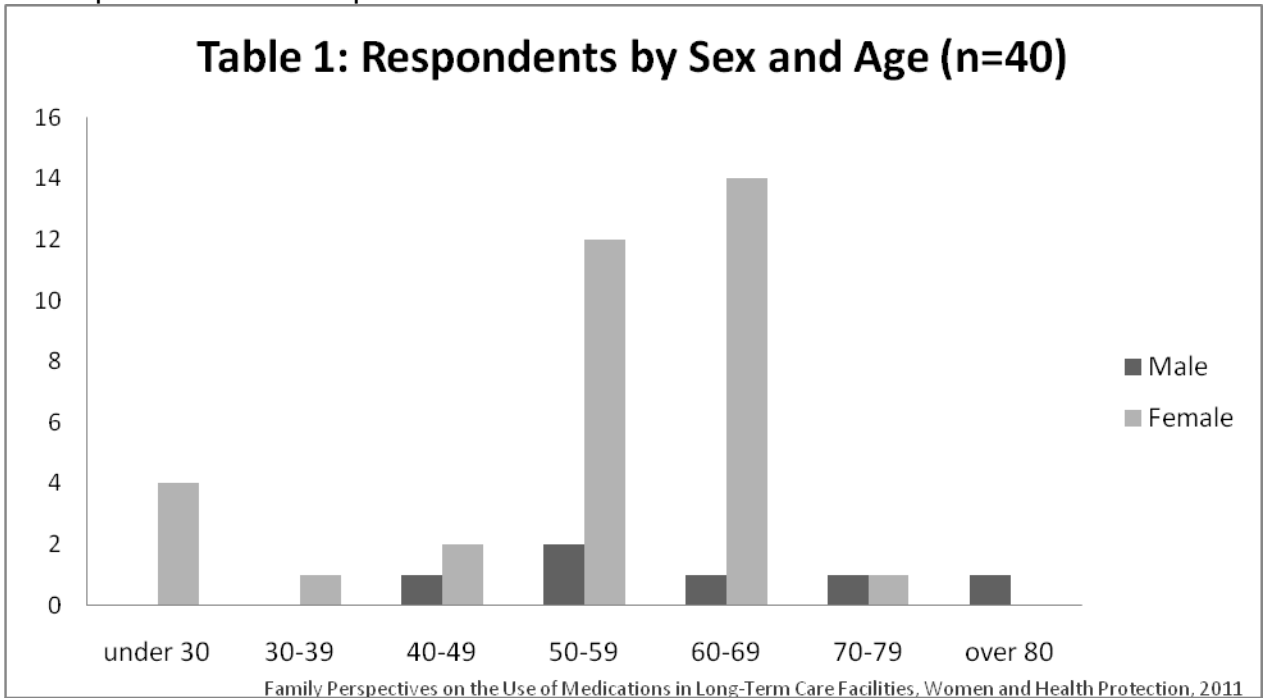
Feb 3/11

Voir le fichier joint “traduction des tableaux”

Annexe 3

Select Tables from Online Survey

Percentages and numbers are based on those who responded to the questions. Non-respondents were not included in the totals.



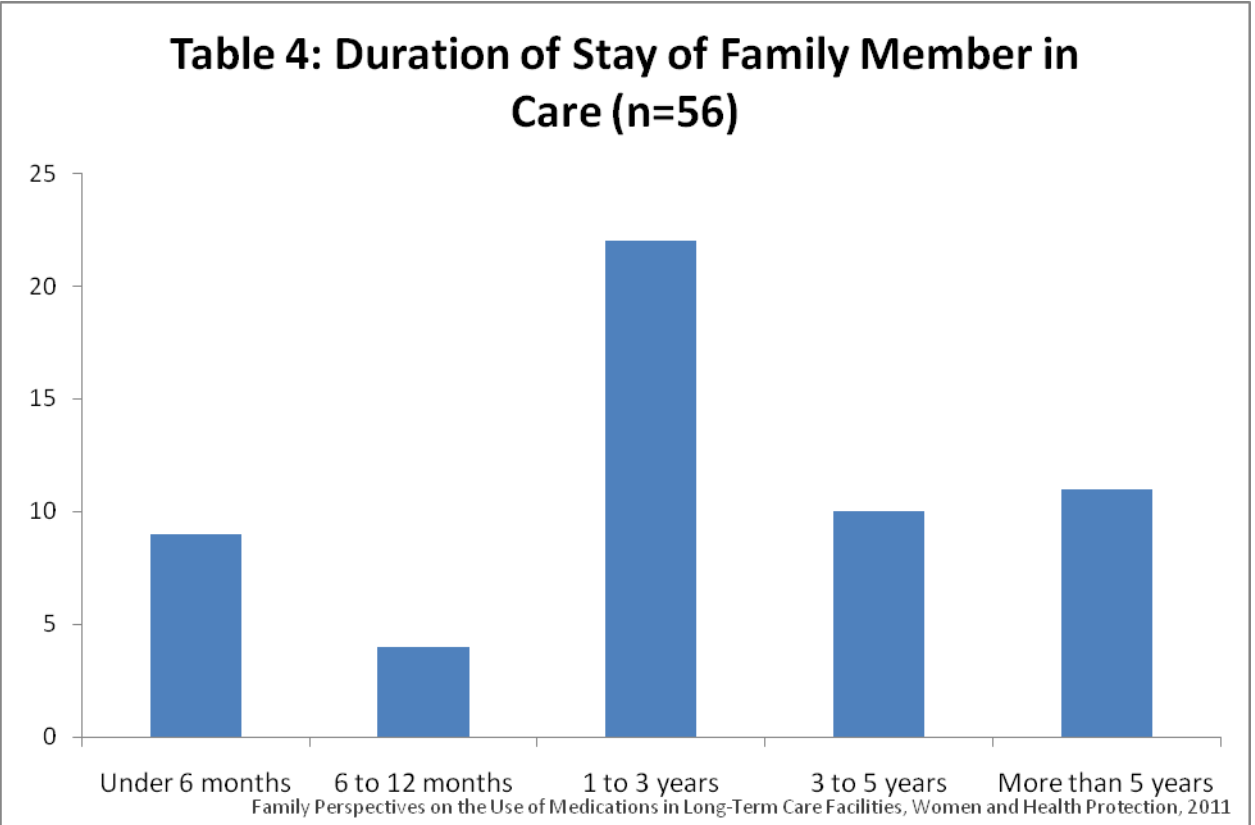
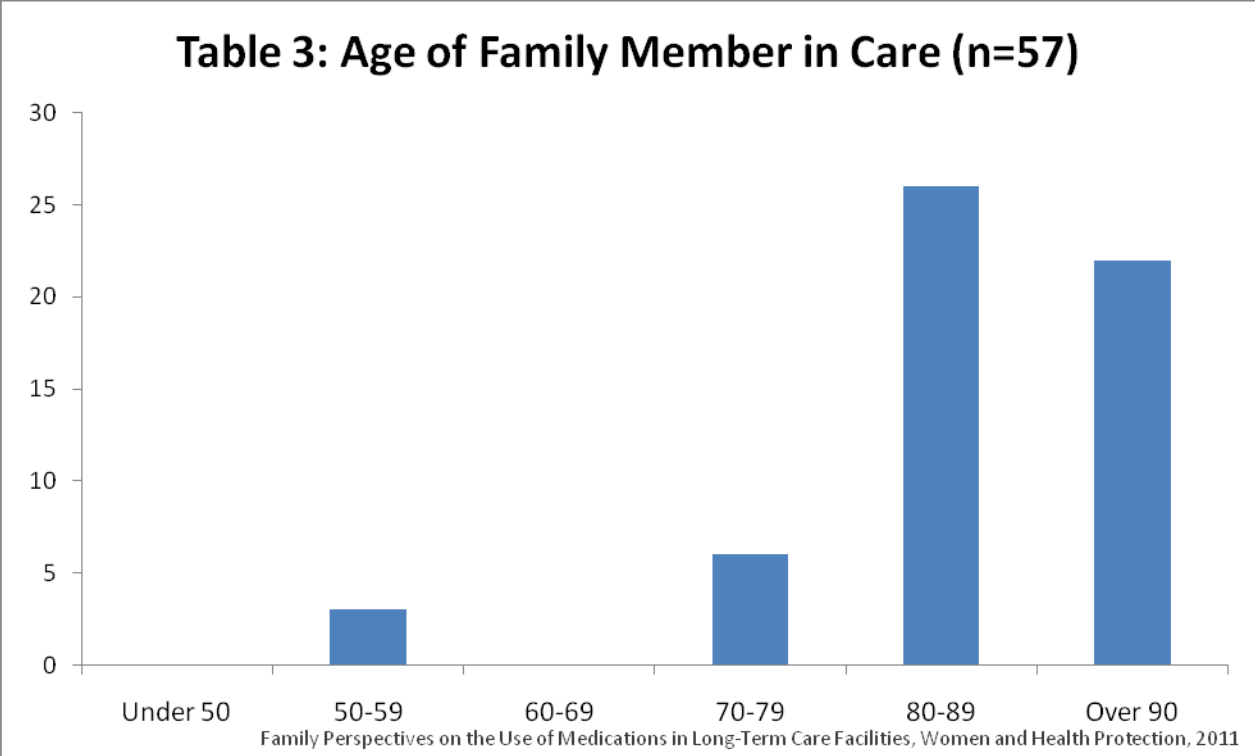
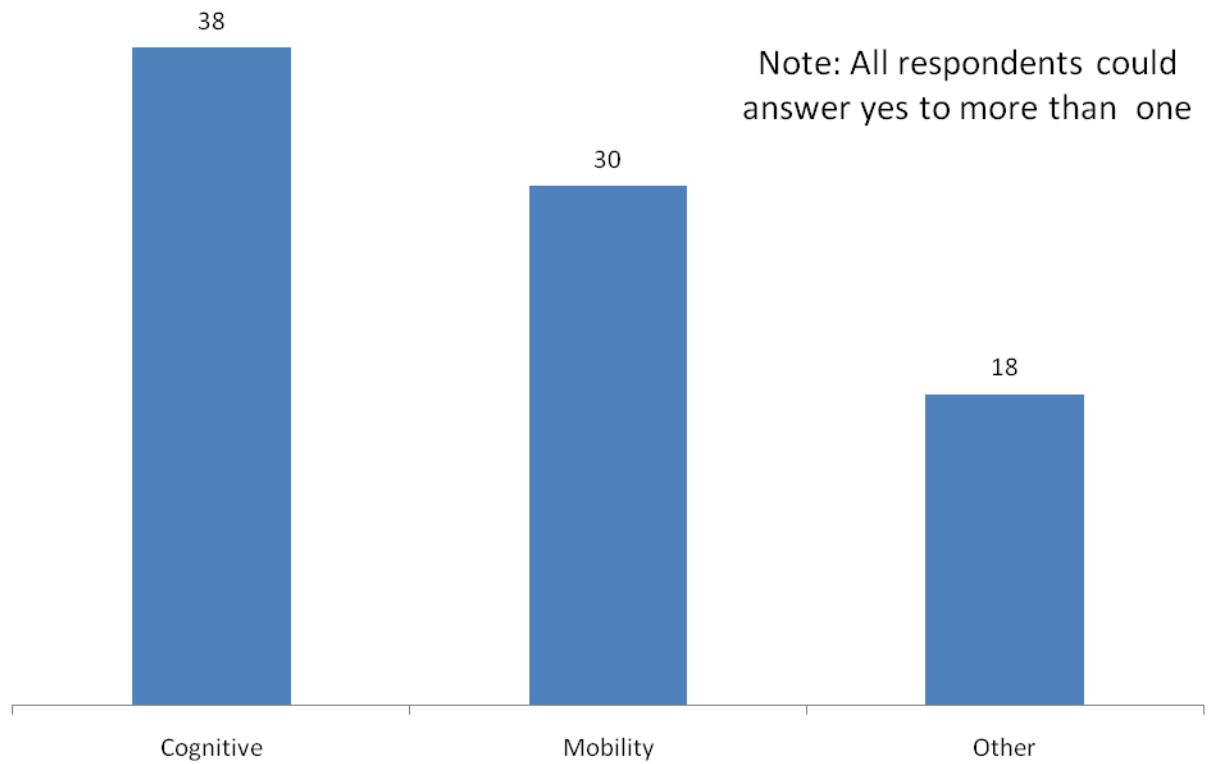
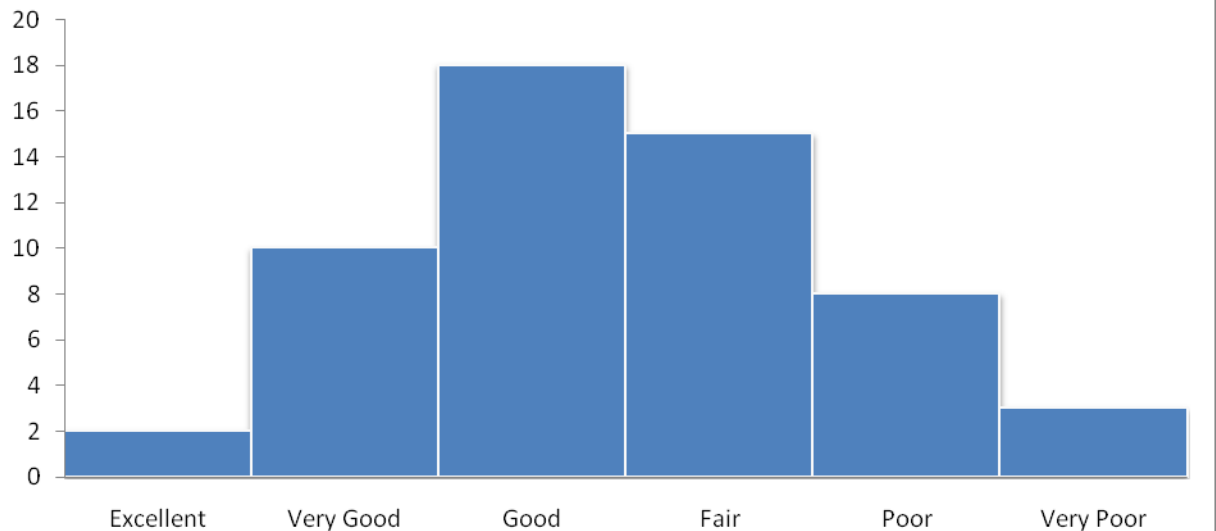


Table 5: Medical Reason for Stay (n=57)



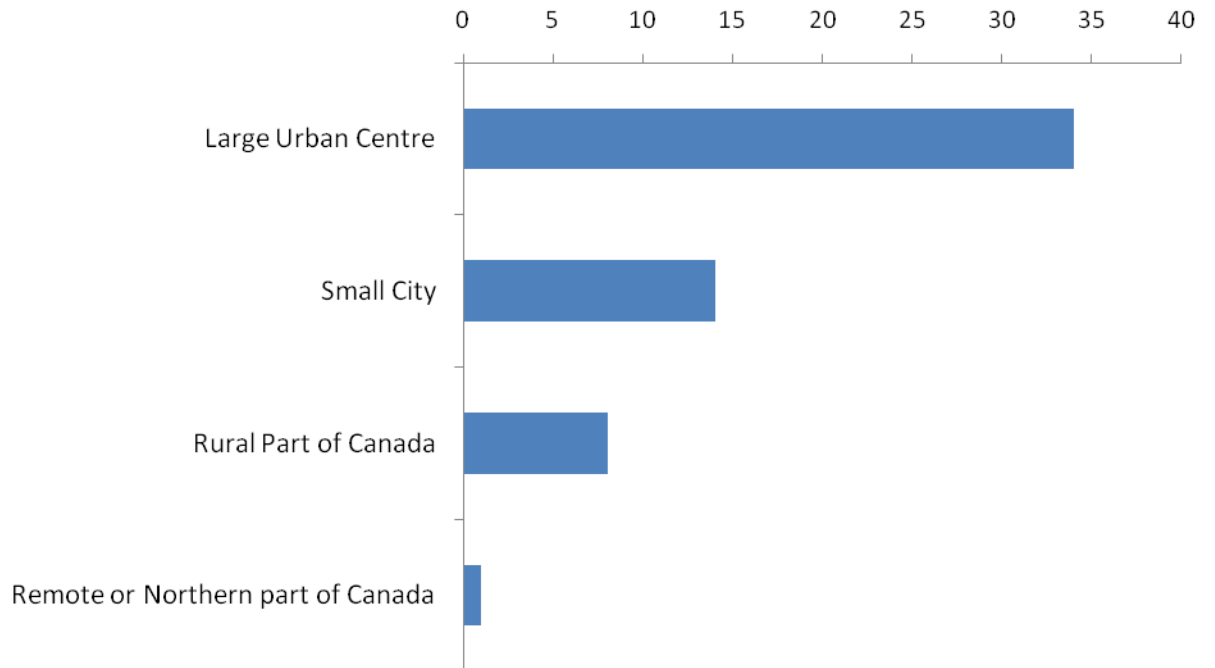
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 6: General State of Health of the Family Member In Care (n=56)



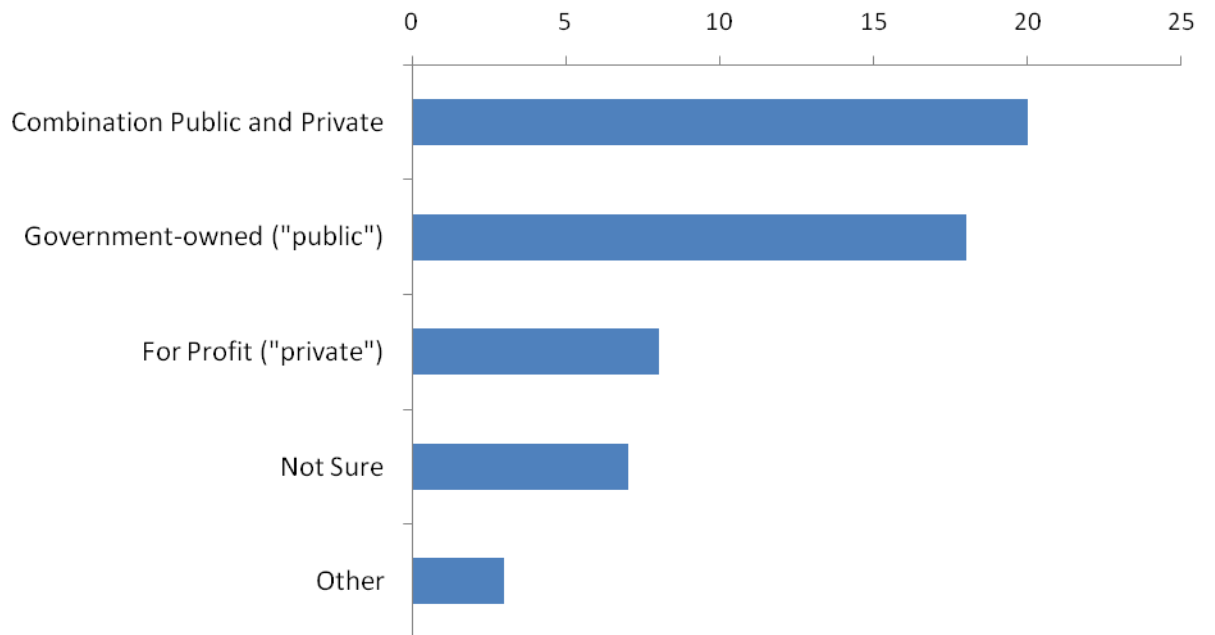
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 7: Location of the Facility (n=57)



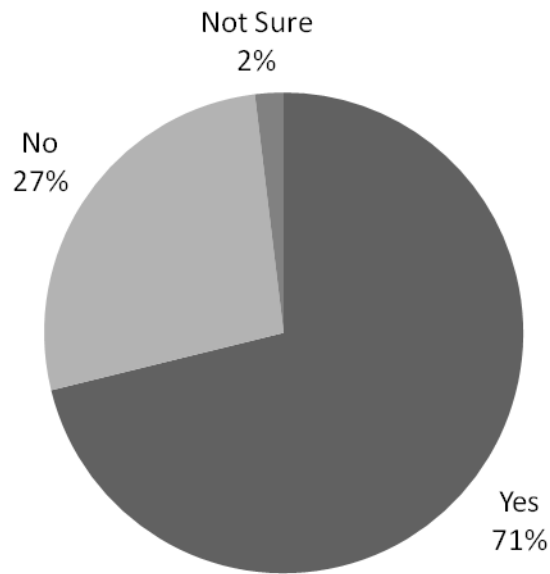
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 8: Type of Management of Facility (n=56)



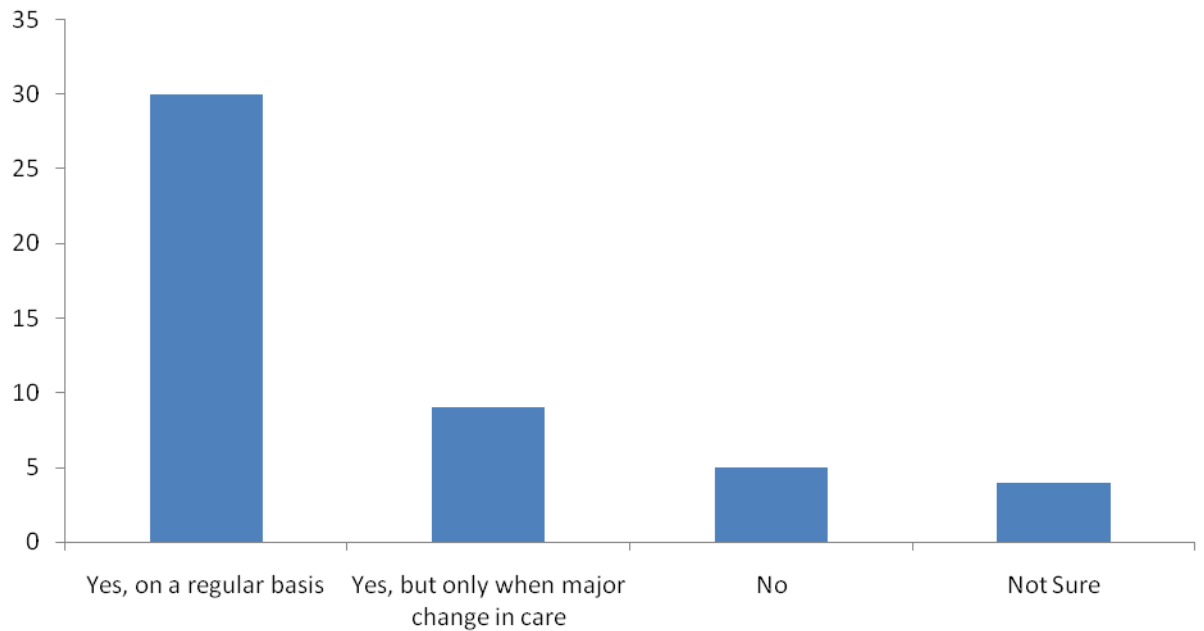
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 9: Respondent has Decision-Making Power for Family Member (n=52)



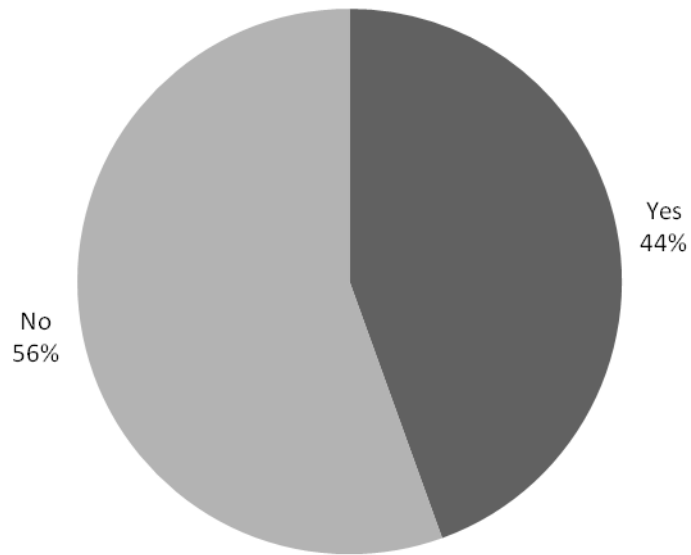
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 10: Care Plans Reviewed on a Regular Basis (n=48)



Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 11: Respondent Was Consulted by Staff Regarding Some Medication Issue (n=44)

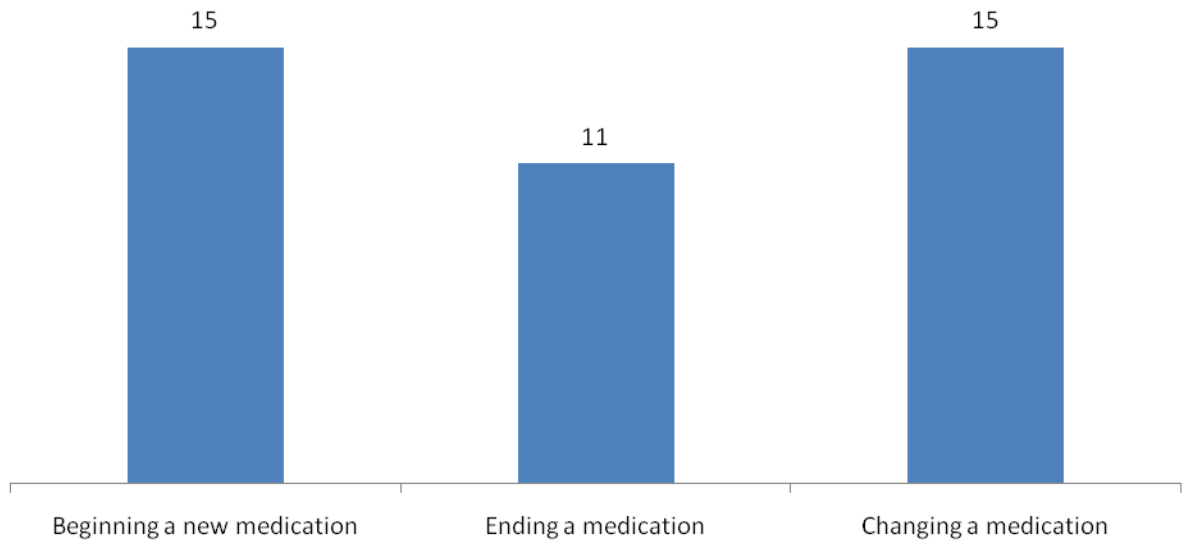


Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Note: Of those who answered "yes" in Table 11

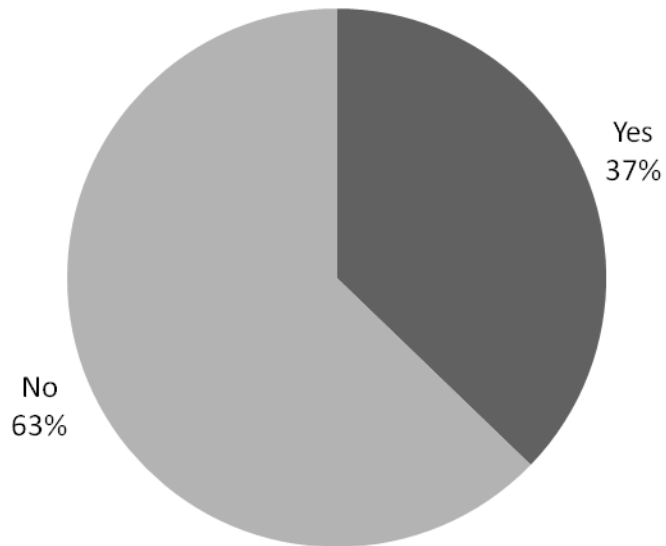
Table 12: Nature of Consultation Regarding Medication Use (n=19)

Note: There could be more than one reason for consultation



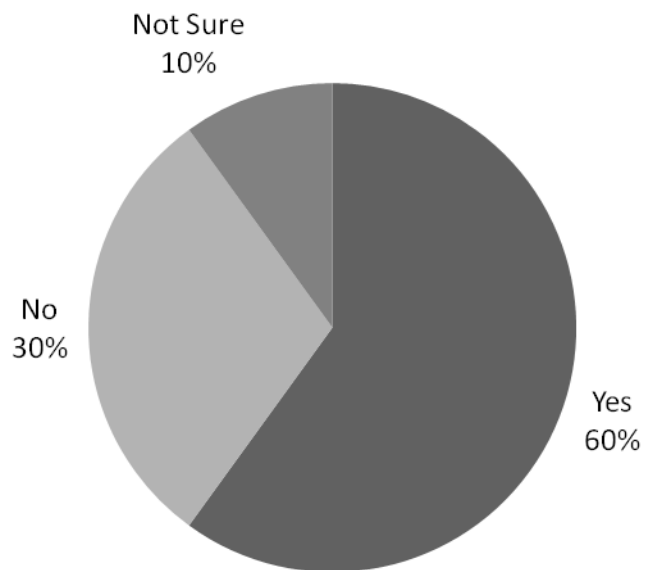
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 13: Permission Was Requested of Respondent Regarding a Medication (n=43)



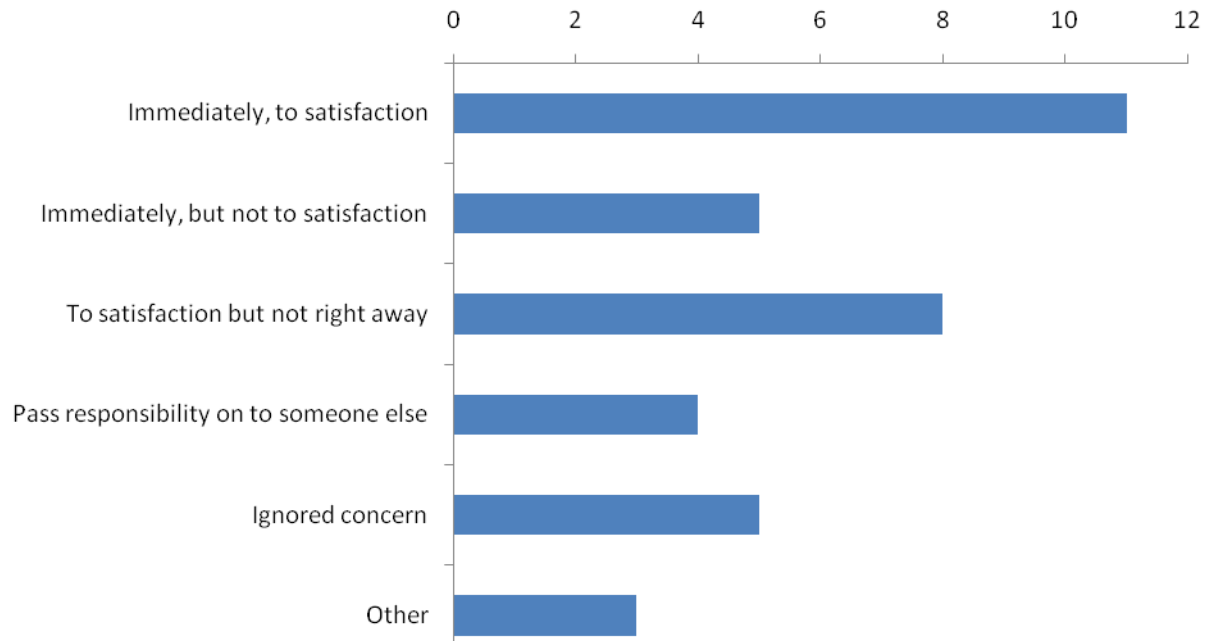
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 14: Perception of Problem Relating to Medication Issue (n=40)



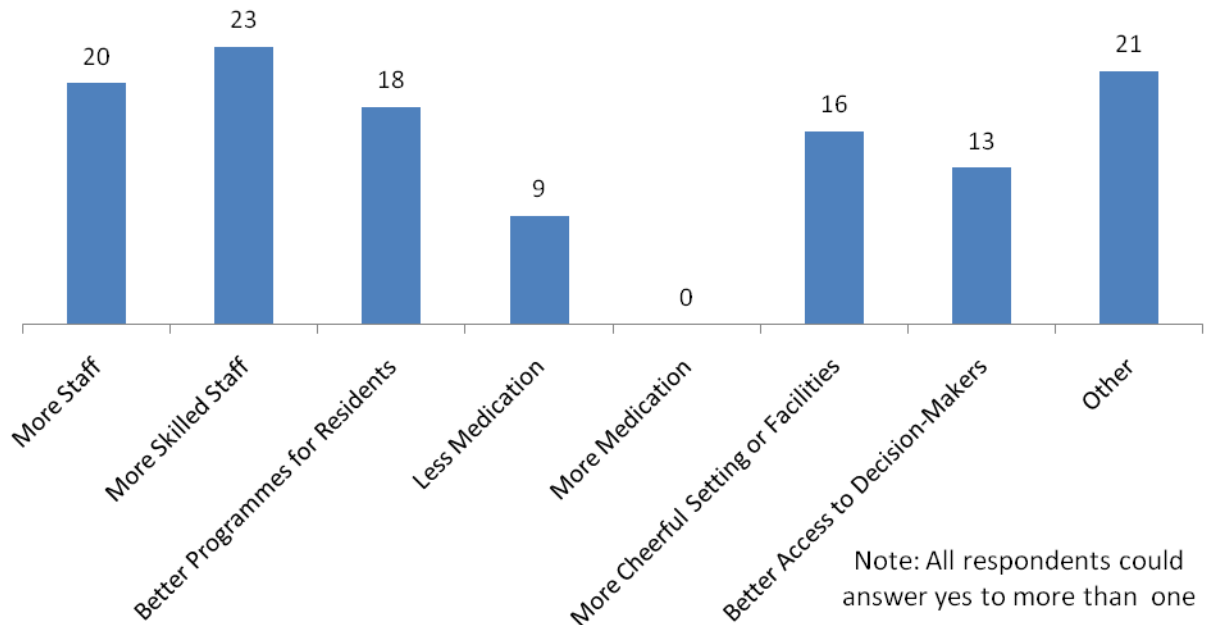
Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 15: How Problem Was Dealt With (n=32)



Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 16: Changes Needed in Long-Term Care (n=40)



Note: All respondents could answer yes to more than one

Family Perspectives on the Use of Medications in Long-Term Care Facilities, Women and Health Protection, 2011

Table 17: Overall Satisfaction With Decision-Making Regarding Medication (n=39)

