



Profil épidémiologique et thérapeutique de la polypathologie chez les sujets âgés au Togo en consultation gériatrique à Lomé

Epidemiological and therapeutic profile of polypathology according to elderly patients in Togo at geriatric consultation in Lomé

Apeti S^{1,2}, Mossi K E¹, Ouédraogo P-W L S², Tolo N², Balaka A¹, Coume M³, Apeti K Z¹, Klouvi K A¹, Sawadogo L², Amouzou Y E-G O⁴, Kouvi-Koko T E⁴, Kodjo K⁵, Ehlan E K⁶, Balogou K A⁷, Niamkey E K²

1. Médecine Interne, CHU-Sylvanus Olympio, Lomé- Togo,
2. Service de Médecine Interne et de Gériatrie CHU-Treichville, Abidjan-Côte d'Ivoire,
3. Centre Hospitalier National Universitaire de FANN, Sénégal
4. Chirurgie Générale, CHU-Sylvanus Olympio, Lomé, Togo
5. Service d'Endocrinologie et Métabolisme, CHU YOUPOUGON, Abidjan-Côte d'Ivoire
6. Institut de Cardiologie d'Abidjan, CHU-Treichville, Abidjan-Côte d'Ivoire,
7. Neurologie, CHU-CAMPUS, Lomé-Togo,

Auteur correspondant : Apeti Sodjehoun

Résumé

Polypathologie et polymédication constituent un fréquent binôme en gériatrie. La polymédication conséquence de la polypathologie peut avoir des conséquences graves sur l'état de santé de ces sujets âgés.

Dans cette étude évaluant leur profil polypathologique et thérapeutique, nous avons comme objectif d'analyser la prise en charge des personnes âgées au Togo.

Cent cinquante-six patients (156) âgés de 65 à 91 ans ont été consultés en externe au Cabinet Médical Gamesu et au CHU Sylvanus Olympio du 1er Juin 2015 au 31 Décembre 2016.

Nous avons recensé 527 pathologies chroniques avec une moyenne d'environ 3 affections par patients.

Les femmes prédominent à 66 %, l'âge moyen est de 69,7 ans. Tous sont autonomes et vivent à domicile, 84 % vivent en couple, 20 % sont obèses et 25 % ont un rapport TT/TH >1. Les pathologies cardiovasculaires (20 %), rhumatologiques et orthopédiques (18 %) sont prédominantes. 80 % des patients ont une polypathologie. L'HTA était associée à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires dans 46 % des cas et était compliquée dans 34 % des cas. Le diabète représentait 75 % des maladies métaboliques. L'HTA était associée au diabète dans 53 %. La coexistence HTA et pathologies rhumatologiques se retrouvait dans 83 % des cas. Le nombre moyen de médicaments pris quotidiennement était de 8,5 avec au premier plan les Antalgiques (64 %), les AINS (61 %), suivis des médications cardiovasculaires (51 %) et antibiotiques (43 %). Bloqueurs du système Rénine Angiotensine et diurétiques sont associés aux AINS dans 77 % des cas. Les benzodiazépines (38 %) sont les psychotropes les plus prescrits. Quarante-quatre pour cent (44 %) des patients faisaient l'automédication et 92 % des produits sont achetés à la pharmacie. Les mesures hygiéno-diététiques et la médecine douce étaient rapportées dans 13 % des cas. La médecine alternative est utilisée dans 99 % des cas. Les personnes âgées posent un problème de santé publique dû à la polypathologie avec ses conséquences économiques et sanitaires importantes. La polymédication inadaptée est dangereuse et nécessite de mettre en place un référentiel adapté aux personnes âgées.

Mots clés : Polypathologie, Iatrogénie, Polymédication, Sujet âgé.

Summary

Polypathology and polymedication are frequent in geriatrics. The inappropriate drugs prescription resulting from polypathology can decompensate this one. In order to analyse the management of care in elderly in Togo, we initiate this study to determine their polypathological and therapeutic profile. A cross-sectional study was carried out from June 2015 to 31 December 2016 among the 65 to 91 years old out-patients, received in the Cabinet Medical Gamesu external consultation and CHU Sylvanus Olympio. A number of 156 patients were seen in consultation and included in our study. We identified 527 chronic pathologies with an average of 3 pathologies by patient. There is a female predominance (66 %); the mean age was 69.7 years. All patients were autonomous and live at home; 82 % live as a couple. There were 20 % of obese and 25 % had waist circumference / hip circumference > 1. The most frequent pathologies are cardiovascular (20 %), and rheumatologic and orthopedic (18%). Polypathology accounts for 80 % of patients. Hypertension (95 %) was associated with other cardiovascular risk factors in 46 % of cases, and was complicated in 34 % of cases. Diabetes accounts for 75 % of metabolic diseases. Hypertension was associated with diabetes in 53 % of cases, obesity (14 %), metabolic syndrome (14 %) and dyslipidemia in (18 %). Hypertension is associated to rheumatologic diseases in 90.1%. The average number of medicines per day was 8.5. Analgesics (63 %), NSAIDs (60 %), cardiovascular drugs (51 %) and antibiotics (43 %) were mostly prescribed. Renin-angiotensin-aldosterone system blockers and diuretics were associated with NSAIDs in 77 % of cases. Benzodiazepines (38 %) are the commonest psychotropic drugs prescribed. Self-medication was noted in 44 % of cases. The drugs was bought from pharmacy in 92 % of cases. Hygiene and dietary measures, kinesitherapy and psychotherapy were used only in 13 % of cases. Alternative medicine was involved in 99 % of cases. The elderly diseases resulting from the increase of the life expectancy and the control of some diseases are a real public health problem. The inappropriate prescription is harmful. There is a need of repository and frame of standard when dealing with diseases in the elderly.

Key-words: Polypathology, Iatrogeny, Polymedication, Elderly.



Introduction

La polypathologie et la polymédication sont des problèmes de santé publique [1, 2, 3, 4, 5] liés à l'augmentation de la population gériatrique [6, 7, 8,]. En effet l'avancé en âge s'accompagne de l'accumulation des facteurs de risque pathogéniques [9, 10, 11]. Ainsi certaines affections chroniques préexistantes peuvent se compliquer tandis que d'autres affections chroniques viennent se greffer [1, 2, 11]. Une personne âgée (PA) ayant une maladie chronique ou un traitement au long cours souffre d'au-moins 2,6 pathologies chroniques [1, 3]. La polypathologie, coexistence d'au moins deux pathologies chroniques, peut être décompensée par divers facteurs aigus avec le risque de cascade polypathologique, de handicap ou de décès [1, 11]. La prise en charge de ces pathologies va donc nécessiter de plus en plus de médication occasionnant la polymédication. Cette polymédication est souvent responsable d'iatrogénie normalement évitable pouvant elle aussi une cascade polypathologique [3, 12, 13, 14].

Au Togo, la polymédication engendrerait la iatropathogénie du fait d'absence de spécialiste dans le domaine ou du manque de culture gériatrique dans les autres spécialités en santé [15, 16]. Ce contexte justifie notre mise au point sur la prise en charge des PA en ambulatoire dans notre système sanitaire, la gériatrie et gérontologie commençant par prendre naissance.

Ce travail avait pour objectif général d'évaluer le profil pathologique des sujets âgés au Togo et d'analyser la prise en charge clinique et thérapeutique.

Méthodologie

Cadre d'étude

Notre étude s'était déroulée en Médecine Interne du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU.SO) et au Cabinet Médical Gamesu (CMG).

Les prestations de soins gériatriques au CHU sont dispensées à l'intérieur de chaque spécialité existante du fait d'absence de gériatre. Le service

de médecine interne effectue plus d'hospitalisations que de consultations.

Le CMG emploie un pédiatre, un cardiologue, un endocrinologue, un interniste-gériatre. Le nombre moyen de PA consultées par semaine s'élève à 10.

Type, période et déroulement de l'étude

C'est une étude transversale prospective effectuée du 1er Juin 2015 au 31 Décembre 2016 soit 19 mois. Après la consultation classique, nous réalisons une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) systématiquement aux PA pour dépister d'autres problèmes de santé gériatrique indépendamment des critères de fragilité du fait du début de l'activité gériatrique au Togo [11]. L'étude s'est déroulée en 2 étapes : une enquête préliminaire portant sur 10 patients âgés afin d'améliorer et de valider la fiche d'enquête sur le profil polypathologique et thérapeutique et l'enquête proprement dite.

Les informations recueillies sont consignées dans le dossier médical du patient comprenant :

- Les données sociodémographiques : âge, sexe, profession ;
- Les antécédents pathologiques : médicaux, chirurgicaux, les pathologies en cours, les traitements suivis et en cours, les bilans paracliniques déjà réalisés ;
- Les motifs de consultation, les données de l'examen clinique et paraclinique ;
- Les diagnostics retenus, les traitements proposés (traitements nouveaux ajustés), les facteurs pronostiques ;
- Les données de l'EGS composées des grilles d'évaluation de : Mini Nutritional Assessment (30 points), Mini Mental Test (30 points) ou le Test du Sénégal (39 points), le Test de Tinetti (21 points), Giatric Depressive Scale (30 points), Activités de la Vie Quotidienne Et Activités Instrumentale de la Vie Quotidienne (10 points) pour cerner tous les problèmes de santé du sujet âgé [11]. Ces tests permettent d'évaluer respectivement l'état nutritionnel, les troubles cognitifs, le risque de chute, l'humeur et l'autonomie [11]. Un mauvais état nutritionnel correspond à un score $\leq 23,5$ [11]. Un score de Mini Mental Test (MMS) < 24 ou le Test du



Sénégal < 28 indique que le patient a des troubles cognitifs [11]. Le MMS est utilisé pour les patients ayant au-moins le certificat d'étude du premier degré. Le test du Sénégal est utilisé pour ceux qui ne savent pas lire et/ou écrire ou en cas de difficulté pour exécuter le MMS quel que soit le niveau intellectuel (saison, mois, ville, praxie constructive) [11]. La dépression est définie par un score de Geriatric Depressive Scale > 9 [11]. Toute anomalie du test de motricité et de l'autonomie est anormale et prise en charge comme telle [11].

En ce qui concerne l'obésité, les critères de définition sont identiques à celle des adultes : excès de masse grasse ayant des effets délétères pour la santé traduit par l'Indice de masse corporelle d'au-moins 30kg/m^2 et une circonférence abdominale > 102 cm chez l'homme et > 88 cm chez la femme selon l'OMS [17].

Tout paramètre biologique est dit pathologique s'il est en dehors des normes physiologiques. Seule pour la CRP, nous avons choisi une référence > 10mg/l [18].

Nous avons inclus dans notre étude des PA d'au moins 65 ans en consultation gériatrique externe dans les deux structures sanitaires. Nous avons exclu celles hospitalisées aux CHU-SO, le CMG n'hospitalisant pas. Nous n'avons pas inclus les patients de moins de 65 ans ainsi que les 10 patients de la fiche d'enquête préliminaire. Nous n'avons pas inclus aussi ceux ayant des complications graves liées à certaines affections chroniques (Pied diabétique sévère ou patients amputés, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux importants, insuffisances cardiaque ou rénale sévères, cancers au stade terminal, cachexie profonde et/ou grabataires avec ou sans escarres multiples, les troubles cognitifs et psychiques sévères, troubles neurosensoriels importants).

Aspects éthiques

Nous avons obtenu l'accord verbal du Chef de service de Médecine Interne et du Directeur du Cabinet Médical Gamesu. Nous avons expliqué aux enquêtés la confidentialité des résultats de notre étude et obtenu leur consentement oral du fait des données sensibles surtout dans l'EGS.

Analyse et traitements des données

Les résultats ont été traités avec le logiciel « Sphinx 5.3.1. », les données qualitatives avec Microsoft Word et les graphiques par Excel 2016. Les résultats sont rapportés en pourcentage et en moyenne simples avec des extrêmes.

Résultats

Cent cinquante-six patients étaient consultés avec 547 pathologies recensées dont 527 chroniques (96%).

Profil socio-démographique et anthropométrique :

Age et le sexe

Soixante-seize pour cent (76%) ont des femmes soit un sexe ratio de 3,17 en faveur des femmes, l'âge moyen est de 69,7ans avec des extrêmes de 65 et 91 ans. Selon les tranches d'âge, les patients de 65 à 75 ans sont prédominants avec 49% des consultations suivis de ceux de 75 à 85 ans (34%). Les plus de 85 ans représentaient seulement 17 %.

Statut matrimonial

Quatre-vingt-quatre pour cent (84 %) sont mariés et vivent en couple.

Mode de vie

Tous les patients vivent en famille, à domicile chez eux ou chez un parent (enfants, cousins, frères ou sœurs, tierce personne), exerçant sans difficulté les activités de la vie quotidienne. On retrouve 20 % d'obésité, 21 % de surpoids et 25 % ont un rapport tour de taille/tour de hanche > 1 (Tableau I).



Tableau I : Profil socio-démographique et anthropométrique des personnes âgées

	Nombre	Pourcentage
Hommes	53	34
Femmes	103	66
Vie à domicile	123	79
Veuf (ve)s	21	14
En couple	131	84
Age moyen	69,7ans	-
Tranche [65-75 ans]	128	82
TT/TH > 1	39	25
Poids normal	92	59
Surpoids ($25 \leq \text{IMC} \leq 30$)	33	21
Obésité ($\text{IMC} > 30$)	31	20

Profil pathologique clinique et biologique

Les affections chroniques cardiovasculaires et locomotrices sont les plus retrouvées respectivement dans 20 et 18% des cas. Les pathologies endocriniennes et métaboliques, inflammatoires et hématologiques, neurologiques et psychiatriques, et digestives représentent chacune environ 10%. Les maladies des autres organes représentent moins de 5% chacune. Chez les patients cardiovasculaires polypathologiques, 95,3% ont l'HTA sans autre facteur de risque (FDR) modifiable dans 52 % et avec des FDR modifiables dans 48%. Le diabète était retrouvé chez 28% des hypertendus, le syndrome métabolique (14%), l'obésité (14%). Le diabète représente 75% des maladies endocriniennes et métaboliques. L'anémie toutes causes confondues représente 80% des affections inflammatoires et hématologiques. L'association HTA-maladie rhumatologique est de 83 % (77) dans le groupe rhumatologique. La polypathologie représente 80% des cas (Tableau II).

Profil de la médication des patients âgés

Le nombre de médicaments journalier par sujet âgé malade prescrit était de 6 au minimum et de

13 au maximum avec une moyenne de 8,5. Toutes les affections sont médiquées selon les classes thérapeutiques à visée symptomatique ou étiologique. La médecine douce (acupuncture, hypnose, phytothérapie, ostéopathie, massage simple...) et les mesures hygiéno-diététiques sont moins utilisées avec un taux de 14%. Quant à l'automédication elle concerne surtout les antalgiques et les anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS). Ceux-ci sont les plus utilisés tant en pharmacie qu'aux bords des routes respectivement dans 30% et 26% des cas, suivi des antibiotiques à 25%. Sur prescription médicale, les antalgiques et AINS représentent respectivement 64% et 61%. Les bloqueurs du SRAA sont associés aux AINS chez 72 des 93 PA souffrant de pathologies cardiovasculaires et rhumatologiques soit 77%. Les benzodiazépines (38 %) sont les psychotropes les plus prescrits suivis des tricycliques (19%). La pharmacopée traditionnelle (infusions, pommades) représente 39% des cas (Tableau III).



Tableau II : Répartition du profil clinique et biologique chez les personnes âgées

	Nombre	Pourcentage
Pathologies cardiovasculaires	107	20
Pathologies rhumatologiques et orthopédiques	93	18
Pathologies endocriniennes et métaboliques	60	12
Pathologies inflammatoires et hématologiques	59	11
Pathologies neurologiques et psychiatriques	57	11
Pathologies digestives	46	9
Infections microbiennes	31	6
Iatropathogénie	20	4
Autres ^a	49	9
Total	527	100
HTA sans autres FDRCV ^b modifiables (compliquée ^c)	55(10)	51(18)
HTA avec autres FDRCV modifiables (compliquée)	47(16)	44(16)
Maladies cardiovasculaires sans HTA	5	5
Total	107	100
HTA avec diabète seul	29	62
HTA avec autres FDRCV métabolique modifiables	18	38
Total	47	100
Total	93	100
Diabète isolé (compliqué)	16(5)	26(3)
Diabète avec autres anomalies métaboliques (compliqué)	14(10)	23(71)
Dénutrition	5	8
Autres maladies métaboliques ^d	10	17
Total	60	100
Anémies toutes causes confondues	47	80
Autres affections inflammatoires/hématologiques ^e	12	20
Total	59	100
HTA avec diabète seul	29	62
HTA avec autres FDRCV métabolique modifiables	18	38
Total	47	100
Monopathologie	31	20
Polypathologie	125	80
2 pathologies	63	40
≥ 3 pathologies	62	40
Hémoglobine (<11,5 chez la femme et 13,0g/dl chez l'homme)	47	30
CRP>10mg/l	29	19
Hypoalbuminémie < 35g/l	13	8
Protéinurie	16	10
Dysnatrémie	24	15
Dyskaliémie	7	5
Dyscalcémie	28	18
Autres anomalies ioniques	13	8
Dysthyroïdie	4	3
Glycémie > 1,10g/l	54	35
Dyslipidémie	41	26
Anomalie du bilan hépatique ^f	27	17
Anomalie du bilan rénal ^g	19	12

a= pathologie uro- néphrologique (3 %), pulmonaire (3 %), dermatologique (2 %), sensorielle (1 %).

b= (Diabète, obésité, dyslipidémie, alcool, tabac, sédentarité, etc...).

c= Neurologique, cardiaque, rénale, oculaire, artériopathie des membres

d= Hypo ou hyperthyroïdie, hypo/hyper calcémie, hypo ou hyperkaliémie, hypo/hypernatrémie

e= Anomalies des autres lignées hématologique, syndrome inflammatoire sans cause évidente

f= Bilan hépatique : Transaminasémies, Gamma-GT, Phosphatases alcalines, bilirubines

g= Bilan rénal : Urée, créatininémie



Tableau III : Profil des médicaments utilisés par les personnes âgées selon leur provenance et les groupes thérapeutiques

	Nombre	Pourcentage
Médicaments prescrits par un professionnel de santé	125	80
Moyenne	8,5	-
Maximum	13	-
Minimum	5	-
Médicaments antalgique purs	99	64
Médicaments AINS	95	61
Médicaments cardiovasculaires	79	51
Antidiabétiques	64	41
Antibiotiques	67	43
Benzodiazépines pour insomnie	59	38
Autres psychotropes*	43	28
Antiulcéreux	44	28
Autres médicaments**	31	20
Médecine douce et mesures hygéo-diététiques	21	13
Automédication	69	44
Médicaments achetés à la pharmacie	143	92
Médicaments de rue	47	30
Médicaments de la pharmacopée traditionnelle	61	39
Autres thérapies non conventionnelles***	94	60

*Autres psychotropes : Neuroleptiques, antidépresseurs.

**Antianémiques, antihistaminiques, antitussifs, antispasmodiques,

*** Prières religieuses, les sacrifices divines votives et volontaires, les talismans,

Discussion

Cette étude préliminaire laisse la voie à d'autres études d'intérêt gériatrique, le Togo ne disposant que d'un gériatre. Il n'existe pas de service pour la prise en charge spécifique des PA. Ce contexte constitue une limite importante à notre étude tant pour la taille de l'échantillon vue la durée de l'étude que la non collaboration des autres spécialistes y compris chirurgicales à demander des avis gériatriques. Toutefois, cette étude montre la nécessité de la culture gériatrique quelle que soit notre spécialité vue l'insuffisance des spécialistes des personnes âgées dans nos milieux. Une étude d'envergure nationale permettra de faire l'état des lieux sur la santé des PA afin

d'élaborer une politique sanitaire axée sur cette tranche d'âge.

Concernant la sélection des enquêtés, nous avons exclu les patients hospitalisés du fait de la difficulté à administrer l'EGS en pleine hospitalisation dans des centres hospitaliers où les patients sont dispersés dans les autres spécialités. Nous n'avons pas inclus aussi ceux ayant des complications graves liées à certaines affections chroniques pour toujours faciliter l'usage de l'EGS. Les données de l'EGS permettent de donner une vision holistique de l'état de santé du patient âgé du fait de la rétention volontaire ou involontaire des informations recueillies [11]. Cette grille permet de sélectionner les patients



fragiles susceptibles de complications éventuelles en cas d'évènements intercurrents, elle a donc un intérêt préventif [11].

La définition de l'obésité basée sur l'IMC est moins adaptée aux patients âgés malgré les ajustements [17]. Vingt pour cent (20 %) des enquêtés sont obèses et 21 % en surpoids. En effet, le sujet âgé est caractérisé par une augmentation de la masse grasse et une diminution de la masse maigre à poids constant associé à une diminution de la taille liée aux tassements ostéoporotiques ou les déformations rachidiennes [19]. Toutefois, ce profil anthropométrique et pathologique des PA au Togo a été retrouvé par d'autres auteurs comme les études de Kakpovi au Togo, Deschasse en France ainsi que certaines enquêtes épidémiologiques [15, 16, 18, 20, 21, 22]. Par contre tous les patients sont autonomes : vivent à domicile et exercent les activités de la vie quotidienne sans difficulté, 84% vivent en couple et 14% sont veuf (ve)s, ce qui justifie le taux important des vieux jeunes ou des young older des anglo-Saxons. Les maladies cardiovasculaires (20%) et, rhumatologiques et orthopédiques (18%) sont au premier plan comme dans la littérature [1, 9, 22]. La polypathologie représente 80 % avec en moyenne 3,6 pathologies confortée par Frangos avec 4,5 pathologies [5].

Sur les 47 PA ayant l'HTA avec autres FDR cardiovasculaires modifiables, on retrouve le diabète dans 54% comme Dembélé (49% à partir 60 ans) et Persu (60% au-delà de 75 ans) [21, 22, 23, 24, 25, 26]. Ceci est lié aux effets du diabète sur l'appareil circulatoire ou leurs communs facteurs de risque [11].

Les pathologies cardiovasculaires étaient associées aux rhumatologiques dans 90% pour l'HTA contre 48% dans l'étude de Kakpovi en 2017 au Togo. Cet écart peut s'expliquer par le

fait que notre étude soit faite en consultation gériatrique où les autres pathologies d'organes y sont consultées.

Le nombre moyen de médicament par patient est de 8,5 médicaments avec des extrêmes de 6 et 13 médicaments. Frangos a retrouvé une moyenne de 8 médicaments par patients (extrêmes 5 et 12) [5]. Franchi a objectivé la prise de plus de 5 médicaments chez 48,5% des 2 000 000 de personnes âgées vivant à domicile et au long cours chez 28 % des enquêtés [6]. En France, 50% des PA d'au moins 65 ans achètent au minimum un médicament par mois. Plus de 10% des PA de 75 ans ou plus prennent 8 à 10 médicaments/jour [1, 3]. L'accès facile aux médicaments via la sécurité sociale en occident ou de rue en Afrique noire justifie la polymédication. Les antalgiques, AINS et médicaments cardiovasculaires sont les plus prescrits comme dans le travail de Saint-Jean [1]. Les médicaments cardiovasculaires en prévention secondaire (AAP à 30% et Statines à 24%) sont les plus prescrits avec les IPP à 31% selon Franchi du fait de l'augmentation des maladies ischémiques avec l'avancée en âge [2, 6, 11, 26]. Le jeune âge de notre population gériatrique justifie la prédominance d'antihypertenseurs à 73%, l'HTA étant de plus en plus fréquente dans toutes les tranches d'âge [20, 27, 28].

Sur prescription médicale, les antalgiques et AINS représentent respectivement 64% et 61% suivi des médicaments cardiovasculaires 51%. La grande consommation antalgique serait liée aux professions antérieures des patients dominées par l'agriculture et autres activités génératrices de revenus (port des bagages au dos, tête ou aux membres) traditionnelles sollicitant l'appareil locomoteur. Toutefois ce constat a été également fait en occident [1, 3], ceci peut s'expliquer par le vieillissement inéluctable de l'appareil locomoteur avec l'avancée de l'âge.



Les autres thérapies et pharmacopée traditionnelle [15, 29] occupent une place non négligeable. Ceci peut être justifié par le comportement moins conciliant des soignants envers les SA désireux de reconnaissance de droit d'ainesse et de courtoisie, ce qui est respecté dans les pratiques de thérapie non conventionnelle. De plus, l'absence de couverture sanitaire nationale avec les idées reçues de cherté de la médecine conventionnelle peuvent être d'autres arguments explicatifs. L'Institut Nationale d'Assurance Maladie (INAM), assurance étatique est l'apanage des fonctionnaires d'Etat retraités ou en activité représentant moins de 3% de la population [15, 30].

En analysant les prescriptions thérapeutiques, la prescription inappropriée la plus importante dans notre étude est l'association IEC et AINS représentant 77% des cas toute sources de médicaments confondus. L'effet délétère de cette association sur le rein des patients cardiovasculaires et les accidents des AINS chez le SA justifient la nécessité d'une culture gériatrique chez les prescripteurs pour une prescription appropriée [2, 3, 4, 12, 20, 24, 31]. Cette prescription d'AINS serait liée à la corticophobie et au non recours aux moyens non médicamenteux comme la médecine douce objectivé dans notre étude.

Les BZD sont les seuls psychotropes les plus prescrits dans le cadre de l'insomnie et ceci au long cours alors que l'insomnie ne justifie pas systématiquement la prescription de somnifères [2, 3, 4, 32, 33]. L'usage faible de la médecine douce pourrait encore justifier cette prescription [11]. Les autres psychotropes sont les tricycliques (18%) et les neuroleptiques classiques (9%). La non disponibilité des psychotropes adaptés aux PA dans les pharmacies de notre pays pourrait

expliquer ces choix sans exclure le manque de culture gériatrique des prescripteurs.

Seulement 4 % ont une iatrogénie à type d'hypoglycémie ou hypotension artérielle asymptomatique. Ce caractère asymptomatique nous fait poser les questions suivantes : existerait-il une inobservance thérapeutique d'autant plus que la polymédication est un facteur déterminant d'inobservance thérapeutique [33, 34] ? Les difficultés d'accès aux médicaments dues à la pauvreté (62%) de la population dans nos pays pourraient-elles justifier ce faible taux d'iatrogénie du fait que les patients n'honorent pas régulièrement leur prescription [16]. En effet la iatrogénie est très fréquente en population gériatrique en occident où l'accès aux services de santé est plus facile [4, 33]. En France 10 à 20% des hospitalisations sont liées à une iatrogénie [3, 20]. Toutefois, le caractère asymptomatique de ces iatrogénies pourrait s'expliquer par le profil jeune de notre échantillon et les critères de sélection. Nos patients sont adressés pour avis gériatrique ou venus en consultation externe sans aucune situation d'urgence. En effet dans la littérature, les décompensations neuropsychiques et les chutes sont les conséquences iatrogéniques les plus fréquentes [35] chez les personnes âgées du fait de la polymédication quotidienne [36].

Conclusion

Les personnes âgées posent un véritable problème de santé publique. Ces résultats confortent les données de la littérature à cause de l'augmentation de l'espérance de vie et de la maîtrise des pathologies intercurrentes aggravantes. La polymédication inadaptée est dangereuse et nécessite de mettre en place un référentiel adapté à la prise en charge de ces patients. Des stratégies et programmes multidimensionnels intégrés doivent être mis en œuvre pour mieux s'occuper



de la santé des personnes âgées, bâtisseurs hier de la société actuelle dont nous sommes héritiers.

Remerciements au professeur Alain FRANCO pour ses contributions.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. HAS, note méthodologique et de synthèse documentaire : Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015, consulté le 10 Août 2017 sur www.has-sante.fr,
2. Lang PO, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt-Ferrier N et al. Etude STOPP-START : Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Rev can santé publique* 2009 ; 100(6) : 426-31.
3. Legrain S. Haute Autorité de la Santé : Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance, consulté le 16 Juin 2017 sur https://www.has-sante.fr/.../pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
4. Hubbard RE, Sinead O'Mahony M, Woodhouse KW. Medication prescribing in frail older people. *Eur J Clin Pharmacol* 2013; 69(3): 319-26
5. Frangos Lordos E, Herrmann FR, Robine J-M, Balahoczky M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative Value of Medical Diagnosis Versus Physical Functioning in Predicting the 6-Year Survival of 1951 Hospitalized Old Patients. *Rejuvenation Research* 2008; 11(4): 829-836.
6. Franchi C, Tettamanti M, Pasina L, Djignefa CD, Fortino I, Bortolotti A, et al. Changes in drug prescribing to Italian community-dwelling elderly people: the EPIFARM-Elderly Project 2000-2010. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70(4): 437-43
7. Louria DB. Extraordinary longevity: individual and societal issues. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: S317-9.
8. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374:1196:1208.
9. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5:345-351.
10. Gilles P. Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord, *Population & Sociétés : Bulletin mensuel de l'Institut d'études démographiques* juin 2009, Paris, 457, consulté le 19 Décembre 2016 sur www.ined.fr,
11. Belmin J., Chassaigne P., Friocourt P., Gonthier R., Jeandel C., Nourhashémi F. et al. Editors. *Gériatrie pour le Praticien*. Paris : Elsevier Masson, 2ème édition, 2009.
12. Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, Guliana JM, Bouget J, Trombert B, et al. Emergency department visits caused by adverse drug events: results of a French survey. *Drug Saf* 2007;30 (1):81-8.
13. Hanon O, Jeandel C, Albrand G, Belmin J, Berrut G, Bonin-Guillaume S et al. Editors. *Prescriptions Médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées (Guide P.A.P.A)*. Paris : FRISON-ROCHE, 2014, 150 pages.
14. HAS : Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? consulté le 16 <https://doi.org/10.1089/rej.2008.0721>



- Janvier 2017 sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1771482/fr/ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee-fiche-points-cles.
15. Ministère de la Santé au Togo : Plan National de Développement sanitaire 2012-2015, consulté le 1^{er} Juin 2017 sur www.who.int/.../togo_annex3_national_health_development_plan_2012_2015.pdf
 16. Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles, consulté le 30 Mai 2017 sur www.who.int/fctc/reporting/party.../togo_annex2_ncd_strategy_2012_2015.pdf
 17. J.-L. Schlienger, F. Luca, A. Pradignac, Particularités de l'obésité chez la personne âgée, Nutrition et dénutrition du sujet âgé, Médecine des maladies Métaboliques - Septembre 2009 - Vol. 3 - N°4 375-379.
 18. Deschasse G, Lombrail P, Steenpass V, Couturier P, Gavazzi G. Association entre lymphopénie et mortalité chez les sujets âgés admis en unité de médecine aigüe gériatrique. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2014 ; 12(1) :25-33.
 19. Baumgartner RN. Body composition in healthy aging. Ann N Y Acad Sci 2000;904:437-48.
 20. Kakpovi K, Koffi-Tessio VES, Houzou P, Agbevide K, Fianyo E, Tagbor KC et al. Affections rhumatologiques du sujet âgé en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé 2017 ; 19(1) 267-74.
 21. Dembélé M, Sidibé AT, Traoré H.A, Tchombou H, Zounet B, Traoré AK et al. Association HTA - diabète sucré dans le service de médecine interne de l'Hôpital du point G – Bamako. Médecine d'Afrique Noire 2000 ; 47(6) : 276-80.
 22. ObEpi, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, Une enquête INSERM / KANTAR HEALTH / ROCHE, consulté le 13 mars 2016 sur www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf.
 23. Muggli F, Martina B. Mesure de la tension artérielle et classification de l'hypertension. Forum Med Suisse 2009; 9(35):606-9.
 24. Milon H, Lantelme P, Rial MO. Hypertension artérielle de l'adulte. La revue du praticien 2005 ; 55: 423-33.
 25. Patterson C, Logan AG. Hypertension chez les personnes âgées : recherche de cas et traitement pour la prévention des maladies vasculaires, In : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide Canadien de médecine clinique préventive. Ottawa, Santé Canada, 1994, 1065-76.
 26. Persu A. Traitement de l'hypertension artérielle du sujet diabétique. Louvain Médical 2005 ; 124 : S53-S60.
 27. Boddaert J, Ray P, Claessens YE, Combes X, Desmettre T, Gavazzi G et al. Editors. Traité de Médecine d'Urgence de la Personne Âgée. Rueil-Malmaison : ARMETTE 2011.
 28. Goeh-Akué E, Yehadji KY, Baragou S, Kouvahey DE, Assou K, Soussou BL. Hypertension artérielle en milieu rural au Togo: Cas du District Sanitaire d'Agou. Rev. CAMES 2008 ; 06 :65-9.
 29. Kpagassou BL, Hatta O. Besoins des malades en fin de vie hospitalisés au Togo : Etude qualitative. Médecine palliative,



- Soins de support, Accompagnement, Ethique, 2016 ; 15 :96-104.
30. Kamara A. Etude sur la protection sociale et la gestion médicale de l'indigence au Togo. Consulté le 06 Décembre 2016 sur www.afd-ld.org/~muPA/pdf/6_doc_1.pdf,
 31. HAS 2010 : Prescription des psychotropes chez le sujet âgé consulté le 16 Juin 2017 sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013.
 32. Han L, McCusker J, Cole MG, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medications with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. *Arch Intern Med* 2001; 161:1099–1105
 33. Garner JB. Problems of nonadherence in cardiology and proposals to improve outcomes. *Am J Cardiol* 2010; 105(10):1495–1501,
 34. Davies EC, Green CF, Taylor S, Taylor S, Williamson PR, Mottram DR et al. Adverse drug reactions in hospital inpatients: a prospective analysis of 3695 patients episodes. *PLoS One* 2009; 4:4439
 35. Gurwitz JH, Field TS, Avorn J, McCormick D, Jain S, Eckler M et al. Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes. *Am J Med* 2000; 109:87–94
 36. Payne RA, Avery AJ, Duerden M, Saunders CL, Simpson CR, Abel GA. Prevalence of polypharmacy in a Scottish primary care population. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70(5):575-81.