UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016 N° 040

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Valérie FARNE

née le 28/06/1987 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2016

Connaissance des médicaments chez la personne âgée de 65 ans ou plus : de l'évaluation à l'amélioration des pratiques

Président : Monsieur le Professeur Eric DAILLY

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Caroline VIGNEAU-VICTORRI

Monsieur le Docteur Cédric RAT

REMERCIEMENTS

Au Professeur Eric DAILLY, **Président de jury**,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour votre disponibilité.

Au Docteur Caroline VIGNEAU-VICTORRI, directrice de thèse,
Mon projet a reçu ta confiance dès le début, et je t'en suis sincèrement reconnaissante. Merci pour ta disponibilité, tes précieux conseils et tes encouragements tout au long de ce travail. Rigoureuse, toujours admirablement présente et bienveillante dans les moments de doute qui ont émaillé l'élaboration de cette thèse, ton optimisme et ta bonne humeur ont été de véritables moteurs. Encore une fois, merci pour tout.

Au Docteur Cédric RAT, co-directeur de thèse,
Merci pour ta rigueur et tes précieux conseils qui ont permis d'élaborer ce travail. Dévoué à l'enseignement de la médecine générale, je te suis reconnaissante du temps que tu y as consacré.

Au Docteur Denis JOZWIAK,
Merci pour ton soutien tout au long de ce travail et l'intérêt que tu y portes en acceptant de le juger. Nous nous rejoignons dans la passion de notre métier, et tu m'as fait l'honneur d'accepter de siéger dans mon jury de thèse.

A tous les patients qui ont contribué à l'élaboration de cette thèse en prenant le temps de répondre aux questionnaires, et aux médecins généralistes qui ont accepté de les diffuser dans leurs cabinets.

A Mélanie, pour son aide précieuse dans les analyses statistiques.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AVK : Anti Vitamine K

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

DCI : Dénomination Commune Internationale

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

MMAS-4 : Morisky Medication-taking Adherence Scale (4-item)

MMSE : Mini-Mental State Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **2**

LISTE DES ABRÉVIATIONS **3**

INTRODUCTION **6**

I. Une population française vieillissante 6

II. Polypathologie et polymédication 6

III. Importance de la connaissance de son ordonnance 7

IV. Objectif de l'étude 8

MATÉRIEL ET MÉTHODES **10**

I. Matériel 10

A. Description de l'outil 10

B. Acceptabilité de l'outil 11

II. Méthodes 12

A. Type d'étude 12

B. Critères d'inclusion 12

C. Déroulement de l'enquête 13

D. Critère d'évaluation principal 14

E. Critère de jugement principal 14

F. Critères de jugement secondaires 14

G. Méthodes d'analyse 14

RÉSULTATS **17**

I. Caractéristiques de la population 17

A. Données socio-démographiques 17

B. Données médicamenteuses 18

C. Parcours de soins 19

D. Données sur le comportement médicamenteux 20

II. Évaluation de la connaissance des médicaments 22

A. Connaissance par ligne de médicaments 22

B. Connaissance de son ordonnance 24

III. Analyse des facteurs influençant la connaissance de son ordonnance 25

A. Analyse descriptive 25

B. Analyse comparative 29
DISCUSSION 32
I. Connaissance de son ordonnance....32
A. Critère de jugement principal : connaissance nom et indication de tous ses médicaments....32
B. Facteurs influençant la connaissance....34
II. Limites et forces de l'étude 41
III. Pistes d'amélioration....43
A. Améliorer l'information délivrée 43
B. Optimiser la prescription et dispensation....48
C. Pallier à la méconnaissance....50
CONCLUSION 52
BIBLIOGRAPHIE 54
ANNEXES 61
ANNEXE 1.1 : Auto-questionnaire (recto)....62
ANNEXE 1.2 : Auto-questionnaire (verso)....63
ANNEXE 2 : Note d'information à l'attention des patients concernés par l'étude ..64
ANNEXE 3 : Note d'information à l'attention des internes en stage SASPAS et médecins généralistes....65
ANNEXE 4 : Classes thérapeutiques les plus prescrites....66
ANNEXE 5 : Répartition des médicaments selon la classification ATC et l'observance 67

INTRODUCTION

I. Une population française vieillissante

Le vieillissement de la population est une réalité qui transforme en profondeur notre société, et notre exercice de la médecine.

Au 1er janvier 2016, 12,5 millions de personnes en France ont 65 ans ou plus. Cela représente 18,8 % de la population française (soit une augmentation de 3,7 points en 20 ans), dont 9,1% a 75 ans ou plus (1). Selon l'Insee, si les tendances démographiques récentes se maintiennent, à l'horizon 2060 le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus devrait quasiment quadrupler, et les 75 ans ou plus représenteraient 16% de la population française.

Avec une espérance de vie à la naissance en 2015 de respectivement 85 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes, la prise en charge de la personne âgée représente un enjeu majeur de santé publique.

II. Polypathologie et polymédication

L'avancée en âge s'accompagne de la polypathologie. Bien qu'il n'existe pas de définition précise de ce terme, la polypathologie est le plus souvent définie comme le cumul de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période (2). En 2008, l'IRDES a mis en évidence que les 65 ans ou plus déclaraient en moyenne 6 maladies (hors maladies des dents et du parodonte et anomalies de la réfraction) (3).

Les personnes âgées représentent une population grandissante des consultations en médecine générale. En moyenne dans l'année les sujets âgés de 75 ans ou plus ont recours au médecin généraliste 8 fois (4), et ils sont 90% après 60 ans à consulter au moins une fois un omnipraticien (5).
La polypathologie devient donc la règle dans la pratique de la médecine générale.

Et cette polypathologie conduit à une polymédication, qui elle-même majore (2,6):

- le risque d'interactions médicamenteuses et d'accidents iatrogéniques,
- le risque d'hospitalisations,
- le risque de prescriptions en cascade,
- le manque d'observance du patient.

Après 65 ans, les effets indésirables médicamenteux sont en moyenne 2 fois plus fréquents que dans la population générale (7), et près de 16% des hospitalisations chez le sujet âgé seraient liées à un problème avec un médicament (8).

III. Importance de la connaissance de son ordonnance

Dans ce contexte, il est de plus en plus rare de rencontrer un patient âgé ayant une bonne connaissance de ses traitements. Et pourtant, ces acquis sont essentiels pour que le malade soit pleinement acteur de sa prise en charge médicale.

Ne pas être capable de rapporter à un professionnel de santé ses traitements pris de façon chronique peut être extrêmement délétère voire dangereux pour le patient.

Que ce soit en situation d'urgence ou face à un prescripteur qui rencontre le malade pour la 1ère fois (par exemple sur un lieu de vacances), toute décision thérapeutique dépend des médicaments qu'il prend habituellement.
La situation qui amène le patient à consulter peut être directement la conséquence de la prise d'un médicament (déshydratation sous diurétiques, hypoglycémie sous sulfamides, etc.), ou son état clinique peut nécessiter un traitement qui peut être formellement contre-indiqué avec ses médicaments chroniques (par exemple nécessité d'adaptation de l'antiagrégation plaquettaire à la phase initiale d'un syndrome coronarien aigu sous AVK).

Avec l'augmentation du nombre de médicaments sur le marché et la généralisation de la dispensation des génériques, le médecin ne peut aujourd'hui se contenter d'indications sur les traitements du patient telles que « la petite pilule blanche » ou encore « le comprimé pour le cœur ».

Dans son propre intérêt, le malade doit se responsabiliser.
Une bonne connaissance de ses traitements permet à la fois de sécuriser la prise unitaire de chaque médicament mais également le soin de la personne âgée dans sa globalité, et ainsi diminuer le risque iatrogénique.

Par ailleurs, les études s'accordent sur la corrélation entre la connaissance des traitements et l'observance (9–14).

Un défaut d'observance serait en cause dans 5 à 11% des hospitalisations chez le sujet âgé (15–18), et 21 à 40% des accidents iatrogéniques (16,19).
Au-delà des conséquences médico-économiques, une mauvaise observance est aussi délétère pour la relation de confiance entre le médecin et son patient (13), qui peut être vécue comme une véritable rupture dans l'alliance thérapeutique.
Améliorer l'observance apporterait donc un bénéfice individuel, pour le patient, mais également collectif, pour la société.

Ces données sur l'observance ne font que renforcer l'importance pour la personne âgée de bien connaître son ordonnance.

IV. Objectif de l'étude

Assurer la prise en charge d'une population vieillissante croissante consiste à accompagner ces personnes en repérant au mieux leurs fragilités. Une mauvaise connaissance de ses traitements en fait partie.

Il n'y a pas de définition précise, et encore moins universelle, de ce qu'est une bonne connaissance de son ordonnance.
Idéalement, on pourrait dire qu'un patient a une connaissance optimale de son ordonnance s'il est capable de décrire, pour l'ensemble de ses médicaments, à la fois le nom, l'indication, la posologie, la galénique, les horaires et modalités de prise, les effets secondaires, et la conduite à tenir en cas d'oubli de prise (20–22).

Les études sur le sujet commencent à se développer depuis quelques années, avec une grande hétérogénéité en termes de méthodologies, populations et maladies étudiées. Mais peu ont analysé la connaissance des médicaments chez la personne âgée d'un point de vue sécuritaire.

C'est dans cette optique que nous avons voulu évaluer la prévalence de personnes âgées de 65 ans et plus, en milieu ambulatoire, qui connaissaient de manière satisfaisante l'ensemble de leurs traitements.
Les objectifs secondaires étaient d'identifier d'éventuels facteurs influençant cette connaissance et, dans l'hypothèse qu'elle ne soit pas suffisante, proposer des pistes d'amélioration adaptées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Matériel

A. Description de l'outil

Le support principal de l'étude était un auto-questionnaire.
Il était composé de 14 items et se présentait sous forme d'une feuille recto-verso, format A4. Le recto, un unique tableau présenté dans le sens horizontal, constituait le premier item (Annexe 1.1). Les 13 suivants étaient au verso (Annexe 1.2).

Ce questionnaire se divisait en 3 parties principales :

1. Le premier item, un tableau composé de 8 colonnes évaluant à la fois le niveau de connaissance de ses médicaments par le patient (colonnes 1 à 5) et l'observance (colonnes 6 à 8).
   Ce tableau pouvait être rempli à l'aide des ordonnances du patient. Cela était même préférable afin de limiter le nombre d'erreurs.

   Il fallait inscrire un médicament par ligne, et pour chacun, y renseigner :
   - son nom (DCI et/ou nom commercial),
   - son indication,
   - le fait de pouvoir le citer de tête ou non,
   - la lecture ou non de sa notice d'utilisation,
   - la connaissance ou non de ses effets secondaires,
   - l'observance.

   Dans la 1ère colonne ne devaient figurer que les médicaments pris en tant que traitement chronique, et pas ceux prescrits pour un épisode aigu.

   Les questions portant sur l'observance thérapeutique (3 dernières colonnes du tableau) se sont inspirées du test de Morisky, MMAS-4 (23), traduit en français. Initialement validé dans l'hypertension artérielle, ce test permet de classer

l'observance du patient en « élevée » s'il a répondu négativement aux 4 questions, « moyenne » s'il a répondu positivement à 1 ou 2 questions, et « faible » pour des réponses positives à au moins 3 questions.
L'item 4 au verso complétait ces données, en spécifiant les raisons d'une moins bonne observance.

2. Des données sur le comportement médicamenteux du patient (items 2 à 6) :
    - utilisation ou non d'un pilulier,
    - besoins et sources d'information,
    - raisons d'un défaut d'observance,
    - recours ou non à l'automédication,
    - nombre de médecins généralistes et spécialistes consultés dans l'année.

3. Des données épidémiologiques (items 7 à 13) :
    - consommation alcoolo-tabagique,
    - âge,
    - sexe,
    - situation maritale,
    - niveau d'études,
    - profession exercée.

Concernant la consommation d'alcool, l'outil validé CAGE-DETA (24) en 4 questions a été utilisé pour dépister un mésusage ; une réponse positive à 2 questions sur 4 étant un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool (usage nocif ou alcoolodépendance).
Selon l'OMS, une consommation d'alcool est dite à risque plus élevée lorsqu'on dépasse les seuils respectifs de 2 verres standards par jour pour une femme et 3 verres pour un homme (25).

B. Acceptabilité de l'outil

Afin de s'assurer de la bonne compréhension et faisabilité du questionnaire, celui-ci avait été préalablement testé durant le mois de mai 2015 auprès de 12 patients dans

une pharmacie à Carquefou (Loire-Atlantique) et un cabinet de médecine générale à Vertou (Loire-Atlantique).

Le temps de remplissage du questionnaire variait entre 5 et 15 minutes, dépendant surtout du nombre de médicaments et de l'âge du patient.
Dans l'ensemble bien compris, la majorité des personnes interrogées toutefois ne saisissaient pas la nuance entre les questions du test MMAS-4 « Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ? » et « Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ? ». Nous avons donc choisi de ne retenir qu'une seule de ces questions, la première.

Par ailleurs, une lettre d'information (Annexe 2) accompagnait chaque questionnaire et précisait que les données agrégées pouvaient être utilisées à des fins de recherche, afin de s'assurer de la non-opposition des patients.

II. Méthodes

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, prospective et multicentrique.

B. Critères d'inclusion

Etait inclus dans l'étude tout patient âgé de 65 ans ou plus, et :

- consommant au moins un médicament chronique prescrit,
- consultant en cabinet de médecine générale,
- autonome dans la gestion de son traitement (préparation et prise de ses médicaments),
- maîtrisant la langue française,
- consentant à répondre au questionnaire.

Les patients avec des troubles cognitifs avérés (pas de MMSE exigé), ou une altération sévère des fonctions sensorielles (cécité, surdité) les rendant dépendant dans la gestion de leur traitement, ou ne consentant pas à répondre au questionnaire étaient exclus.

C. Déroulement de l'enquête

Le questionnaire a été diffusé de deux manières : par des internes en médecine générale en stage SASPAS de la faculté de médecine de Nantes, et dans des cabinets de médecine générale, dans les départements de Loire-Atlantique et Vendée.

A l'occasion d'un groupe d'échanges de pratique pour les étudiants en stage SASPAS, chacun des 24 internes présents a reçu 10 questionnaires, accompagnés de 2 notes d'informations, l'une à leur attention (Annexe 3), l'autre à celle des sujets concernés par l'étude (Annexe 2). Leur était remis également une enveloppe pré-timbrée, destinée à retourner les questionnaires complétés.
Suite aux très faibles retours par les internes en stage SASPAS, la méthode de diffusion des questionnaires a été étendue dans un second temps dans des cabinets de médecine générale de Loire-Atlantique, répartis équitablement entre milieux urbain et rural.

Le patient était invité à participer à l'étude en cours soit par l'interne en stage SASPAS ou le médecin généraliste, soit par le secrétariat du cabinet dans lequel il consultait.
Une fois l'accord du patient obtenu, le questionnaire pouvait être complété soit dans la salle d'attente, soit dans le cabinet du médecin.
Pour préserver au maximum la relation médecin-patient, le questionnaire n'était pas à faire remplir par, ou même en présence, du médecin traitant.
Le recueil de données s'est déroulé sur une période de 5 mois, du 8 juillet au 31 décembre 2015.

D. Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal était d'apprécier la prévalence de personnes âgées de 65 ans ou plus ayant un niveau de connaissance de leur ordonnance suffisant en situation d'urgence ou d'inconnu.

E. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de l'étude était le pourcentage de sujets âgés de 65 ans ou plus qui connaissaient à la fois le nom et l'indication de tous les médicaments de leur ordonnance.

F. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient de rechercher des déterminants d'une bonne connaissance de son traitement grâce à l'analyse des données épidémiologiques et médicamenteuses, à partir d'une approche centrée sur le patient.

G. Méthodes d'analyse

1. Evaluation de la connaissance de son ordonnance

Dans un premier temps, la connaissance de l'indication a été évaluée de façon individuelle pour chaque ligne de médicament prescrit. Nous l'avons divisée en 3 catégories : soit le patient était capable de citer l'indication de l'AMM de son médicament, soit l'organe cible sur lequel il agissait, soit il ne savait pas pourquoi il était prescrit (ignorance ou erreur).

Aucune étude n'a statué sur une définition exacte d'une bonne connaissance de l'indication de ses traitements. Nous avons donc fixé qu'un patient avait une bonne

connaissance de son ordonnance si, pour l'ensemble de ses médicaments, l'indication rapportée dans la colonne « Raison pour laquelle vous le prenez » était mentionnée dans l'AMM du médicament.
Toute ordonnance comptant au moins une ligne dont l'indication n'avait pas été renseignée excluait le patient de cette analyse.
Toute ligne de traitement cotée « Organe cible » ou « Erreur » catégorisait donc le patient comme ayant un niveau de connaissance de son ordonnance non suffisante.

Puis la même méthodologie s'est appliquée pour évaluer la connaissance du nom des traitements. Le sujet n'était considéré comme ayant une bonne connaissance que s'il avait répondu positivement dans la colonne « Pouvez-vous le citer de tête si vous n'avez pas votre ordonnance ? », pour la totalité de ses médicaments.

Notre critère de jugement principal étant la connaissance parfaite de son ordonnance par le sujet âgé de 65 ans ou plus a ainsi été défini par la connaissance de l'indication de l'AMM et du nom de l'ensemble de ses traitements.

2. Evaluation du comportement médicamenteux

Les items concernant la lecture de la notice d'utilisation, la connaissance des effets secondaires, l'observance et l'automédication n'ont pas été étudiés par ligne de médicament mais de façon globale par patient.
Ainsi, nous avons établi qu'un patient lisait la notice d'utilisation de ses traitements ou connaissait ses effets secondaires s'il avait répondu positivement dans les 4ème et 5ème colonnes du tableau principal pour l'ensemble de ses médicaments. A l'inverse, le sujet était défini comme observant s'il avait répondu par la négative dans les 6ème à 8ème colonnes pour tous ses traitements.

Concernant l'automédication, nous avons pris en compte tous les médicaments à l'exception du paracétamol, du fait de la banalisation de sa consommation dans la population générale.
En effet, avec plus de 500 millions de boîtes vendues en 2013 en France, la substance active la plus utilisée en ville, et de prescription médicale facultative, est

de loin le paracétamol, que ce soit en chiffre d'affaires ou en nombre de boîtes vendues (26).

3. Analyses statistiques

Les médicaments ont été répartis selon la classification ATC, établie par l'OMS pour favoriser les études internationales (27).

Les déterminants potentiels associés à la connaissance de son ordonnance ont été explorés par une analyse univariée, puis en multivariée lorsque $p<0,2$.
Le seuil de significativité retenu était fixé à 5% ($p<0,05$).

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population

A. Données socio-démographiques

Cent trente-cinq questionnaires ont été recueillis sur la période de l'étude. Un a été exclu (données inexploitables), soit 134 patients inclus au total.

La répartition par sexe était strictement la même. L'âge moyen était de 74,33 ans, avec des extrêmes allant de 65 à 97 ans.

Les principales caractéristiques sont décrites dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Caractéristiques des patients

		N = 134	
		n	**%**
Sexe	Femme	67	50,0
	Homme	67	50,0
Age	Moyen : 74,33 ± 7,56		
	Médian : 73 (minimum 65, maximum 97)		
Statut marital	Marié(e)	89	66,4
	Veuf(ve)	28	20,9
	Divorcé(e)	10	7,5
	Célibataire	5	3,7
	Concubinage	2	1,5
Niveau d'études	Sans diplôme	4	3,0
	Certificat d'études	36	26,9
	Brevet/CAP/BEP	53	39,6
	Baccalauréat	18	13,4
	Bac + 1-5 ans	13	9,7
	Bac > + 5 ans	9	6,7
	NR*	1	0,7
Tabagisme	Jamais	123	91,8
	< 5 cigarettes/jour	6	4,5
	5-10 cigarettes/jour	1	0,7
	> 10 cigarettes/jour	4	3,0
Consommation d'alcool	Jamais	45	33,6
	< 3 verres/semaine	49	36,6
	1-3 verres/jour	37	27,6
	> 3 verres/jour	3	2,2

*NR = Non renseigné

Parmi les 11 patients (8,2%) ayant déclaré une consommation tabagique, aucun n'avait modifié récemment sa consommation.

Concernant l'alcool, 3 patients (2,2%) ont rapporté une consommation dite excessive. Deux autres ont été dépistés à l'aide du questionnaire DETA (l'un avait déclaré une consommation inférieure à 3 verres par semaine, l'autre entre 1 et 3 verres par jour, mais tous deux avaient 3 réponses positives parmi les 4 questions posées).

B. Données médicamenteuses

Les 134 sujets de l'étude recevaient au total 583 médicaments prescrits.
Le nombre médian de médicaments par ordonnance était de 4, avec un minimum de 1 et un maximum de 13.
Cinquante-six patients (41,8%) prenaient au moins 5 médicaments par jour.

La figure 1 illustre la distribution du nombre de médicaments prescrits par patient.

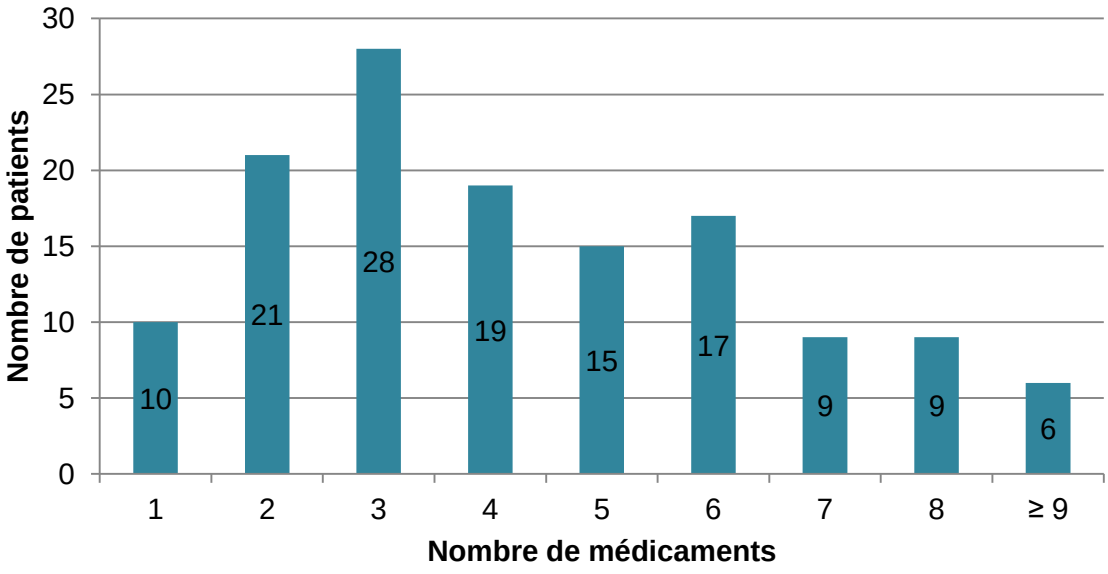


Figure 1 : Répartition des 583 médicaments prescrits par patient

Le nombre moyen de médicaments prescrits était de 4,35 et augmentait avec l'âge : 3,84 pour les 65-74 ans, 4,73 pour les 75-84 ans et 5,76 pour les plus de 85 ans.

Trois cent quatre-vingt-un médicaments (65,4%) étaient prescrits sous leur nom commercial, ou dit de fantaisie.

Les médicaments les plus prescrits étaient ceux agissant sur le système cardiovasculaire (40,0%), l'appareil digestif et métabolisme (15,3%), et le système nerveux (14,6%). Le tableau II montre la répartition des médicaments en fonction de la classification ATC.
Les hypolipémiants étaient la classe thérapeutique la plus prescrite (n = 70), suivis ex-æquo des antiagrégants plaquettaires et bêta-bloquants (n = 42), puis des antalgiques (n = 39) (Annexe 4).

Tableau II : Répartition des médicaments prescrits selon la classification ATC

N = 583		
Classification ATC	**n**	**%**
A = voies digestives et métabolisme	89	15,3
B = sang et organes hématopoïétiques	60	10,3
C = système cardiovasculaire	233	40,0
G = système génito-urinaire	24	4,1
H = hormones systémiques	25	4,3
M = système musculo-squelettique	24	4,1
N = système nerveux (dont antalgiques)	85	14,6
R = système respiratoire	25	4,3
Autres	18	3,0

C. Parcours de soins

Vingt patients (14,9%) avaient consulté au moins 2 médecins généralistes différents dans l'année et 95 (70,9%) avaient eu recours à au moins un médecin spécialiste (minimum 0, maximum 7).
Les cardiologues étaient les médecins spécialistes les plus consultés au cours de l'année, devant les ophtalmologues, les dermatologues et les gastro-entérologues, comme exposé dans la figure 2 ci-dessous.

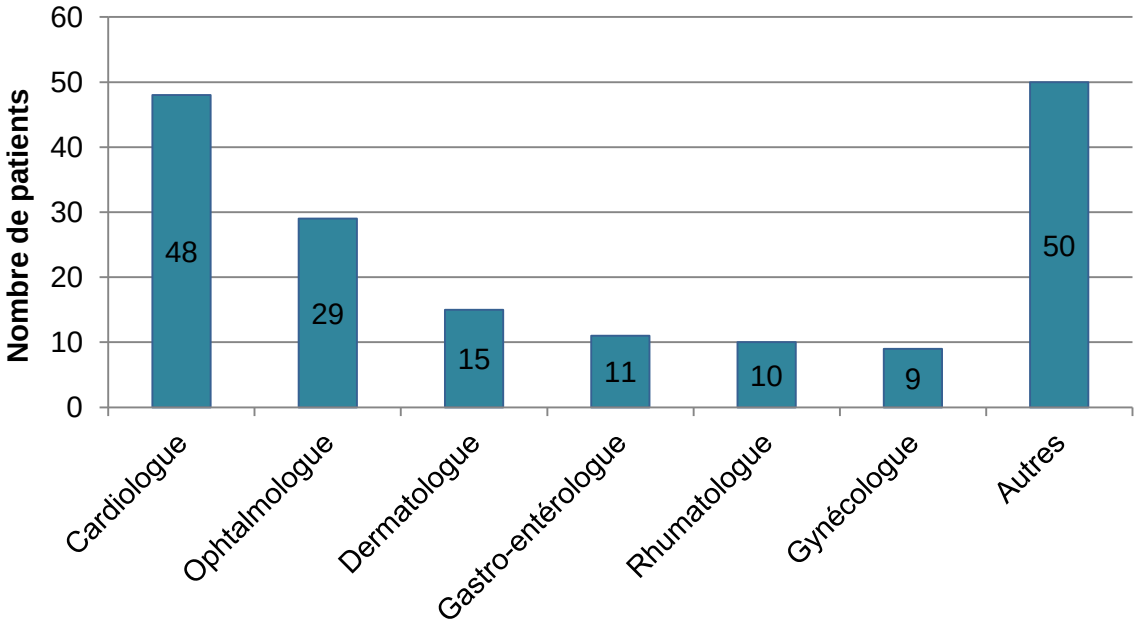


Figure 2 : Répartition des médecins spécialistes consultés dans l'année

D. Données sur le comportement médicamenteux

Une grande majorité de patients n'utilisaient pas de pilulier (71,6%), lisaient les notices d'utilisation de leurs médicaments (59,0%) mais n'en connaissaient pas les effets secondaires (70,9%).

Quarante-huit sujets ont rapporté une observance non parfaite.
Parmi les 93 médicaments concernés, l'oubli était la principale raison évoquée (68,8%), devant l'absence de nécessité de la prise du traitement (14,0%), les effets indésirables (10,8%) et l'absence d'efficacité (3,2%). Pour près de la moitié d'entre eux (44,1%), il s'agissait de traitements agissant sur le système cardiovasculaire (Annexe 5).

L'ensemble de ces données sur le comportement médicamenteux et l'observance des patients sont présentées dans le tableau III.

Tableau III : Comportement des patients vis-à-vis de leurs médicaments

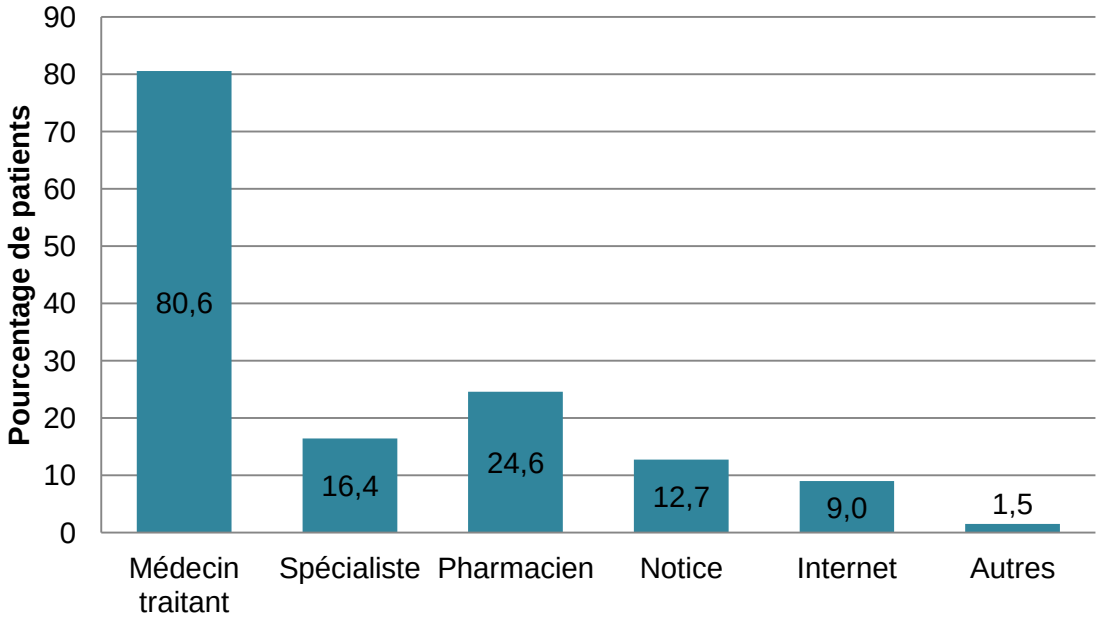
		N = 134	
		n	**%**
Utilisation d'un pilulier	Oui	38	28,4
	Non	96	71,6
Lecture de la notice	Oui	79	59,0
	Non	54	40,3
	NR*	1	0,7
Connaissance des effets secondaires	Oui	35	26,1
	Non	95	70,9
	NR*	4	3,0
Oubli traitement parfois	Oui	48	35,8
	Non	85	63,4
	NR*	1	0,7
Arrêt traitement si se sent mieux	Oui	26	19,4
	Non	105	78,4
	NR*	3	2,2
Arrêt traitement si se sent moins bien	Oui	16	11,9
	Non	112	83,6
	NR*	6	4,5
Automédication	Oui	16	11,9
	Non	118	88,1

*NR = Non renseigné

Parmi les 120 sujets ayant répondu à la question « Souhaiteriez-vous être mieux informé sur votre traitement ? », 69,2% (n = 83) ont répondu négativement.

Les médecins généralistes étaient de loin la principale source d'information des patients lorsqu'ils ont des questions sur leurs traitements, suivis des pharmaciens et médecins spécialistes. Quarante-six personnes interrogées (34,3%) citaient plusieurs sources d'information.

La figure 3 ci-dessous illustre cette répartition.



Autres : Infirmière, Le Magazine de la santé (émission télévisée)

Figure 3 : Sources d'information des patients sur leurs traitements

II. Évaluation de la connaissance des médicaments

A. Connaissance par ligne de médicaments

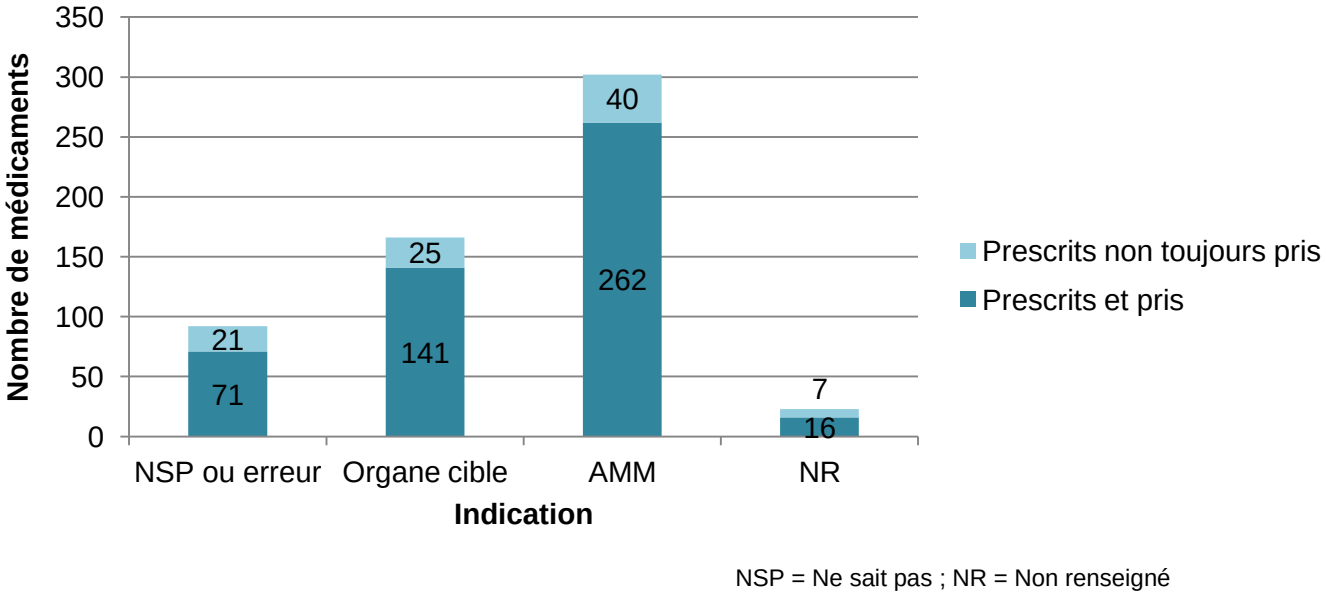
1. Connaissance du nom des médicaments

Parmi les 583 médicaments prescrits, 376 noms (64,9%) étaient connus.
Pour 70,7% de ces traitements correctement nommés (n = 266), la prescription était faite en nom commercial.

2. Connaissance de l'indication des médicaments

L'indication de l'AMM était connue pour 302 médicaments (51,8%), et l'organe cible pour 166 (28,5%) d'entre eux. L'indication n'était pas sue pour 92 traitements (15,8%).

La figure 4 expose la répartition du nombre de médicaments prescrits en fonction du niveau de connaissance de leur indication et de l'observance.



NSP = Ne sait pas ; NR = Non renseigné

Figure 4 : Connaissance de l'indication des 583 médicaments prescrits

La figure 5 montre la répartition du nombre de médicaments prescrits en fonction du niveau de connaissance de leur indication et de la classification ATC.

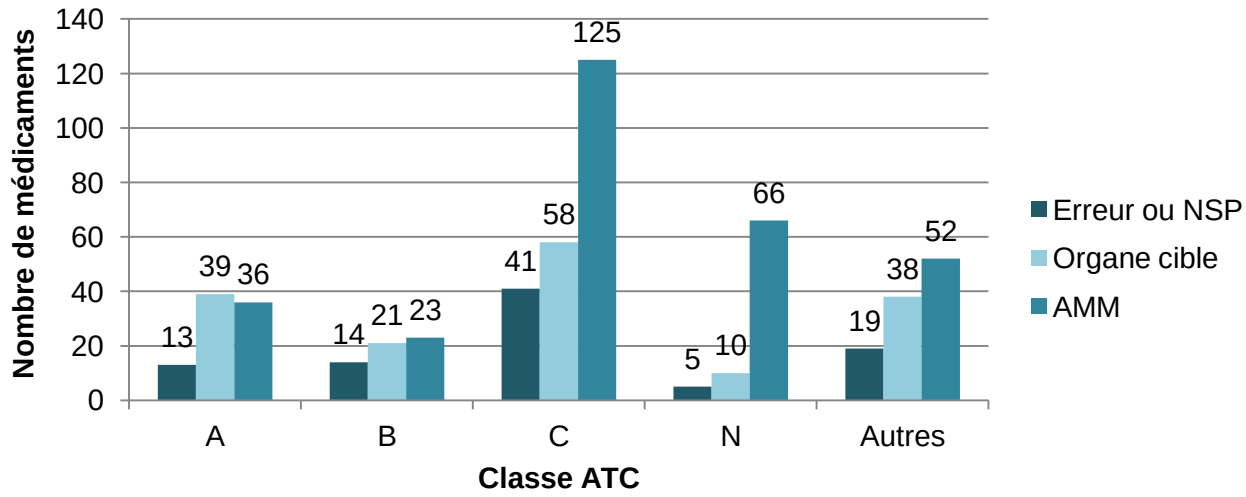
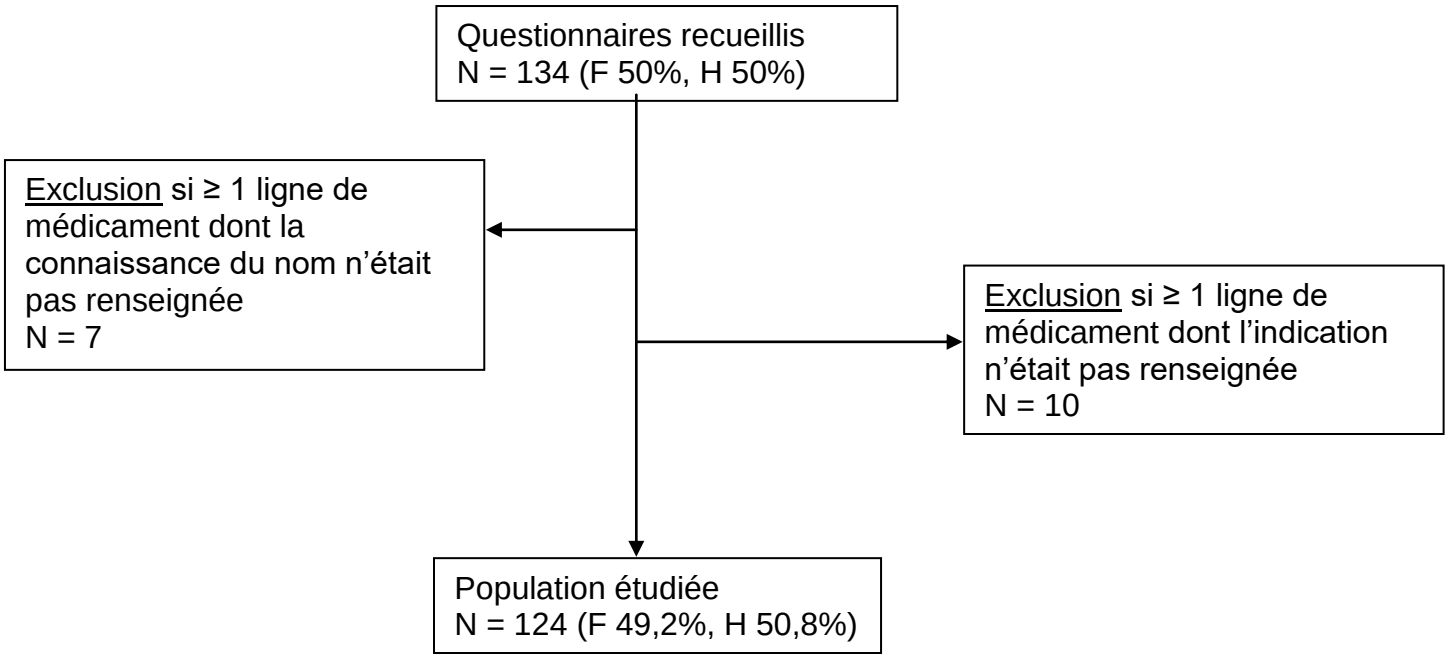


Figure 5 : Connaissance de l'indication selon la classification ATC

B. Connaissance de son ordonnance

1. Sélection de la population étudiée

En raison de données manquantes, 10 patients ont été exclus par rapport à la population initiale (7 sujets du fait de données manquantes concernant l'indication et le nom de leurs médicaments, 3 uniquement pour l'indication).



2. Connaissance du nom des médicaments

Plus de la moitié des sujets (n = 67) pouvaient nommer tous les médicaments de leur ordonnance.

3. Connaissance de l'indication des médicaments

Trente-six patients (29,0%) connaissaient l'indication de l'AMM de tous leurs médicaments.

Trente-neuf personnes (31,5%) avaient au moins un médicament dans leur ordonnance dont elles ne connaissaient pas l'indication.

4. Critère de jugement principal

Vingt-trois patients (18,5%) connaissaient parfaitement leur ordonnance, c'est-à-dire à la fois le nom et l'indication de tous leurs médicaments.

III. Analyse des facteurs influençant la connaissance de son ordonnance

A. Analyse descriptive

1. Facteurs socio-démographiques

Parmi les 23 patients qui connaissaient parfaitement leur ordonnance, 16 étaient des femmes (69,6%) et 19 étaient âgés de moins de 75 ans (82,6%).
Aucun sujet âgé de 85 ans ou plus ne connaissait bien l'ensemble de son ordonnance.
Près de 3/4 des patients qui ne maîtrisaient pas suffisamment leurs traitements étaient entourés socialement et avaient un niveau d'études inférieur au baccalauréat.

Le tableau IV décrit la répartition entre notre critère de jugement principal et les différentes variables socio-démographiques étudiées.

Tableau IV : Connaissance de son ordonnance et facteurs socio-démographiques

		OUI n (%)	**NON** n (%)
		23 (18,5)	**101 (81,5)**
Sexe	Homme	7 (30,4)	56 (55,4)
	Femme	16 (69,6)	45 (44,6)
Age	65-74 ans	19 (82,6)	53 (52,5)
	75-84 ans	4 (17,4)	32 (31,7)
	≥ 85 ans	0	16 (15,8)
Entourage *	Non	10 (43,5)	27 (26,7)
	Oui	13 (56,5)	74 (73,3)
Niveau d'études	< Baccalauréat	12 (52,2)	73 (72,3)
	≥ Baccalauréat	11 (47,8)	28 (27,7)
Tabagisme	Non	21 (91,3)	92 (91,1)
	Oui	2 (8,7)	9 (8,9)
Consommation d'alcool	Non	5 (21,7)	36 (35,6)
	Oui	18 (78,3)	65 (64,4)

* Entourage = vit maritale ou concubinage

Les femmes ont une meilleure connaissance de leur ordonnance que les hommes.

Avoir les acquis suffisants sur ses traitements semble inversement corrélé avec l'avancée en âge.

Etre entouré sur le plan social et avoir un niveau d'études inférieur au baccalauréat apparaissent comme des facteurs de moins bonne connaissance de ses médicaments.

2. Facteurs médicamenteux

Le tableau V ci-dessous montre la répartition de patients connaissant ou non leur ordonnance en fonction du nombre de médicaments prescrits et de l'utilisation d'un pilulier.

Près de 95% des patients (n = 45) prenant au moins 5 médicaments chaque jour ne connaissaient pas bien leur ordonnance, versus 53,3% des sujets (n = 16) consommant 1 ou 2 médicaments par jour.

Un seul patient connaissant parfaitement son ordonnance se servait d'un pilulier.

Tableau V : Connaissance de son ordonnance et facteurs médicamenteux

		OUI n (%)	**NON** n (%)
		23 (18,5)	**101 (81,5)**
Nombre de médicaments prescrits	1	4 (17,4)	6 (5,9)
	2	10 (43,5)	10 (9,9)
	3	5 (21,7)	23 (22,8)
	4	1 (4,4)	17 (16,8)
	≥ 5	3 (13,0)	45 (44,6)
Pilulier	Non	22 (95,6)	71 (70,3)
	Oui	1 (4,4)	30 (29,7)

La connaissance de son ordonnance semble inversement corrélée avec le nombre de médicaments pris par le patient.
L'utilisation d'un pilulier parait associée à une moins bonne connaissance de ses traitements.

3. Observance

Parmi les 23 personnes ayant une connaissance parfaite de leur ordonnance, 19 déclaraient ne jamais oublier de prendre leurs traitements, aucune n'arrêtait la prise de ses médicaments s'il se sentait mieux, une seule le faisait s'il se sentait moins bien.

Le tableau VI expose ces informations sur la connaissance de ses médicaments et l'observance.

Tableau VI : Connaissance de son ordonnance et observance

		OUI n (%)	**NON** n (%)
		23 (18,5)	**101 (81,5)**
Oubli traitement parfois	Oui	4 (17,4)	41 (40,6)
	Non	19 (82,6)	59 (58,4)
	NR*	0	1 (1,0)
Arrêt traitement si se sent mieux	Oui	0	23 (22,8)
	Non	23 (100,0)	76 (75,2)
	NR*	0	2 (2,0)
Arrêt traitement si se sent moins bien	Oui	1 (4,3)	13 (12,9)
	Non	20 (87,0)	84 (83,1)
	NR*	2 (8,7)	4 (4,0)

*NR = Non renseigné

Une bonne observance semble associée à une bonne connaissance de son ordonnance.

4. Comportement médicamenteux

Le tableau VII ci-dessous décrit les différents comportements des patients vis-à-vis de leurs médicaments et la connaissance de leur ordonnance.

Tableau VII : Connaissance de son ordonnance et comportement médicamenteux

		OUI n (%)	**NON** n (%)
		23 (18,5)	**101 (81,5)**
Souhaite une meilleure information	Non	19 (82,6)	60 (59,4)
	Oui	3 (13,0)	29 (28,7)
	NR*	1 (4,4)	12 (11,9)
Lecture de la notice	Non	8 (34,8)	41 (40,6)
	Oui	15 (65,2)	59 (58,4)
	NR*	0	1 (1,0)
Connaissance des effets secondaires	Non	14 (60,9)	73 (72,3)
	Oui	9 (39,1)	24 (23,7)
	NR*	0	4 (4,0)
Automédication	Non	18 (78,3)	91 (90,1)
	Oui	5 (21,7)	10 (9,9)

*NR = Non renseigné

Lire la notice d'utilisation de ses médicaments, connaitre ses effets secondaires et avoir recours à l'automédication semblent corrélés à une bonne connaissance de son ordonnance.
Souhaiter être mieux informé sur ses traitements paraît refléter une connaissance insuffisante.

B. Analyse comparative

1. Analyse multivariée de la connaissance globale de son ordonnance

Le tableau VIII expose l'analyse univariée et multivariée de l'ensemble des variables précédemment décrites avec la connaissance de son ordonnance.

Tableau VIII : Analyse multivariée de la connaissance de son ordonnance

		Analyse univariée OR [IC]	*p*	**Analyse multivariée**	*p*
Facteurs socio-démographiques					
Sexe	Homme	Ref		Ref	
	Femme	2.844* [1.112-7.955]	0.035	3.432 [0.798-16.724]	0.106
Age		0.891** [0.812-0.962]	0.007	0.840** [0.727-0.944]	**0.008**
Entourage	Non	Ref		Ref	
	Oui	0.474 [0.186-1.229]	0.118	0.251 [0.046-1.178]	0.089
Niveau d'études	< Baccalauréat	Ref		Ref	
	≥ Baccalauréat	2.390 [0.937-6.083]	0.065	1.268 [0.325-4.828]	0.727
Tabagisme	Non	Ref			
	Oui	0.974 [0.142-4.134]	0.974		
Consommation d'alcool	Non	Ref			
	Oui	1.994 [0.726-6.440]	0.207		
Facteurs médicamenteux					
Nombre médicaments		0.575*** [0.400-0.773]	<0.001	0.564* [0.346-0.845]	**0.010**
Pilulier	Non	Ref		Ref	
	Oui	0.108* [0.006-0.550]	0.033	0.323 [0.013-3.538]	0.397

Tableau VIII : Analyse multivariée de la connaissance de son ordonnance

		Analyse univariée OR [IC]	*p*	Analyse multivariée	*p*
Observance					
Oubli parfois	Non	Ref		Ref	
	Oui	3.301* [1.140-12.020]	0.042	5.401* [1.389-27.208]	**0.023**
Arrêt si se sent mieux	Non	Ref			
	Oui	Impossible (IC trop grand)	0.990		
Arrêt si se sent moins bien	Non	Ref			
	Oui	3.095 [0.564-57.848]	0.290		
Comportement médicamenteux					
Souhaite une meilleure information	Non	Ref		Ref	
	Oui	0.327 [0.073-1.057]	0.091	0.218 [0.031-1.111]	0.089
Lecture de la notice	Non	Ref			
	Oui	1.303 [0.516-3.499]	0.584		
Connaissance des effets secondaires	Non	Ref		Ref	
	Oui	1.955 [0.733-5.053]	0.169	0.903 [0.196-3.752]	0.891
Automédication	Non	Ref		Ref	
	Oui	2.528 [0.718-8.058]	0.126	1.622 [0.245-11.224]	0.612

OR = Odds Ratio. IC = intervalle de confiance à 95%.
* p<0.05 ; ** p<0.01 ; *** p<0.001.

Interprétation

- Facteurs socio-démographiques

Le sexe féminin est associé à une meilleure connaissance de son ordonnance, tout comme le fait de vivre seul, et d'avoir un niveau d'études équivalent ou supérieur au baccalauréat. Pour ces 3 variables, la différence n'est toutefois pas statistiquement significative en analyse multivariée.

L'avancée en âge est un facteur de risque de moins bonne connaissance de son ordonnance, et ce de manière statistiquement significative (p<0,01) en analyse multivariée.

Il n'est pas retrouvé d'association entre la consommation de tabac et/ou d'alcool et la connaissance de ses traitements.

- Facteurs médicamenteux

La connaissance de son ordonnance augmente de façon inversement proportionnelle au nombre de médicaments prescrits, et ce de manière statistiquement significative ($p<0,05$).

L'utilisation d'un pilulier est associée à une moins bonne connaissance de ses traitements. Ce résultat n'est pas significatif en analyse multivariée.

- Observance

Une bonne observance est corrélée à une bonne connaissance de son traitement.
Cette association est statistiquement significative uniquement sur la variable « Oubli parfois de la prise d'un traitement » ($p<0,05$).

- Comportement médicamenteux

En analyse univariée, lire la notice d'utilisation de ses médicaments et en connaître ses effets secondaires sont corrélés à une bonne connaissance de son ordonnance, de même qu'avoir recours à l'automédication.
Souhaiter être mieux informé sur son traitement est à l'inverse associé à une moins bonne connaissance de son ordonnance.
Aucun de ces résultats n'est statistiquement significatif en analyse multivariée.

DISCUSSION

I. Connaissance de son ordonnance

A. Critère de jugement principal : connaissance nom et indication de tous ses médicaments

En raison d'une grande disparité entre les auteurs sur sa définition, on observe une forte variabilité du taux de connaissance des traitements dans la littérature, de 11% à 87% (11,28–35).

Dans la majorité, les études ne se sont concentrées que sur l'analyse d'un seul paramètre ; et la plupart s'est intéressée exclusivement à la connaissance de l'indication des médicaments du patient.

Ainsi, une récente étude chinoise sur 412 patients âgés de 60 ans ou plus atteints de maladies chroniques retrouvait un taux de connaissance de l'indication de l'ensemble de ses traitements de 76,2% (34).
Un travail conduit pendant 2 ans sur une population de personnes autonomes âgées de 65 ans ou plus aux Etats-Unis a montré que parmi les 232 patients (62%) maitrisant parfaitement le schéma d'administration de leur ordonnance (nombre de médicaments, posologies, horaires de prise), ils n'étaient plus que 70% à pouvoir tous les nommer et 90% à pouvoir citer leurs indications (22).
Des taux encore plus élevés étaient observés dans l'étude menée par Jaye et al avec 85% et 87% de sujets connaissant respectivement le nom et l'indication de tous leurs traitements (29).
Quant à une récente étude suédoise portant sur une population âgée de plus de 75 ans, 71% pouvaient donner l'indication de plus de 75% de leurs médicaments (33). Et pourtant 39% des patients considéraient leur traitement comme un mystère pour eux.

Ces données peuvent porter à croire que les sujets âgés connaissent bien leur ordonnance, mais il convient toutefois de relativiser ces résultats.

En effet, dès lors qu'on analyse les acquis qu'ont les patients sur leurs traitements en définissant la connaissance à partir de plusieurs critères, il est constaté des taux très faibles.

Une des études la plus comparable à la nôtre en terme de méthodologie serait celle menée par Chung et Bartfield en 2001 (36). Effectuée sur une période de 2 mois à partir de 77 patients âgés de plus de 65 ans admis dans un service d'urgences, cette étude américaine retrouvait 42,8% de patients capables de nommer tous leurs médicaments et 63,3% l'indication de tous leurs traitements. Mais ils n'étaient plus que 15,5% à connaître parfaitement leur ordonnance (nom, posologie et indication de tous leurs médicaments). La connaissance de l'indication était en plus surestimée par rapport à la nôtre car c'est l'organe cible qui était choisi comme référence, et non une indication de l'AMM comme dans notre cas.

Un travail de thèse réalisé en 2014 auprès de 150 patients consultant en cabinet de médecine générale dans le Nord Pas de Calais montrait un score de connaissance strictement supérieur à 70% chez seulement 16% (n = 24) d'entre eux (37). Ce score prenait en compte, pour chaque médicament, la dénomination, l'indication, la forme galénique, la posologie et les horaires de prise. Les sujets étaient cependant plus âgés que dans notre étude (critère d'inclusion 75 ans et plus, âge moyen 80 ans).

Kerzman et al ont évalué la connaissance des médicaments de 341 patients selon 4 critères (indication, horaires de prise, effets secondaires et précautions d'utilisation dans la vie quotidienne) (32). Les critères d'inclusions étaient des sujets âgés de 45 ans et plus, ayant été hospitalisés un jour minimum, avec introduction d'au moins un nouveau traitement. Alors qu'ils étaient sortis d'hospitalisation tout juste une semaine avant, aucun ne connaissait parfaitement son ordonnance.

Comme vu précédemment, nous avons fait le choix dans notre travail de nous focaliser sur la capacité du patient âgé de 65 ans et plus à citer le nom et l'indication de l'ensemble de ses traitements. Nous avons estimé que tout patient devait avoir une connaissance globale mais surtout sécuritaire de son ordonnance, et que dans cet objectif, ces 2 paramètres étaient le minimum qu'un professionnel de santé puisse attendre de son patient.

Seulement 18,5% des personnes interrogées dans notre étude connaissaient parfaitement leur ordonnance.
Ce taux est préoccupant, voire alarmant. Moins d'un patient sur 5 serait capable, en situation d'urgence ou d'inconnu, de renseigner le médecin qui le prend en charge sur les médicaments qu'il prend quotidiennement.

B. Facteurs influençant la connaissance

A partir de l'identification des facteurs corrélés à une moins bonne connaissance de son ordonnance, ces analyses nous permettent ainsi de cibler, au sein de notre population âgée de 65 ans et plus, les personnes plus vulnérables.

1. Données socio-démographiques

La seule variable démographique qui a été identifiée dans notre étude comme un facteur de risque de moins bonne connaissance de son ordonnance, et ce de manière statistiquement significative en analyse multivariée ($p<0,01$), est l'avancée en âge.

Plusieurs études s'accordent sur ce résultat (29,34,37,38), sans pour autant établir un âge critique à partir duquel la connaissance de ses traitements se dégrade vraiment.
Des explications à la fois physiologiques et culturelles nous aident à déchiffrer cette constatation.
Des troubles de la mémorisation accompagnent le vieillissement de l'être humain, en particulier dans les processus d'encodage et de stockage des données (39), mais aussi pour structurer et hiérarchiser les informations données avant de pouvoir les restituer (40).
Les personnes âgées ont également plus de difficultés à assimiler des notions contraires à ce qu'elles croyaient. Le travail de Rice et Okun a mis en évidence que, parmi les 125 sujets interrogés (âge entre 65 et 80 ans), les informations médicales données étaient mieux retenues si elles confirmaient les croyances du patient, ou si elles étaient nouvelles mais sans contredire ce qu'il pensait préalablement (41).

Il va de soi aussi que la prévalence des pathologies dégénératives et des troubles sensoriels augmente avec l'âge, limitant autant la lecture que la compréhension et mémorisation.

Ensuite, de façon générationnelle, les personnes âgées sont souvent moins demandeuses d'information et s'investissent moins dans leur prise en charge médicale que les plus jeunes (38).
La relation médecin-patient a longtemps été dominée par le modèle paternaliste, fondé sur le principe moral de bienfaisance (42). Le médecin détenant la connaissance absolue, le patient n'avait qu'à écouter et agir docilement, ce qui avait pour conséquence un manque d'autonomie et d'investissement dans sa santé.

Depuis plusieurs années la pratique médicale tend de plus en plus vers le modèle autonomiste, notamment avec le développement d'outils de communication et de diffusion d'informations (en particulier internet, mais aussi la télévision, des magazines et livres de santé), qui rendent les connaissances médicales plus accessibles et semblent les démystifier. Les personnes âgées restent aujourd'hui celles qui ont le moins recours à ces sources d'information et se fient encore avant tout à leur médecin (43).

2. Données médicamenteuses

- <u>Nombre de médicaments</u>

Avec en moyenne 3,8 médicaments consommés par jour pour les 60-74 ans et 5,0 pour les plus de 75 ans, le nombre de molécules prises régulièrement par les sujets de notre étude est plus faible que la moyenne nationale (respectivement 4,5 et 6,8 selon les Comptes nationaux de la santé 2012) (4).
Il est probable que cette différence s'explique par l'autonomie des sujets, requise comme critère d'inclusion dans notre travail. Cela pouvait exclure des patients avec de lourdes comorbidités les rendant dépendant dans la gestion de leur traitement, et souvent plus susceptibles d'être polymédiqués.

La répartition de la consommation pharmaceutique de notre étude est représentative de la population générale. En effet, d'après l'enquête ESPS 2008, les médicaments les plus prescrits sont ceux à visée cardiovasculaire, suivis de l'appareil digestif et du système nerveux central (3).

Notre étude a mis en évidence que l'augmentation du nombre de médicaments prescrits par patient porte préjudice à une bonne connaissance de son ordonnance.

Ce résultat est en adéquation avec la littérature internationale (22,33,36,44,45).
Ainsi, dans l'étude menée par Chung et Bartfield (36), 78% des traitements étaient correctement identifiés si le sujet prenait entre 1 et 3 médicaments, 45% entre 4 et 6 médicaments, et 15% s'il prenait plus de 6 médicaments.
De même, une étude prospective réalisée chez des personnes âgées de plus de 60 ans au sein d'un service d'urgences américain a montré que l'introduction d'une nouvelle molécule augmentait la complexité de l'ordonnance, et diminuait la connaissance qu'en avait le patient (44).

Nous n'avons pas pu identifier dans notre travail un nombre de médicaments à partir duquel la connaissance de son ordonnance devenait critique, ni aucune publication dans la littérature n'ayant fait des travaux de recherche récent sur ce sujet.

S'il peut sembler évident que l'augmentation du nombre de médicaments pris par patient entraine des difficultés à maitriser l'ensemble de ses caractéristiques, ce résultat a été prouvé de manière statistiquement significative ($p<0,05$) dans notre étude.

- <u>DCI / Nom commercial</u>

Malgré l'obligation à prescrire en DCI depuis le 1er janvier 2015 pour tous les médicaments (46), à quelques exceptions près (homéopathie, phytothérapie, insuline injectable, etc.), 65,4% (n = 381) des médicaments prescrits à nos sujets l'étaient en nom commercial.

Le faible pourcentage de prescriptions en DCI s'explique sûrement par la récente mise en application de ce décret et l'absence de sanction spécifique en cas de non-respect de cette obligation.

Le médecin est tenu de prescrire en DCI afin d'éviter les confusions induites par les noms commerciaux, en identifiant le nom de la molécule qui compose le médicament. Cette mesure est donc dans l'intérêt du patient.
Mais bien que pratique pour les professionnels de santé, il faut admettre que la DCI est plus difficilement mémorisable que le nom commercial pour bon nombre de patients. Leurs objectifs ne sont d'ailleurs pas les mêmes (47) : vendre et promouvoir un produit avec les noms commerciaux, informer et renseigner sur un médicament (mécanisme d'action ou classe pharmacothérapeutique) avec les DCI.

Avec l'existence de médicaments de plus en plus nombreux, l'utilisation élargie des génériques et leurs gammes qui changent régulièrement en fonction des stratégies commerciales des firmes pharmaceutiques, il faut reconnaître que les patients peinent à s'y retrouver. Tout changement, autant dans la dénomination que dans l'apparence (taille et couleur des boîtes ou des médicaments), est source d'erreur et de confusion. Et cette réalité est encore plus vraie chez les personnes âgées, souvent polymédiquées.
Hormis pour un médicament chronique pris depuis plusieurs années et qui n'aurait jamais changé ni de nom ni de packaging, il est difficile dans ces conditions de reprocher de ne pas réussir à mémoriser son ordonnance.

Toutes ces raisons peuvent expliquer pourquoi, parmi les 376 traitements correctement nommés dans notre étude, 70,7% (n = 266) étaient prescrits en nom commercial.

- <u>Pilulier</u>

L'utilisation d'un pilulier semble associée dans notre travail à une moins bonne connaissance de son ordonnance.

Le pilulier est un outil reconnu comme améliorant la prise du traitement et l'observance (10,11,48). Sa préparation et son utilisation présentent néanmoins des risques.
Tout d'abord se pose le problème de l'identification et la reconnaissance des médicaments dans le pilulier (taille, couleur et formes galéniques souvent proches). Cette difficulté augmente avec la polymédication et la baisse d'acuité visuelle, souvent combinées avec le vieillissement.
Ensuite, nous pouvons supposer qu'un patient qui utilise un pilulier désinvestisse ses traitements (49), et ce d'autant plus s'il n'est pas à l'origine de sa préparation.

Dans notre étude, parmi les 31 sujets qui rapportaient se servir d'un pilulier, un seul (3,2%) connaissait parfaitement son ordonnance. Un des critères d'inclusion était d'être autonome dans la gestion de ses traitements, mais nous n'avons pas spécifiquement demandé qui remplissait le pilulier. Il n'est donc pas impossible que ces patients interrogés se faisaient aider par leur entourage dans la gestion de leur pilulier, et se contentaient donc d'ingérer machinalement leurs traitements.

Cette hypothèse peut également expliquer que nous ayons observé dans notre étude une corrélation entre le fait de vivre avec quelqu'un et une moins bonne connaissance de son ordonnance. Là encore il se peut que certaines personnes âgées se reposent sur leur entourage, s'impliquent moins dans leur prise en charge médicale et donc connaissent moins bien leurs traitements.
Pour rappel, tout comme l'utilisation d'un pilulier, cette association était statistiquement significative en analyse univariée, mais pas en multivariée.

3. Comportement médicamenteux

- <u>Observance</u>

L'observance des traitements est un comportement complexe et dynamique multifactoriel.
Définie de façon générale comme « le degré d'application des prescriptions médicales par le malade : posologie, nombre de prises quotidiennes, horaires des

prises, durée du traitement, recommandations corrélées » (50), ce terme fait actuellement controverse. Il est préférable aujourd'hui de parler « d'adhésion au traitement », terme qui reconnaît l'autonomie du patient, la prise de décision de prendre ou non ses médicaments après un choix éclairé et les recommandations données par les professionnels de santé. A l'inverse, « l'observance » ou « compliance » traduit un déséquilibre dans la relation médecin-patient, une soumission du malade aux ordres du prescripteur (9).

Près de 36% des personnes (n = 48) dans notre travail rapportaient un défaut d'observance, l'oubli en étant la principale cause.
Ce pourcentage est concordant avec la littérature internationale qui retrouve des taux d'inobservance chez la personne âgée entre 26 et 59% (10,11,31,51).

De précédentes études ont clairement établi un lien entre connaissance et observance (9–13,31,51).
Notre analyse multivariée a confirmé la corrélation entre un défaut d'observance et une moins bonne connaissance de son ordonnance. Ce résultat est significatif ($p<0,05$) uniquement sur la variable « Oubli parfois de la prise d'un traitement ».
Nous avions voulu distinguer cette forme ponctuelle d'inobservance, que l'on pourrait qualifier d'involontaire, de la prise active de décision de ne pas prendre ses traitements. Cette différence a toute son importance dans la relation qui unit le médecin traitant à son patient (13), car cette 2ème forme d'inobservance représente une potentialité de ce dernier à casser l'alliance thérapeutique.

L'adhésion à ses traitements reste une étape essentielle pour une prise en charge thérapeutique optimale.
En effet, un défaut d'observance peut être lourd de conséquences, à la fois médicales et économiques (10,14) : manque d'efficacité voire échec du médicament, progression de la maladie, émergence de bactéries résistantes, problèmes liés à un surdosage, accidents iatrogéniques, hospitalisations évitables et dépenses médicamenteuses non nécessaires. Et ces conséquences sont d'autant plus graves chez la personne âgée, souvent plus vulnérable du fait de sa polypathologie.

- Connaissance des effets secondaires

La connaissance des effets secondaires de ses médicaments est un déterminant essentiel d'une bonne connaissance de son ordonnance, et dénote une implication franche du patient dans sa prise en charge médicale. Certains sont tellement graves qu'ils peuvent engager le pronostic vital, il est donc primordial que les malades sachent les repérer.
Et pourtant cette connaissance reste très faible chez le sujet âgé, avec des taux entre 3,9% et 16% (11,33,34).

Dans notre étude, près de 26% des patients rapportaient connaître les effets secondaires de leurs traitements. Ce pourcentage est très probablement surestimé en raison de la méthode d'évaluation par auto-questionnaire. Il aurait fallu demander au patient de citer au moins un effet secondaire de chaque médicament pour vérifier plus objectivement ces dires.

- Besoins et sources d'information

Tant dans leur degré d'implication dans leur prise en charge que dans leur désir d'information, les patients ne se ressemblent pas (52).

Dans notre travail, près de 60% des personnes qui ne connaissaient pas suffisamment leur ordonnance ne souhaitaient pour autant pas plus d'informations sur leurs médicaments.
Ceci démontre un comportement extrêmement passif de la population étudiée, mais en adéquation avec les résultats de plusieurs études.

Malgré un taux de connaissance de leur ordonnance pourtant très faible, Chung et Bartfield retrouvaient seulement 30% de patients désireux d'en savoir plus sur leurs traitements (36).
Granas et Bates se sont aussi intéressés aux besoins et sources d'informations de 58 patients en milieu ambulatoire (31). Alors que 27,6% recherchaient activement des informations supplémentaires (notices d'utilisation et revues médicales) à celle

qui leur avait été initialement apportée, 10,4% suivaient les instructions du professionnel de santé de façon passive.
Quant au travail mené par Kerzman et al, celui-ci montrait que 42% des personnes souhaitaient recevoir des informations supplémentaires sur leur traitement (32).

Comme mise en évidence dans notre étude et en accord avec la littérature internationale, la principale source d'informations lorsque les patients ont des questions sur leurs traitements restent à ce jour le professionnel de santé (médecin puis pharmacien) (34,43,53).

Néanmoins, d'autres outils de diffusion d'information, en particulier les supports électroniques, se développent rapidement et prennent une place de plus en plus importante dans notre société.
Seulement 9% des patients rapportaient utiliser internet comme source d'informations médicales dans notre étude. Dans ce même but, un taux d'utilisation supérieur à 80% était retrouvé chez les moins de 30 ans dans le récent travail de F. Dumont (43).
Les médias font désormais partie intégrante de notre quotidien, mais ne s'imposent pas aujourd'hui comme un support d'information évident pour la population des plus de 65 ans. Il est certain que ce résultat sera amené à évoluer au fil des années, voire dépassera peut-être même un jour les soignants.

II. Limites et forces de l'étude

Notre étude est multicentrique, effectuée dans des cabinets de médecins généralistes autant urbains que ruraux, et donc représentatifs de la population générale.
La taille de l'échantillon avec 134 patients inclus permet d'obtenir une puissance statistique relativement correcte.

Notre travail présente toutefois certaines limites.

Tout d'abord, les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude sont à l'origine de biais de sélection.
Il se peut que les patients ayant accepté de participer à l'étude soient plus sensibilisés à leur prise en charge médicale et mieux informés sur leurs traitements.
De même, les médecins ayant accepté de diffuser le questionnaire dans leur cabinet au sein de leur patientèle sont plus susceptibles d'être sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées. Accepter d'aider des travaux de recherche s'allie le plus souvent avec une bonne ouverture d'esprit et information envers ses patients.
Conséquence de ces biais de sélection, la connaissance de son ordonnance dans cette population peut être surestimée.

Notre critère de jugement principal, que nous avons voulu exigent, est lui aussi discutable. Nous avons fixé qu'une connaissance parfaite du patient correspondait à la connaissance de l'indication de l'AMM et du nom pour l'ensemble de ses traitements. Dès lors que l'indication rapportée par le patient n'était pas mentionnée dans l'AMM du médicament, nous avons donc considéré qu'il s'agissait d'une erreur à sa charge, sans prendre en considération les éventuelles prescriptions hors AMM. Ces dernières sont toutefois peu fréquentes en milieu ambulatoire, mais ont pu sous-estimer le niveau de connaissance des sujets de l'étude. A l'inverse, la connaissance du nom de ses médicaments a pu être surestimée du fait de la méthode d'évaluation utilisée par auto-questionnaire. Cette méthode subjective et déclarative a tendance à surévaluer les conduites dites plutôt positives, telles que l'observance ou la capacité du patient à citer tous ses médicaments de tête, et sous-évaluer les conduites dites plutôt négatives comme l'automédication ou la consommation d'alcool.

Par ailleurs, aucune évaluation standardisée des fonctions cognitives n'était requise. Il se peut que des patients avec des troubles cognitifs débutants, non perceptibles dans la vie quotidienne, aient participé à l'étude et entrainé une baisse du niveau de connaissance.

Ensuite, l'échantillon ne nous permet probablement pas d'être complètement représentatif de la population des 65 ans ou plus.
La répartition à égalité parfaite entre les 2 sexes dans notre étude, et même à majorité masculine (50,8%) pour l'analyse plus fine de l'ordonnance dans sa

globalité, n'est pas représentative de la population française âgée de 65 ans ou plus qui comptait 57,3% de femmes au 1er janvier 2016 (54).
Pour rappel la population ciblée était les sujets âgés autonomes dans la gestion de leurs traitements. Nous pouvons supposer que les patients exclus de l'étude en raison d'une quelconque dépendance dans la prise en charge de leurs médicaments aient une moins bonne connaissance de leur ordonnance. Il n'est donc pas envisageable d'extrapoler les résultats de notre étude à l'ensemble de la population française des 65 ans et plus.

Enfin, nous avons dû faire le choix de simplifier certaines variables, à savoir la lecture de la notice d'utilisation, la connaissance des effets secondaires, l'observance et l'automédication. Initialement étudiées pour chaque médicament, elles ont finalement été analysées de façon plus élargie par patient. Cette réduction de variables rend l'interprétation possible mais entraîne une perte d'informations.

III. Pistes d'amélioration

Comme mis en évidence dans notre étude, certains facteurs influençant la connaissance de ses médicaments ne sont pas modifiables, en particulier l'âge. Mais avoir conscience de ces facteurs de vulnérabilité doit nous aider dans notre pratique quotidienne à repérer ces personnes et mettre en place des stratégies pour l'améliorer.

A. Améliorer l'information délivrée

Le pré-requis d'une bonne connaissance du patient de son ordonnance passe par une information de qualité délivrée par le professionnel de santé. Elle est la base de la relation de confiance entre le médecin et son patient (55,56).

- Des supports d'information écrits

Pour être acteur de sa prise en charge médicale, la 1ère étape est de recevoir des informations suffisamment claires sur sa maladie et les options thérapeutiques qui en découlent.
Pourtant entre 40 à 80% des informations transmises durant une consultation médicale sont oubliées immédiatement après, et près de la moitié de celles retenues sont inexactes (57). Plus la quantité d'information apportée est importante, et plus il est difficile de la mémoriser (58).

Ces résultats démontrent que donner des renseignements exclusivement de façon orale est loin d'être une méthode suffisante pour que le sujet retienne ce que le médecin lui transmet.

Il existe déjà des carnets d'information et de suivi pour certains médicaments (AVK, insuline, certaines chimiothérapies), mais ils sont loin d'être une généralité.

De même, les notices d'utilisation des traitements complètent l'information orale mais ne sont pas personnalisées et ne conviennent pas parfaitement à la personne âgée (police de trop petite taille, surcharge de termes médicaux).
Elles ont toutefois le mérite de pousser le patient à poser plus de questions concernant ses traitements à leur médecin, et ainsi améliorer leur connaissance, comme montrée dans le travail de Akici et al (30) ou A. Morel (37). Cette association entre lecture de la notice d'utilisation et connaissance n'a cependant pas été mise significativement en évidence dans notre étude.

Avec comme objectif de compléter une information orale jugée insuffisante, des études se développent depuis plusieurs années sur les bénéfices apportés par la distribution de supports écrits plus adaptés.

Ainsi, une vaste étude anglaise prospective a comparé 419 patients recevant un médicament nouvellement prescrit (AINS, bronchodilatateur ou bêta-bloquant) remis avec une brochure d'information versus 300 patients recevant le même médicament sans information écrite (59). La connaissance de l'indication, des modalités et

horaires de prise, et des éventuels effets secondaires était significativement meilleure dans le groupe ayant reçu une information écrite, et ce même un an après la prescription initiale. Par ailleurs, se sentant plus concernés et impliqués dans leur prise en charge, ces patients étaient plus satisfaits que dans le groupe n'ayant pas reçu la brochure.

Deux récentes synthèses de revues Cochrane ont mis en évidence des résultats similaires.

Dans la 1ère, il a été significativement prouvé que la remise de supports écrits améliore la connaissance et l'implication des patients dans les prises de décisions concernant leur santé (60). L'objectif de ces supports était d'aider le malade à choisir la solution thérapeutique qui lui correspondait le mieux, en lui remettant des informations sur les différents médicaments et alternatives thérapeutiques.

Dans la 2ème synthèse Cochrane, qui incluait 4788 sujets, la connaissance sur un médicament était significativement améliorée lorsqu'une information écrite était remise aux patients (61). Il n'a pas été possible de généraliser ces résultats à la connaissance de l'ordonnance en raison de l'hétérogénéité en terme de méthodologie et intervention des études.

Cependant, un support d'information écrit ne convient pas à tout le monde, en particulier aux personnes avec un plus faible niveau d'éducation voire d'alphabétisation (62), ou encore celles présentant des troubles visuels.

Des illustrations s'imposent alors. Leur intérêt était déjà démontré dans l'apprentissage de dispositifs médicaux tels que les chambres d'inhalation (63), mais elles semblent tout autant pertinentes pour faciliter la compréhension et mémorisation des données médicales.

Par exemple, Houts et al ont observé que 85% des personnes ayant reçu des instructions à la fois verbales et illustrées avec des pictogrammes restituaient correctement les informations, versus 14% parmi les sujets n'ayant bénéficié que d'une intervention orale (64).

Ou encore Zeng-Treitler et al qui ont récemment conçu un programme informatique qui transforme automatiquement des instructions médicales orales en pictogrammes, et ont mis en évidence que 52% des patients ayant bénéficié de ces illustrations

restituaient bien les informations données (versus 47% pour ceux n'ayant eu que des instructions orales, la différence étant statistiquement significative) (65).

Par ailleurs, l'information apportée par le professionnel de santé n'est le plus souvent pas exactement la même que celle souhaitée par le patient (66,67).
Tandis que le médecin se focalise sur la maladie, la personne âgée s'interroge plutôt sur les éventuels effets secondaires du médicament, son délai d'action et les bénéfices cliniques dans son quotidien qui vont découler de la prise du traitement (31,53,68,69).
Et pourtant, l'information donnée sur les effets secondaires médicamenteux est très pauvre. Ainsi, Chan et al rapportait que 73% des personnes n'avaient jamais reçu les moindres renseignements à ce sujet (34). Les hypothèses avancées pour expliquer ce manque d'information étaient le manque de temps du soignant, la crainte d'alarmer inutilement le patient, la décision de ne pas vouloir le surcharger avec trop d'instructions (au risque de ne rien retenir) et prioriser les informations sur l'indication et les modalités de prise du traitement.

Ainsi, pour résumer, qu'elle soit orale ou écrite, l'information délivrée par le professionnel de santé à la personne âgée doit être adaptée (53,70,71):

- concise, synthétique, hiérarchisée,
- compréhensible par tous (éviter les termes trop techniques et le jargon médical),
- lisible (au mieux informatisée, en utilisant les gros caractères),
- facilement personnalisable,
- à base d'illustrations plutôt que de texte,
- apte à présenter les bénéfices attendus, les inconvénients et effets secondaires éventuels.

- <u>Des programmes d'éducation thérapeutique</u>

Une récente méta-analyse s'est intéressée à l'impact de sessions de révision d'ordonnance et d'éducation thérapeutique pratiquées par des pharmaciens, dont l'objectif était d'optimiser les traitements de la personne âgée (72). Regroupant 32 études, l'âge moyen des patients inclus était de 71 ans, et le lieu de déroulement de

ces interventions pharmaceutiques était un établissement hospitalier (n = 21), le domicile du patient (n = 7), une pharmacie (n = 3) et un cabinet infirmier (n = 1). Les informations délivrées portaient principalement sur les bénéfices et effets secondaires des médicaments du patient, des conseils sur les modalités de prise et l'importance d'une bonne observance. Ces interventions semblent améliorer la connaissance de son ordonnance, l'observance, diminuer le nombre de médicaments prescrits non nécessaires et la iatrogénie. Il n'apparait cependant pas qu'elles aient un impact sur le nombre d'hospitalisation ou la mortalité de la personne âgée. Ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs en raison, là encore, de l'hétérogénéité des méthodologies.

Les études s'accordent sur le fait que tout patient préfère bénéficier d'une information personnalisée sur ses traitements, plus adaptée et facile à comprendre que lorsqu'elle est délivrée souvent trop rapidement en consultation par le médecin, ou lors de la dispensation des médicaments par le pharmacien (73–76). Ces entretiens individuels renforcent à la fois la connaissance et l'observance de leurs médicaments, mais aussi leur estime d'eux-mêmes en étant plus actifs dans leur prise en charge.

Ainsi, Lowe et al ont évalué la mise en place d'un programme de gestion autonome de ses traitements lors d'une hospitalisation, après un entretien personnalisé avec le pharmacien hospitalier dès son admission (74). Le but de cet entretien était de réévaluer l'indication des médicaments et simplifier les horaires de prise. Dix jours après leur retour à domicile, la connaissance de l'indication de leurs traitements des personnes âgées ayant participé à ce programme était significativement meilleure que dans le groupe contrôle (90% versus 46%), de même que leur confiance et impression de mieux contrôler leur prise en charge.
Une étude irlandaise avec une méthodologie similaire trouvait des résultats concordants avec une augmentation du taux de connaissance de son ordonnance de 26% (évaluation faite 2 semaines après le programme d'éducation thérapeutique individualisé avec informations orales et écrites, et auto-administration de ses médicaments) et apportait aussi une grande satisfaction des sujets âgés (75).
Ou encore le travail mené par Louis-Simonet et al, sur 809 patients, qui évaluait la remise d'une « carte de traitements », avec explications lors d'un entretien

personnalisé avec le médecin à sa sortie d'hospitalisation, et retrouvait une augmentation significative de la connaissance de leurs indications et potentiels effets secondaires (76). Cette carte de traitements était informatisée et mentionnait, pour l'ensemble de ses médicaments : noms, posologies et fréquences de prise, indications, modalités de prise et éventuels effets secondaires (maximum 2 par médicament).

Dans ce contexte, avec comme objectif d'améliorer la connaissance et l'observance des patients, certains pays comme la Grande-Bretagne ou l'Australie développent un partenariat entre l'Etat et des officines en ville pour mettre en place par le pharmacien des programmes d'éducation thérapeutique (77,78).

B. Optimiser la prescription et dispensation

L'ordonnance est la clé de voûte du traitement : elle matérialise les prescriptions du médecin, assure la continuité avec le pharmacien et est une référence essentielle pour le patient lorsqu'il se retrouve seul à domicile (79).

Nous avons déjà souligné dans notre étude l'impact négatif de l'augmentation du nombre de médicaments sur la connaissance de son ordonnance.
Il est donc essentiel que tout professionnel de santé s'efforce d'alléger tant que possible l'ordonnance de son patient, surtout chez la personne âgée. Cette réévaluation devrait avoir lieu en consultation lors de chaque renouvellement de médicaments.

La HAS a dans cette optique publiée en 2005 des recommandations à l'attention du médecin prescripteur principal du sujet âgé (80). Les modes principaux de révision du traitement sont illustrés dans la figure 6 ci-dessous. Ce guide d'amélioration des pratiques insiste sur l'importance de hiérarchiser les pathologies à traiter, et réviser chaque médicament en s'interrogeant sur son indication, sa posologie, sa galénique et en recherchant d'éventuelles contre-indications.
Tout médicament non justifié doit ainsi être écarté.

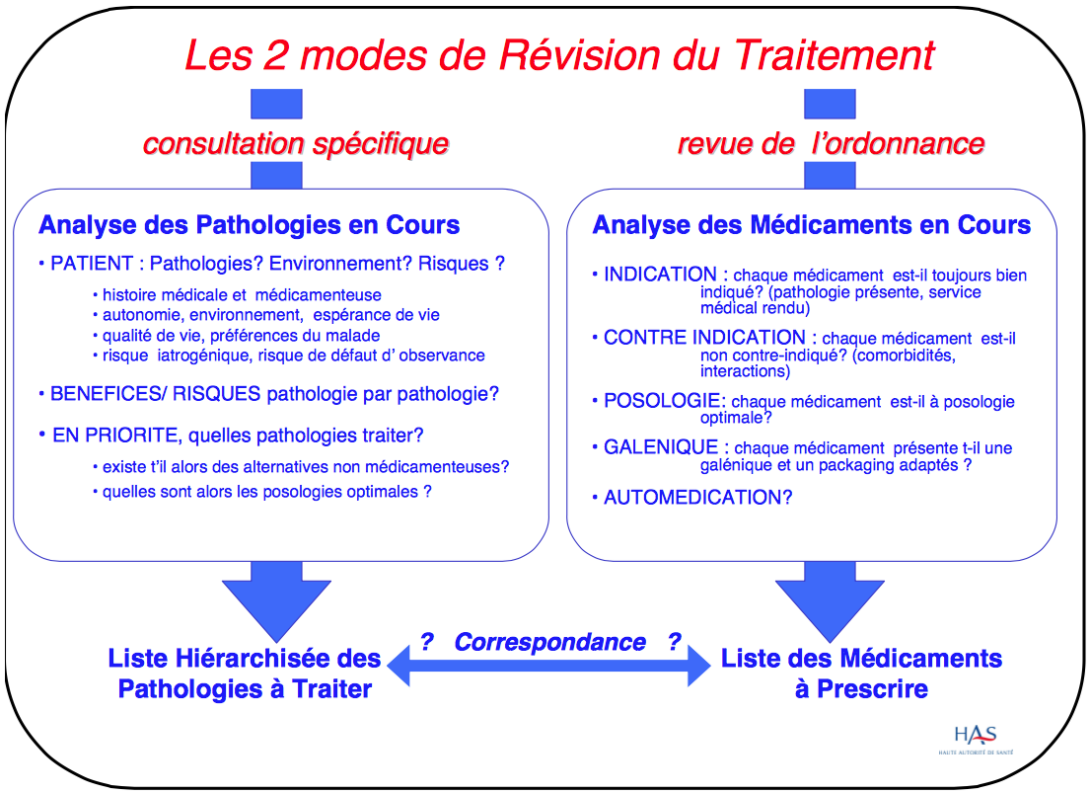


Figure 6 : Modes de révision de l'ordonnance de la personne âgée (Source : HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) – Médecin traitant. 2005)

Toujours dans un but de clarification et donc d'amélioration des connaissances, l'ordonnance doit quant à elle, être lisible (au mieux informatisée) et conforme (nom du médicament, posologie, horaires de prise, galénique, durée) (80,81).

Comme discuté précédemment, la prescription en DCI est désormais obligatoire mais potentiellement confusiogène pour la personne âgée. Afin de permettre au patient de s'y retrouver, le médecin et le pharmacien se doivent, autant lors de la prescription que de la dispensation, respecter ses acquis et aborder cette transition en douceur. Il reste préférable que le pharmacien écrive lors de la dispensation, sur chaque boîte de médicament, à la fois le nom commercial et la DCI. Il doit aussi éviter de changer de marque de générique lors du renouvellement d'un traitement, et signaler au patient tout changement de présentation des médicaments qu'il prend régulièrement (82).

Mais le rôle du pharmacien ne s'arrête pas là, bien au contraire. Même si, tout comme les médecins, le temps lui fait souvent défaut pour correctement délivrer des instructions adaptées en officine, il partage à part égale avec le prescripteur cette

mission d'explication sur les médicaments. Il prodigue des conseils de santé, s'assure que l'information transmise par le médecin ait bien été comprise et que le patient prenne correctement ses médicaments.
Une attention toute particulière doit être portée sur les médicaments récemment introduits, en raison du défaut d'assimilation probable des renseignements donnés sur cette nouvelle molécule et d'observance qui en découle (32).
Metlay et al ont montré que revenir en détail avec le pharmacien sur des informations préalablement données par le médecin améliorent la connaissance du patient et diminue la iatrogénie (83).
Cette triade médecin-patient-pharmacien est donc essentielle pour améliorer la connaissance de l'ordonnance de la personne âgée.

C. Pallier à la méconnaissance

Malgré une information adaptée et une ordonnance optimale, certaines personnes âgées n'auront toujours pas une connaissance suffisante de leur ordonnance.

Des pistes sont donc à explorer pour pallier à cette méconnaissance (liste non exhaustive) :

- pour le patient :
    - garder son ordonnance ou une carte de traitement en permanence sur soi,
    - généraliser l'utilisation d'un classeur qui regrouperait les différents documents de son parcours médical (compte-rendu de consultations et d'imageries, ordonnances des médecins, résultats d'analyses biologiques), et constituerait une liaison entre la personne âgée et tous les soignants (79),
    - développer l'utilisation du dossier médical personnel (DMP) (84) : il s'agit d'un dossier médical informatisé accessible via internet, dont le patient garde le contrôle, qui regroupe tous ses documents médicaux importants, et permet une coordination des soins entre tous les professionnels de santé qui le prennent en charge,

- pour le professionnel de santé :
    - regrouper les prescriptions sur une seule ordonnance, s'il y a plusieurs médecins prescripteurs ou à la sortie d'une hospitalisation si des traitements ont été modifiés,
    - organiser un entretien approfondi par le médecin et/ou le pharmacien, au domicile du patient, pour évaluer la connaissance et l'observance de ses traitements,
    - proposer un guide au patient pour bien préparer sa consultation chez le médecin (documents à apporter, questions à poser): parfois stressé en consultation, le patient n'ose pas interroger le praticien, et encore moins demander des informations sur ses médicaments (85),
    - mettre à jour régulièrement, s'il en a un, le classeur de liaison ou le dossier médical personnel du patient (84).

CONCLUSION

Avoir une bonne connaissance de ses traitements est indispensable pour une prise en charge optimale et sécuritaire chez tout patient. Cette vérité est d'autant plus importante chez la personne âgée en raison de sa fréquente polypathologie et polymédication.

Seulement 18,5% des sujets âgés de 65 ans ou plus connaissaient parfaitement leur ordonnance selon notre critère de jugement principal, à savoir citer le nom et l'indication de tous leurs médicaments. Ce résultat est clairement insuffisant et même alarmant.

Les facteurs que nous avons identifiés comme altérant significativement cette connaissance sont l'avancée en âge, l'augmentation du nombre de médicaments prescrits et l'inobservance.
Afin de limiter au maximum le risque de problèmes en lien avec les médicaments, l'objectif de chaque soignant devrait être de s'assurer de la compréhension et de la connaissance de l'ordonnance de ses patients. L'identification de ces facteurs permet ainsi au praticien de cibler les personnes les plus vulnérables.

Notre étude peut être considérée comme un miroir de la complexité des ordonnances actuelles. Le très faible niveau de connaissance mis en évidence impose une remise en question de nos pratiques.
Outre l'indispensable optimisation de l'ordonnance par le médecin (réévaluer régulièrement les médicaments et minimiser tant que possible leurs nombres, prescrire de façon structurée et lisible), le pharmacien tient aussi un rôle essentiel lors de la dispensation des traitements (renforcer les explications, évaluer l'observance).

Tout patient doit se responsabiliser et être acteur de sa prise en charge ; pour ce faire, il doit bénéficier d'une information de qualité. En tant que professionnels de santé, nous sommes les garants de cette information.

Pour perfectionner la connaissance de leurs ordonnances, améliorer l'information délivrée doit être au cœur de la prise en charge du patient. Des pistes prometteuses sont à explorer, comme proposer des supports écrits et illustrés en complément d'une information orale, ou organiser des programmes d'éducation thérapeutique.

La mise en application de ces axes d'amélioration requiert des études supplémentaires.

Le défi du soignant réside dans le fait que, pour améliorer durablement la connaissance de son ordonnance, l'information délivrée doit être plus adaptée, mais avant tout personnalisée à chaque individu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee. Etudes - Population - Bilan démographique 2015 [Internet]. Insee. 2016 [consulté le 24 févr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1581

2. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires - Note méthodologique et de synthèse documentaire [Internet]. 2015 [consulté le 24 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

3. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 [Internet]. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé; 2010 juin [consulté le 26 févr 2016]. Report No.: 547. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf

4. Calvet L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus [Internet]. DREES; 2012 [consulté le 29 févr 2016] p. 55-70. (Comptes nationaux de la santé). Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf

5. SNIIRAM, CNAMTS. Programme « maladie » - Partie I Données de cadrage – Indicateur n° 9 : Nombre de consultations de professionnels de santé par habitant [Internet]. 2011 [consulté le 1 mars 2016]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_9.pdf

6. Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé ; consommation, prescription, iatrogénie et observance [Internet]. HAS; 2005 [consulté le 28 sept 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf

7. Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? Br J Clin Pharmacol. nov 2002;54(5):550-2.

8. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci. avr 2002;24(2):46-54.

9. Vlasnik JJ, Aliotta SL, DeLor B. Medication adherence: Factors influencing compliance with prescribed medication plans. Case Manag. mars 2005;16(2):47-51.

10. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. Clin Ther. juill 1998;20(4):764-71.

11. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. Br J Clin Pharmacol. juin 2001;51(6):615-22.

12. Okuno J, Yanagi H, Tomura S, Oka M, Hara S, Hirano C, et al. Compliance and medication knowledge among elderly Japanese home-care recipients. Eur J Clin Pharmacol. avr 1999;55(2):145-9.

13. Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. Br J Gen Pract. mars 1990;40(332):114-6.

14. American Society on Aging and American Society of Consultant Pharmacists Foundation. Improving medication adherence in older adults [Internet]. Adult Meducation. 2012 [consulté le 12 oct 2015]. Disponible sur: http://www.adultmeducation.com/

15. Sullivan SD, Kreling DH, Hazlet TK. Non-compliance with medication regimens and subsequent hospitalization: A literature analysis and cost of hospitalization estimate. J Res Pharm Econ. janv 1990;2:19-33.

16. Col N, Fanale J, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med. avr 1990;150(4):841-5.

17. Malhotra S, Karan RS, Pandhi P, Jain S. Drug related medical emergencies in the elderly: role of adverse drug reactions and non-compliance. Postgrad Med J. janv 2001;77(913):703-7.

18. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther. oct 2001;26(5):331-42.

19. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. mars 2003;289(9):1107-16.

20. Ascione FJ, Kirscht JP, Shimp LA. An assessment of different components of patient medication knowledge. Med Care. nov 1986;24(11):1018-28.

21. Hope CJ, Wu J, Tu W, Young J, Murray MD. Association of medication adherence, knowledge and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. Am J Health Syst Pharm. oct 2004;61(19):2043-9.

22. Spiers MV, Kutzik DM, Lamar M. Variation in medication understanding among the elderly. Am J Health Syst Pharm. 2004;(61):373-80.

23. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. janv 1986;24(1):67-74.

24. HAS. Questionnaire CAGE-DETA [Internet]. HAS. 2014 [consulté le 6 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf

25. L'Assurance Maladie. Alcool et santé - L'alcool : définition et repères de consommation [Internet]. ameli-sante. 2014 [consulté le 23 mars 2016]. Disponible sur: http://www.ameli-sante.fr/alcool-et-sante/lalcool-definition-et-reperes-de-consommation.html

26. Cavalié P, Djeraba A. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013 [Internet]. ANSM; 2014 juin [consulté le 9 mai 2016]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf

27. WHO. Guidelines for ATC classification and DDD assignment [Internet]. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. 2015 [consulté le 27 nov 2015]. Disponible sur: http://www.whocc.no/atc_ddd_publications/guidelines/

28. Blenkiron P. The elderly and their medication: understanding and compliance in a family practice. Postgrad Med J. nov 1996;72(853):671-6.

29. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? N Z Med J. 27 sept 2002;115(1162):U183.

30. Akici A, Kalaça S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. Pharmacoepidemiol Drug Saf. déc 2004;13(12):871-6.

31. Granås AG, Bates I. Patients' Understanding and Management of their Illnesses and Prescribed Medicines – A Descriptive Study. Pharm World Sci. août 2005;27(4):321-8.

32. Kerzman H, Baron-Epel O, Toren O. What do discharged patients know about their medication? Patient Educ Couns. mars 2005;56(3):276-82.

33. Modig S, Kristensson J, Kristensson Ekwall A, Rahm Hallberg I, Midlöv P. Frail elderly patients in primary care—their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. Eur J Clin Pharmacol. févr 2009;65(2):151-5.

34. Chan FW, Wong FY, So WY, Kung K, Wong CK. How much do elders with chronic conditions know about their medications? BMC Geriatr. juin 2013;13:59.

35. Pullar T, Roach P, Mellor EJ, McNeece J, Judd A, Feely M, et al. Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital. J Clin Pharm Ther. févr 1989;14(1):57-9.

36. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. juin 2002;39(6):605-8.

37. Morel A. Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Lille 2; 2014 [consulté le 28 sept 2015]. Disponible sur: http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/1b6475e0-8c7f-4cfb-b53f-7008bc7a6d45

38. Sensky T, Catalan J. Asking patients about their treatment. BMJ. nov 1992;305(6862):1109-10.

39. Glisky EL, Rubin SR, Davidson PS. Source memory in older adults: an encoding or retrieval problem? J Exp Psychol Learn Mem Cogn. sept 2001;27(5):1131-46.

40. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. mai 2003;96(5):219-22.

41. Rice GE, Okun MA. Older readers' processing of medical information that contradicts their beliefs. J Gerontol. mai 994;49(3):119-28.

42. Durand G. Introduction à l'éthique clinique : l'éthique « au chevet des patients » [Internet]. 2014 [consulté le 11 mai 2016]. Disponible sur: http://www.longuevieetautonomie.fr/sites/default/files/editor/files/Ethique%20cours%20IGDURAND%20%5BMode%20de%20compatibilit%C3%A9%5D.pdf

43. Dumont F. Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient. Etude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients. [Internet] [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2013 [consulté le 11 mai 2016]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/node/209

44. Hayes KS. Adding medications in the emergency department: Effect on knowledge of medications in older adults. J Emerg Nurs. juin 1999;25(3):178-82.

45. Franchitti J. Evaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements [Internet] [Thèse d'exercice]. Pierre et Marie CURIE (Paris 6); 2014 [consulté le 28 sept 2015]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/franchitti-these.pdf

46. République française. Code de la santé publique - Article L5121-1-2. Code de la santé publique, 2014-1359.

47. Prescrire. Clé de lecture. Rev Prescrire. janv 2016;36(387):5.

48. Ryan-Woolley BM, Rees JA. Initializing concordance in frail elderly patients via a medicines organizer. Ann Pharmacother. mai 2005;39(5):834-9.

49. Abrecht L, Anchisi A, Widmer D, Bugnon O, Du Pasquier S, Jotterand S, et al. Gérer un semainier à plusieurs chez un patient bénéficiaire de soins à domicile. Rev Médicale Suisse. nov 2014;10(452):2246-51.

50. Sarradon-Eck A, Egrot M, Blanc M-A, Faure M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Prat Organ Soins. janv 2008;39(1):3-12.

51. Lacaille S, Legrain S. Observance des traitements médicamenteux chez les sujets âgés [Internet]. [consulté le 5 oct 2015]; Hôpital Bichat, Paris. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1therapeutique/observancelacaillelegrain2007.pdf

52. Blenkinsopp A, Bashford J, Dickinson D. Partnership with patients. BMJ. août 1998;317(7155):413.

53. Dickinson D, Raynor DKT. Ask the patients—they may want to know more than you think. BMJ. oct 2003;327(7419):861.

54. Insee. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2016, France [Internet]. Insee. 2016 [consulté le 29 avr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm

55. République française. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.

56. République française. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Déontologie médicale, JORF n°209 page 13305 sept 6, 1995.

57. Ferner RE. Is concordance the primrose path to health? BMJ. oct 2003;327(7419):821-2.

58. McGuire LC. Remembering what the doctor said: organization and adults' memory for medical information. Exp Aging Res. oct 1996;22(4):403-28.

59. Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets. Part 1. Br J Clin Pharmacol. juin 1989;27(6):723-39.

60. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD001431.

61. Nicolson D, Knapp P, Raynor DKT, Spoor P. Written information about individual medicines for consumers. Cochrane Database Syst Rev. avr 2009;(2):CD002104.

62. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Educ Couns. mai 2006;61(2):173-90.

63. Kools M, van de Wiel MWJ, Ruiter RAC, Kok G. Pictures and text in instructions for medical devices: effects on recall and actual performance. Patient Educ Couns. déc 2006;64(1-3):104-11.

64. Houts PS, Bachrach R, Witmer JT, Tringali CA, Bucher JA, Localio RA. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions. Patient Educ Couns. oct 1998;35(2):83-8.

65. Zeng-Treitler Q, Perri S, Nakamura C, Kuang J, Hill B, Bui DDA, et al. Evaluation of a pictograph enhancement system for patient instruction: a recall study. J Am Med Inform Assoc JAMIA. nov 2014;21(6):1026-31.

66. Berry DC, Michas IC, Gillie T, Forster M. What do patients want to know about their medicines, and what do doctors want to tell them?: A comparative study. Psychol Health. août 1997;12(4):467-80.

67. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ. janv 1999;318(7179):318-22.

68. Ziegler DK, Mosier MC, Buenaver M, Okuyemi K. How much information about adverse effects of medication do patients want from physicians? Arch Intern Med. mars 2001;161(5):706-13.

69. Ensuring safe and effective medicines for an ageing population: Workshop Proceedings [Internet]. European Medicines Agency; 2012 mars [consulté le 13 mai 2016] p. 34. Disponible sur: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2012/08/WC500131045.pdf

70. George CF. Telling patients about their medicines. Br Med J Clin Res Ed. juin 1987;294(6587):1566-7.

71. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. HAS. 2012 [consulté le 15 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante

72. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. mars 2008;65(3):303-16.

73. Morrow DG, Weiner M, Deer MM, Young JM, Dunn S, McGuire P, et al. Patient-centered instructions for medications prescribed for the treatment of heart failure. Am J Geriatr Pharmacother. mars 2004;2(1):44-52.

74. Lowe CJ, Raynor DK, Courtney EA, Purvis J, Teale C. Effects of self medication programme on knowledge of drugs and compliance with treatment in elderly patients. BMJ. mai 1995;310(6989):1229-31.

75. Ryan AA. A systematic approach to self-medication in older people. Br J Nurs Mark Allen Publ. mai 1998;7(9):528-35.

76. Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. Am J Med. oct 2004;117(8):563-8.

77. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. Community Pharmacy Contractual Framework [Internet]. PSNC Main site. 2016 [consulté le 16 mai 2016]. Disponible sur: http://psnc.org.uk/contract-it/the-pharmacy-contract/

78. National Australian Pharmacy Students' Association. Community Pharmacy [Internet]. 2016 [consulté le 16 mai 2016]. Disponible sur: http://www.napsa.org.au/page.jsp?p=Community-Pharmacy

79. TEVA laboratoires. 20 recommandations pour améliorer l'observance de leurs traitements par les personnes âgées [Internet]. 2014 [consulté le 5 oct 2015]. Disponible sur: http://www.teva-laboratoires.com/wp-content/uploads/2014/09/TEVA_Livret-Reco_PAP_BD_PAP.pdf

80. HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant [Internet]. HAS. 2005 [consulté le 14 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant

81. L'Assurance Maladie. Règles générales de prescription des médicaments [Internet]. Ameli.fr. 2014 [consulté le 14 mai 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-generales-de-prescription-des-medicaments.php

82. ANSM. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé [Internet]. 2005 [consulté le 15 mai 2016]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf

83. Metlay JP, Hennessy S, Localio AR, Han X, Yang W, Cohen A, et al. Patient reported receipt of medication instructions for warfarin is associated with reduced risk of serious bleeding events. J Gen Intern Med. oct 2008;23(10):1589-94.

84. Dossier Médical Personnel - DMP [Internet]. [consulté le 16 mai 2016]. Disponible sur: http://www.dmp.gouv.fr/

85. McMahon T, Clark CM, Bailie GR. Who provides patients with drug information? Br Med J Clin Res Ed. 1987;294(6568):355-6.

ANNEXES

ANNEXE 1.1 : Auto-questionnaire (recto)
ANNEXE 1.2 : Auto-questionnaire (verso)

ANNEXE 2 : Note d'information à l'attention des patients concernés par l'étude

ANNEXE 3 : Note d'information à l'attention des internes en stage SASPAS et médecins généralistes

ANNEXE 4 : Classes thérapeutiques les plus prescrites

ANNEXE 5 : Répartition des médicaments selon la classification ATC et l'observance

ANNEXE 1.1 : Auto-questionnaire (recto)

1) A l'aide de votre (vos) ordonnance(s), REMPLISSEZ LE TABLEAU SUIVANT :

MÉDICAMENTS prescrits que vous prenez (comprimé, pommade, collyre, patch, piqûre, etc.)	**RAISON pour laquelle vous le prenez** (hypertension, diabète, douleurs, anxiété, etc.)	**Pouvez-vous le citer de tête** si vous n'avez pas votre ordonnance ?	**Avez-vous déjà lu sa notice d'utilisation** ?	**Connaissez-vous ses effets secondaires** ?	**Vous arrive-t-il parfois d'oublier de le prendre** ?	**Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de le prendre** ?	**Si vous vous sentez moins bien lorsque vous le prenez, arrêtez-vous parfois de le prendre** ?
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O
		Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O	Oui O Non O

ANNEXE 1.2 : Auto-questionnaire (verso)

2) **Utilisez-vous un pilulier ?** Oui ☐ Non ☐

3) **Souhaiteriez-vous être mieux informé sur votre traitement ?** Oui ☐ Non ☐

Quelle est votre source d'information principale lorsque vous avez des questions sur votre traitement ?
Médecin traitant ☐ Spécialiste ☐ Pharmacien ☐ Notice ☐ Internet ☐ Autre ☐ : .....

4) **Pourriez-vous citer des traitements que vous ne prenez pas toujours, alors qu'ils ont été prescrits par le médecin ?**

Si oui, LESQUELS et pourquoi ?

NOM	RAISON POUR LAQUELLE VOUS NE LE PRENEZ PAS			
	Pas nécessaire	Pas efficace	Effets indésirables	Autre raison

5) **Vous arrive-t-il de prendre certains médicaments non prescrits par le médecin ?**

Si oui, LESQUELS et pourquoi ?

NOM	RAISON POUR LAQUELLE VOUS LE PRENEZ

6) **Au cours de l'année, combien avez-vous vu de médecins généralistes différents ?** .....
Au cours de l'année, combien avez-vous vu de médecins spécialistes et lesquels ? .....
.....

7) **Est-ce que vous fumez des cigarettes ?** Oui ☐ Non ☐
Si oui, combien de cigarettes par jour environ ? < 5/jour ☐ 5-10/jour ☐ > 10/jour ☐
Avez-vous récemment modifié votre consommation ? Oui ☐ Non ☐

8) **Est-ce que vous buvez de l'alcool ?** Oui ☐ Non ☐
Si oui, en quelle quantité ? < 3 verres/semaine ☐ 1-3 verres/jour ☐ 3-5 verres/jour☐ > 5 verres/jour ☐

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? Oui ☐ Non ☐
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? Oui ☐ Non ☐

9) **Quel âge avez-vous ?** ..... ans

10) **Sexe :** Masculin ☐ Féminin ☐

11) **Vous êtes :** Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐

12) **Votre niveau d'étude :**
Certificat d'études ☐ Brevet/CAP/BEP ☐ Baccalauréat ☐ Bac + 1-5 ans ☐ Bac + 5 ans ☐

13) **Quelle était ou est votre profession ?** .....

14) **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**
.....

MERCI pour votre participation.

ANNEXE 2 : Note d'information à l'attention des patients concernés par l'étude





Madame, Monsieur,

Du fait de l'évolution de la médecine et de l'existence de médicaments de plus en plus nombreux, les ordonnances sont devenues de plus en plus compliquées. Dès lors, connaître l'ensemble de son traitement ne va pas de soi, et il peut exister des difficultés à retenir le nom des traitements, la posologie, les modalités de prise.

Afin de mieux comprendre ces difficultés et proposer des axes d'amélioration, **le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes et le service de Pharmacologie du CHU de Nantes effectuent au cours des mois de juillet à décembre 2015 une enquête sur la connaissance du traitement médicamenteux chez les patients âgés de 65 ans ou plus**.

Cette enquête repose sur les réponses que vous apporterez au questionnaire ci-après. **Vos réponses sont anonymes**. Pour être menée à bien, l'enquête nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données personnelles afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant les données que vous aurez communiquées sera donc constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter votre vie privée, vos données seront systématiquement codées.

Les résultats de l'enquête ne permettront pas d'apporter des informations pour votre santé en particulier, mais favoriseront par contre une meilleure connaissance des problèmes liés à la prescription médicamenteuse. Nous pourrons vous communiquer sur simple demande les résultats globaux de cette enquête.

La personne qui vous a proposé de participer et vous a donné oralement toutes les informations peut répondre à toutes vos questions. **Vous êtes en droit d'accepter ou non de participer à cette enquête**. Si vous êtes d'accord pour participer, il vous suffit de compléter le questionnaire.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

ANNEXE 3 : Note d'information à l'attention des internes en stage SASPAS et médecins généralistes

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

UNIVERSITÉ DE NANTES

Je réalise, en partenariat avec le service de Pharmacologie Clinique du CHU de Nantes, une thèse sur la **connaissance et le comportement médicamenteux du sujet âgé de 65 ans et plus**.

Objectif : évaluer le niveau de connaissance du traitement en cours chez le sujet âgé de ≥ 65 ans et analyser les caractéristiques de son comportement médicamenteux.

Critères d'inclusion :

- patient âgé de **≥ 65 ans**,
- **consommant ≥ 1 médicament** par voie générale,
- **autonome** dans la gestion de son traitement,
- maîtrisant la langue française,
- **consentant** à répondre au questionnaire.

Votre rôle :

- donner une **information orale** concernant l'étude : au patient et à la secrétaire du cabinet qui pourra à son tour relayer l'information,
- **faire remplir les questionnaires** par le patient, soit en salle d'attente soit dans votre bureau,
- **récupérer** les questionnaires et **vous assurer qu'ils aient bien été complétés**,
- **me transmettre l'intégralité** des questionnaires dans l'enveloppe.

Si vous le souhaitez, je pourrais vous informer des résultats globaux de cette recherche.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

ANNEXE 4 : Classes thérapeutiques les plus prescrites

	Prescrits et pris	Prescrits non toujours pris	TOTAL
HYPOLIPEMIANT	52	18	70
ANTIAGREGANT PLAQUETTAIRE	35	7	42
BETA-BLOQUANT	37	5	42
ANTALGIQUE	39	0	39
IEC	30	6	36
ARA 2	24	3	27
IPP	14	10	24
VITAMINE D	21	2	23
INHIBITEUR CALCIQUE	19	3	22
HORMONE THYROIDIENNE	20	0	20
ADO	16	3	19
BENZODIAZEPINE	17	2	19
DIURETIQUE THIAZIDIQUE	15	2	17
ANTICOAGULANT	15	1	16
ANTIARYTHMIQUE	12	1	13
ANTIDEPRESSEUR	8	4	12
DIURETIQUE ANSE	11	1	12
ALPHA-BLOQUANT	9	1	10
ANTIHISTAMINIQUE	8	0	8
CORTICOIDE	7	1	8
DIURETIQUE EPARGNEUR K	7	1	8
LAXATIF	6	2	8

ANNEXE 5 : Répartition des médicaments selon la classification ATC et l'observance

Classification ATC	Médicaments prescrits et pris	Médicaments prescrits et non toujours pris	Total n	Total %
A	68	21	89	15,3
B	52	8	60	10,3
C	192	41	233	40,0
G	21	3	24	4,1
H	25	0	25	4,3
M	19	5	24	4,1
N	79	6	85	14,6
R	17	8	25	4,3
Autres	17	1	18	3,0
Total	490	93	583	100,0

A = voies digestives et métabolisme, B = sang et organes hématopoïétiques, C = système cardiovasculaire, G = système génito-urinaire, H = hormones systémiques (sauf sexuelles), M = système musculo-squelettique, N = système nerveux (dont antalgiques), R = système respiratoire

Vu, le Président du Jury,

Vu, les Directeurs de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : FARNE Prénom : Valérie

Titre de Thèse : Connaissance des médicaments chez la personne âgée de 65 ans ou plus : de l'évaluation à l'amélioration des pratiques

---

RÉSUMÉ

Contexte : Avec l'augmentation du nombre de médicaments sur le marché et la généralisation de la dispensation des génériques, les ordonnances sont de plus en plus complexes. Une bonne connaissance de ses traitements est pourtant primordiale dans la prise en charge de tout patient, car elle permet de diminuer le risque iatrogénique. L'objectif de notre étude était d'évaluer la connaissance des médicaments chez la personne âgée d'un point de vue sécuritaire.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective et observationnelle. Le support d'évaluation était un auto-questionnaire, complété par des patients âgés de 65 ans ou plus, prenant au moins un médicament au long cours, autonomes dans la gestion de leurs traitements et consultant en cabinet de médecine générale. Le critère de jugement principal de l'étude était le pourcentage de ces sujets qui connaissaient le nom et l'indication de l'ensemble des médicaments de leur ordonnance.

Résultats : 134 patients ont été inclus (âge moyen 74,3 ans, 50% de femmes, nombre moyen de médicaments prescrits 4,3). 64,9% des 583 médicaments prescrits étaient correctement nommés, et l'indication de l'AMM connue dans 51,8% des cas. Parmi les 124 patients analysés pour notre critère de jugement principal, 18,5% avaient une connaissance satisfaisante de leur ordonnance. En analyse multivariée, les facteurs significativement associés à une moins bonne connaissance étaient l'avancée en âge (OR=0,840 ; p=0,008), l'augmentation du nombre de médicaments prescrits (OR=0,564 ; p=0,01) et l'inobservance (OR=5,401 ; p=0,023).

Conclusion : La connaissance des personnes âgées de 65 ans ou plus de leur ordonnance est insuffisante. Dans le contexte d'une population vieillissante et polymédiquée, ces résultats soulignent l'importance, pour tout soignant, d'améliorer l'information délivrée au patient et développer l'éducation thérapeutique.

MOTS-CLÉS

Médecine générale, personne âgée, connaissance médicaments, indication et nom