

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2011

**N° 91**

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

MEDECINE GENERALE

par

Sylvain MICHOT

né le 31 janvier 1981 à Toulouse

---

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2011

---

**LA CONNAISSANCE DE LEURS TRAITEMENTS PAR LES PERSONNES AGEES  
AU CABINET DE MEDECINE GENERALE**

---

Président : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directrice de thèse : Madame le Docteur FERREOL Sophie

Remerciements :

A Mr le professeur Senand : vous me faites  
l'honneur de présider le jury de cette thèse et je  
vous en remercie vivement

A Mme le professeur Jolliet et Mr le professeur  
Berrut : merci d'avoir accepté sans hésiter de  
juger mon travail

A Mme le Docteur Ferreol, pour son aide et ses  
conseils qui ont permis l'achèvement de ce travail

A Marie-Eline, ma compagne, pour son  
indispensable soutien quotidien

A ma famille et mes amis, pour leur soutien, plus  
occasionnel mais non moins sincère et apprécié

# SOMMAIRE

<b><u>Introduction</u></b>	p 8
<u>I- Démographie : vieillissement de la population mondiale et française</u>	p 8
<u>II- Impact en santé publique</u>	p 8
A- Impacts sociétaux	p 8
B- Impacts médicaux	p 8
<u>III- Prise en charge des personnes âgées par le médecin généraliste</u>	p 9
<u>IV- Objectifs de l'étude</u>	p 9
<b><u>Partie I : théorie</u></b>	p 10
<u>I- Médicament et personnes âgées</u>	p 10
A- Particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques	p 10
1- <i>Sur le plan pharmacocinétique</i>	p 10
2- <i>Sur le plan pharmacodynamique</i>	p 11
B- Polypathologie chronique	p 11
C- Polymédication	p 11
1- <i>Sur le plan quantitatif</i>	p 11
2- <i>Sur le plan qualitatif</i>	p 12
3- <i>Les causes de la polymédication</i>	p 12
4- <i>L'automédication</i>	p 13
D- Iatrogénie	p 14
1- <i>Iatrogénie liée au prescripteur</i>	p 14
2- <i>Iatrogénie avec participation du patient</i>	p 14
3- <i>Conséquences cliniques</i>	p 15
<u>II- Observance en général et chez la personne âgée</u>	p 15
A- Définitions et mesures de l'observance	p 15
1- <i>Définitions</i>	p 15
2- <i>Mesures de l'observance</i>	p 15
a- <i>Méthodes quantitatives</i>	p 15
b- <i>Méthodes qualitatives</i>	p 16
c- <i>Les difficultés et les résultats</i>	p 16
B- Typologie de la non-observance	p 17
C- Facteurs de non-observance chez la personne âgée	p 17

<i>1- Facteurs médicaux liés au patient âgé</i>	p 17
<i>2- Facteurs sociaux-éducatifs</i>	p 18
<i>3- Facteurs liés au traitement</i>	p 18
<i>4- La mauvaise connaissance du traitement</i>	p 18

## **Partie II : l'enquête** p 20

<b><u>I- Patients et méthodes</u></b>	p 20
A- Type d'étude	p 20
B- Population à l'étude	p 20
C- Critères d'inclusion et d'exclusion	p 20
D- Recueil des données	p 20
<i>1- Période et lieu de recueil</i>	p 20
<i>2- Choix des variables : caractéristiques de la population à l'étude</i>	p 21
<i>a- Lieu urbain ou rural de la consultation</i>	p 21
<i>b- Sexe et âge</i>	p 21
<i>c- Activité professionnelle</i>	p 21
<i>d- Isolement</i>	p 21
<i>e- Emploi d'un pilulier</i>	p 21
<i>f- Aide à la gestion du traitement</i>	p 21
<i>g- Présence de psychotropes sur l'ordonnance</i>	p 21
<i>h- Nombre de lignes de traitements sur l'ordonnance</i>	p 21
<i>3- Choix des variables : connaissance du traitement</i>	p 22
<i>a- Nom du médicament</i>	p 22
<i>b- Dosage</i>	p 22
<i>c- Indication</i>	p 22
<i>d- Prise</i>	p 22
<i>4- Méthode de recueil</i>	p 22
E- Analyse des données recueillies	p 23
<i>1- Analyse descriptive</i>	p 23
<i>a- Description de la population étudiée</i>	p 23
<i>b- Description des traitements pris par les patients</i>	p 23
<i>2- Analyse de la connaissance</i>	p 23
<i>a- Selon la catégorie de traitement</i>	p 24
<i>b- Selon les variables recueillies</i>	p 24
<i>c- Le détail des lignes partiellement connues</i>	p 24

<u>II- Résultats</u>	p 26
A- La population à l'étude	p 26
1- Consultation en zone urbaine ou rurale	p 26
2- Age et sexe	p 26
3- Isolement	p 26
4- Emploi d'un pilulier	p 27
5- Aide à la gestion du traitement	p 27
6- Présence de psychotropes sur l'ordonnance	p 28
B- Les traitements	p 28
1- Description des traitements	p 28
a- Sur le plan quantitatif	p 28
b- Sur le plan qualitatif	p 29
2- Connaissance des traitements	p 30
C- Connaissance et population	p 31
1- Connaissance dans la population à l'étude	p 31
2- Variation du niveau de connaissance selon les variables étudiées	p 31
a- selon le lieu urbain ou rural de la consultation	p 31
b- selon le sexe	p 32
d- selon l'âge	p 33
e- selon l'isolement	p 34
f- selon l'emploi d'un pilulier	p 34
g- selon la présence d'une aide à la gestion du traitement	p 35
h- selon la présence de psychotropes sur l'ordonnance	p 36
i- selon le nombre de lignes de traitements sur l'ordonnance	p 37
3- Les lignes partiellement connues	p 38
a- au moins un élément par ligne est connu	p 38
b- en associant ces informations deux à deux	p 39
<u>III- Discussion</u>	p 40
A- Intérêt de l'étude	p 40
B- Commentaires sur la méthode	p 40
1- Points positifs de la méthode	p 40
a- Emploi d'un questionnaire	p 40
b- Interrogatoire direct	p 40
c- Intérêt des questions ouvertes	p 40
d- Faisabilité	p 41

2- points négatifs de la méthode	p 41
a- Difficultés à rassembler un effectif suffisant	p 41
b- Des question inadaptées	p 41
b-1 Problème de l'ancienne activité professionnelle	p 41
b-2 Connaissance du dosage	p 41
c- Pas d'évaluation de l'impact des génériques	p 42
d- Impossibilité de dissocier certains facteurs	p 42
3- Les biais	p 42
a- De sélection	p 42
a-1 Divergences entre notre population, la population française générale et une patientèle de médecine générale	p 42
a-2 Cependant...	p 43
- sur les données démographiques	p 43
- sur la consommation quantitative de médicaments	p 44
- sur la consommation qualitative	p 44
b- De mesure	p 45
b-1 Subjectivité	p 45
b-2 Problème du dosage	p 45
b-3 Format oral direct	p 46
4- Améliorations possibles de l'étude par rapport aux difficultés rencontrées	p 46
C- Les résultats	p 47
1- Diverses évaluations de la connaissance dans la littérature	p 47
a- Études se focalisant sur un seul aspect de la connaissance	p 47
b- Études dans le cadre d'un traitement ou d'une pathologie spécifique	p 47
c- Études sur la connaissance en tant que mémorisation des traitements	p 48
2- Méthodes de mémorisation	p 48
3- Représentation de la maladie et des traitements	p 48
4- Connaissances globales	p 49
5- Selon les différents paramètres	p 49
a- selon l'âge	p 49
b- selon l'emploi d'un pilulier	p 49

<i>c- selon la présence d'une aide à la gestion des traitements</i>	p50
<i>d- selon la présence de psychotropes sur l'ordonnance</i>	p 50
<i>e- selon le nombre de lignes de traitements</i>	p 51
<i>f- autres paramètres</i>	p 51
D- Impact pratique	p 51
<u>IV- Conclusion</u>	p 53
<b><u>Bibliographie</u></b>	p 54
<b><u>Annexe 1 : questionnaire</u></b>	p 63
<b><u>Annexe 2 : catégories de traitements retenues</u></b>	p 64
<b><u>Annexe 3 : résultats statistiques des tableaux et histogrammes</u></b>	p 65
<b><u>Annexe 4 : histogrammes statistiquement significatifs</u></b>	p 66
<b><u>Annexe 5 : divers résultats non significatifs</u></b>	p 76

# **INTRODUCTION**

## **I- Démographie: vieillissement de la population mondiale et française**

Les personnes âgées, c'est-à-dire celles de 60 ans ou plus pour reprendre la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sont de plus en plus nombreuses parmi la population mondiale : plus 694 millions de personnes entre 1974 et 2025 pour aboutir selon les prévisions autour de 1,2 milliard de personnes à cet horizon (1) (2). La France n'est pas à l'écart de cette évolution et l'on s'attend à une hausse de la proportion des 60 ans et plus par rapport à la population totale. Ainsi les personnes âgées étaient 12 millions, soit un cinquième de la population, en 2005. Elles seront environ 23 millions soit un tiers de la population projetée pour 2025 (3).

## **II- Impact en santé publique**

### **A- Impacts sociétaux**

La population des personnes âgées concentre l'essentiel des dépenses de santé. Une enquête du CREDES de 1997 montre qu'une personne de plus de 65 ans occasionne une dépense 7 fois supérieure à celle d'une personne de moins de 16 ans (4). Les dépenses sont concentrées dans les tranches d'âges les plus élevées: 5 % des plus de 70 ans en réalisent 19 % (5). Par ailleurs, la part du débours sur les prescriptions médicamenteuses passe de 38 à 25 % en moyenne entre les moins de 16 ans et les plus de 65 ans. Il est vrai que la proportion de personnes ayant une couverture complémentaire passe de 88 % avant 80 ans contre 78 % au delà (4).

### **B- Impacts médicaux : polymédication, polypathologie, iatrogénie**

Les personnes âgées sont porteuses de spécificités pharmacodynamiques (6) et pharmacocinétiques (7) non encore complètement élucidées. Polypathologiques, elles reçoivent souvent des traitements nombreux et complexes (8). Or, il s'agit aussi de personnes pouvant présenter des troubles cognitifs (9). Le risque iatrogénique est majeur, en particulier en cas de méconnaissance par les patients de leurs pathologies et des traitements qui les corrigent. Il existe également un risque d'insuffisance thérapeutique chez les patients inobservants, souvent par incompréhension du rôle et de l'intérêt de leurs médicaments.

Le lien entre connaissance des traitements et efficacité thérapeutique est clairement pointé dans de nombreuses études (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17).

### III- Prise en charge des personnes âgées par le médecin généraliste

De plus, ces patients représentent une part importante de la patientèle des généralistes installés en cabinet: en 2003 une étude faite auprès de 23 médecins portant sur 3142 consultations constate que 26,15% de celles-ci concernent des patients de plus de 66 ans (8). De façon logique, les prescriptions faites aux plus de 65 ans représentent un tiers de l'ensemble des prescriptions (18). Une étude menée dans le nord-est de la France en juillet 1998 et janvier 1999 constate que 90 % des prescriptions faites aux 60 ans et plus émanent du médecin généraliste (19).

Ce dernier se perçoit comme un acteur clé de l'éducation thérapeutique : entre 76,5 % et 97 % déclarent en faire dans leur pratique quotidienne (20) (21) (sans précision néanmoins dans ces études sur le sens donné au terme « éducation thérapeutique »); même s'ils ne sont pas seuls en ce domaine : aide-soignants, infirmières, pharmacien, associations de malades (22).

### IV- Objectifs de l'étude

Le médecin généraliste est un acteur clé dans l'explication des traitements aux patients; en particulier pour les personnes âgées qui sont les plus vulnérables et mes plus à risque de iatrogénie. Il nous est donc paru intéressant d'évaluer la connaissance des personnes âgées de leur traitement en cabinet de médecine générale. Ceci afin de voir si cette connaissance est satisfaisante. Ou à l'inverse si elle est déficitaire et pourrait constituer une piste d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en médecine générale.

## **PARTIE I : THEORIE**

### **I- Médicament et personnes âgées**

#### **A- Particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques**

Elles sont mal connues, les personnes âgées ne bénéficiant que de rares études spécifiques, en dehors de pathologies très ciblées comme l'hypertension artérielle (HTA) par exemple. Il a été rapporté en 2002 que, dans le cadre des nouveautés thérapeutiques chez les plus de 70 ans, on ne retrouvait d'évaluation pharmacocinétique spécifique de cette population que dans moins de 50 % des cas; et une étude clinique dans moins de 40 % des cas (23).

##### ***1- Sur le plan pharmacocinétique***

La hausse de 30 à 50 % la part de masse grasse favorise l'accumulation des molécules liposolubles, comme les anti-dépresseurs tricycliques, les neuroleptiques et les benzodiazépines.

La baisse de l'eau corporelle totale accroît la concentration des molécules hydrosolubles comme la digitale et les aminosides.

La malnutrition, qui touche 5 % des 75 – 79 ans vivants à domicile (24), provoque une hypoalbuminémie augmentant la fraction libre des molécules. Ceci peut entraîner un surdosage pour les traitements à marge thérapeutique étroite comme les digitalliques et les anti-coagulants oraux (25).

Le flux sanguin hépatique est diminué de 40% entre 25 et 65 ans. Ceci revêt une grande importance pour les médicaments à effet de 1er passage hépatique : cet effet est diminué, augmentant la biodisponibilité et donc majorant le risque de toxicité (cas des inhibiteurs calciques et des antidépresseurs tricycliques entre autres).

Toujours sur le plan hépatique, on constate une baisse du métabolisme oxydatif; en particulier sur le cytochrome P450. Ceci diminue la dégradation de molécules comme la warfarine, la théophylline, la phénytoïne, les barbituriques (26).

La baisse de la filtration glomérulaire accompagnant le vieillissement impose de revoir à la baisse la posologie de très nombreux traitements d'utilisation courante : antibiotiques, thiazidiques, etc. L'évaluation de la filtration glomérulaire résiduelle nécessite l'emploi de la formule de Cockcroft et Gault (27) ou de la formule dite « MDRD » (28) car la créatininémie

est souvent faussement rassurante du fait de la perte de masse musculaire.

En définitive, l'ensemble des modifications pharmacocinétiques allonge la demi-vie d'élimination des médicaments et accroît leur concentration plasmatique.

## ***2- Sur le plan pharmacodynamique (6) (7)***

Les modifications liés à l'âge sont encore moins connues. Les personnes âgées sont moins réceptives aux traitements du système bêta-adrénergique (29) mais beaucoup plus sensibles à tous les médicaments ciblant le système nerveux central. Les hypothermies sont plus fréquentes et la résistance à l'insuline augmentée.

## **B- Polypathologie chronique**

Ce sont des patients souffrants souvent de plusieurs pathologies chroniques avec des décompensations parfois brutales. Un moyen de quantifier l'incidence de ces pathologies chroniques est d'observer la répartition des bénéficiaires d'affection de longue durée (ALD) chez les assurés sociaux. Dans la tranche d'âge 60 à 64 ans, 28% des assurés sociaux ont au moins une ALD. Ce taux passe à plus de 75% chez les plus de 90 ans (30). Pour l'aspect polypathologique, une enquête de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) de 2008 retrouve 91,4 % des 65 ans et plus déclarant au moins deux pathologies; ils sont 19 % à en déclarer au moins six, en dehors des pathologies bucco-dentaires et des troubles de la réfraction (31).

## **C- Polymédication**

Polypathologiques, ce sont aussi en conséquence des patients souvent polymédiqués.

### ***1- Sur le plan quantitatif***

La définition de la polymédication n'est pas univoque. En 1989, Beers propose de la définir comme une liste de médicament dont au moins un est inutile (32). En 1992, Montamat et Cusack parlent de la disproportion entre le nombre de médicaments administrés et le nombre de symptômes cliniques (33). Pour Avorn et Gurwitz en 1995 il s'agit de toute ordonnance de plus de 5 molécules (34). Pour Salles-Montaudon et coll. en 2000, la polymédication comprend deux aspects complémentaires (35):

- une ordonnance comprenant beaucoup de médicaments
- dont certains ne sont pas justifiés par une balance bénéfice-risque favorable au vu de la situation clinique.

Un sous-projet de l'étude Paquid a été mené chez 2792 personnes de plus de 65 ans vivant à domicile et suivies pendant 8 ans entre 1987 et 1995. Il a retrouvé un nombre moyen de médicament pris par personne de 4,06 en début d'étude. Par ailleurs une hausse de la consommation de médicaments a été constatée au cours de la période de suivi. La moyenne des traitements pris est passée de 4,06 à 5,13 sans modification de la répartition des diverses classes thérapeutiques. Cette hausse a été plus marquée dans les tranches d'ages les plus jeunes et non dépendantes selon l'échelle IADL (35).

L'étude citée en introduction et menée dans le nord de la France s'est penchée sur les variations saisonnières des ordonnances des 60 ans et plus. Le nombre d'ordonnances est resté identique mais celles rédigées en janvier comprenaient plus de lignes de traitement. Les femmes avaient de plus longues ordonnances que les hommes (19).

L'étude de 2003 précédemment citée retrouve chez les plus de 66 ans 30% de patients avec de 4 à 6 médicaments sur leur ordonnance; et 30% avec plus de 7 médicaments prescrits (8).

## ***2- Sur le plan qualitatif***

Dans l'étude Paquid précédemment citée trouvait 4 personnes sur 5 avec un traitement à visée cardiovasculaire (anti-hypertenseur; anti-agrégant; anti-coagulant; vasodilatateur; hypolipémant;...), pour une moyenne de 1,16 médicaments par personne. 2 sur 5 prenaient des psychotropes avec une moyenne de 0,56 médicament par personne. En plus des traitements précédents, chaque personne prenait en moyenne 2,33 médicaments à visée antalgique ou digestive. Antidiabétiques et antiparkinsoniens étaient retrouvés dans 5 % des cas seulement (35).

L'étude faite dans le nord de la France retrouvait les mêmes notions. Les traitements cardio-vasculaires représentaient 35 % des lignes d'ordonnances. Les médicaments du système nerveux 15 %; les molécules à visées digestives ou métaboliques 14,5 % et les traitements respiratoires 6,1 % en juillet contre 9,1 % en janvier (19).

## ***3- Les causes de la polymédication***

La polyopathie n'est pas la seule cause à la polymédication. Montamat et Cusack

proposent en 1992 des facteurs de risque repris dans le tableau ci dessous (33):

Facteurs liés au médecin	Facteurs liés au patient
Présumer que le patient attend une ordonnance	Réclamer une ordonnance de façon systématique
Prescrire un médicament sans évaluation clinique complète	Donner une liste incomplète des médicaments pris
Traiter une pathologie sans se fixer d'objectif	Ne pas rapporter certains symptômes reliés à la prise de médicaments
Donner des instructions incomplètes au patient ou à l'aidant	Utiliser des ordonnances renouvelables pour des périodes prolongées
Ne pas réviser régulièrement la liste des traitements pris	Accumuler des médicaments non consommés
Posséder des connaissances insuffisantes en pharmacologie gériatrique	Avoir recours à plusieurs médecins et pharmaciens
Ne pas simplifier les traitements quand cela est possible	Emprunter des médicaments à des proches
	Consommer des médicaments sans ordonnance
	Etre atteint de pathologie visuelle ou cognitive

Tableau 1 : les facteurs de la iatrogénie, Montamat S.C., Cusack B. « Overcoming problems with polypharmacy and drugs misuse in the elderly » Clin Geriatr Med 1992; 8 : 143 – 158.

#### ***4- L'automédication***

Impliquant des médicaments non prescrits, elle participe néanmoins à la polymédication et, souvent occultée, reste invisible pour le prescripteur. Son caractère parfois inadapté pourra la faire participer à la iatrogénie; par redondance ou interaction avec des traitements prescrits. Certaines études estiment que 66 % des 65 – 69 ans et 95 % des plus de 80 ans ont recours à l'automédication avec des molécules en vente libre (36). Les produits les plus consommés sont : les laxatifs, les antalgiques, les antitussifs et les somnifères (37) (38).

## **D- Iatrogénie**

Grand problème gériatrique, la iatrogénie désigne ce qui est induit par le médecin. Tout accident thérapeutique impliquant des traitements ne relevant pas de l'automédication pure peut donc être qualifié de iatrogénique. Les différentes études sur le sujet fournissent des chiffres très différents. Il existe en effet une part importante de subjectivité lorsqu'est défini le seuil pour lequel on considère que la iatrogénie est la raison principale du problème en cours : est ce l'anticoagulant ou la chute par maladresse qui est le « plus » responsable de l'hématome sous dural ?

Ce problème de « seuil », explique que selon les cas, la responsabilité de la iatrogénie incombera totalement ou partiellement au prescripteur.

### ***1- Iatrogénie liée au prescripteur***

Une étude française de 1998 retrouve 6,4 % de non-respect de contre-indications chez des patients hospitalisés en court séjour gériatrique (39). La majorité ont été de découverte fortuite car parfaitement asymptomatiques.

Par effet secondaire d'un traitement ensuite. Il sera du à un surdosage, lui même lié à une surestimation de la posologie (insuffisance rénale ou hépatique inconnue) ou interaction avec un autre produit de l'ordonnance. Dans l'étude précédente, 7,39 % des patients avaient une interaction médicamenteuse sur leur ordonnance. Là aussi, la plupart sont restées cliniquement muettes (39).

Dans ce contexte, la non-observance peut être salutaire si le patient stoppe un traitement avec des effets secondaires graves (œdème laryngé, malaises,...).

### ***2- Iatrogénie avec participation du patient***

Il s'agit des cas où l'intervention peu inspirée du patient sur les médicaments de son ordonnance déclenche l'accident : non-observance, automédication inadéquate. Des études nord – américaines retrouvent entre 5,3 % (40) et 10 % (41) d'hospitalisations en rapport avec un mésusage médicamenteux spécifiquement du fait du patient. En France, les études retrouvent des chiffres de 12 % (42) à 18 % (43).

### ***3- Conséquences cliniques***

La typologie des accidents iatrogènes en général comprend surtout les syndromes confusionnels et les chutes par hypotension orthostatique (37). 15 % des syndromes confusionnels (44) et 10 % des chutes (45) seraient iatrogènes. Les traitements les plus souvent incriminés sont aussi les plus fréquemment prescrits : produits à visée cardiovasculaire, psychotropes et AINS (46).

## **II- Observance en général et chez la personne âgée**

### **A- Définition et mesures de l'observance**

#### ***1- Définition***

L'observance est la concordance entre la prescription donnée par le médecin, qu'elle soit médicamenteuse ou non (régime, exercice physique, arrêt du tabac,...), et sa mise en œuvre par le patient. Elle ne se confond pas avec l'adhésion qui est l'ensemble des conditions requises pour permettre l'observance en se reposant sur la participation du malade: motivation, acceptation de la maladie et de l'intérêt de la prescription, faisabilité pratique de celle-ci, etc.

#### ***2- Mesure***

Elle peut être quantitative ou qualitative (47).

##### **a- Méthodes quantitatives**

Elles sont soit directes, soit indirectes.

Les méthodes quantitatives directes reposent sur le dosage urinaire ou sanguin des traitements; sur l'observation directe de la prise par le malade; sur l'observation de l'effet thérapeutique ou d'un effet secondaire (coloration des sécrétions par la rifamycine par exemple).

Toutes les substances ne sont pas dosables avec les techniques actuelles. Quand elles le sont, il n'existe pas toujours de relation dose-effet prouvée. S'il s'agit de dosages sanguins, cette méthode est invasive et pose des problèmes éthiques. L'effet thérapeutique peut être inconstant selon les patients et ne permet pas toujours d'établir une équivalence entre celui-ci

et la bonne prise du traitement. Idem pour les effets secondaires, sauf rares cas particuliers (c'est le cas de la rifamycine). Enfin, l'observation directe de la prise du traitement sous les yeux du prescripteur sort d'emblée du cadre de l'observance « spontanée » du malade.

Les méthodes quantitatives indirectes emploient le comptage de comprimés restants au bout d'une certaine période, de conditionnements ouverts ou le nombre de fois où un pilulier est ouvert.

Bien entendu, l'ouverture d'un pilulier n'équivaut pas à la prise de son contenu : simple vérification du contenu de la boîte; perte du comprimé par maladresse (voire volontairement); prise de médicament au mauvais horaire ou double prise pour rattraper un oubli précédent,...

### b- Méthodes qualitatives

Les méthodes qualitatives se basent sur plusieurs outils : fréquence de recours au système de soins, grilles de qualité de vie, questionnaires, entretiens, récits de vie voire pour certains ponctualité aux rendez-vous.

Plus souples d'emploi et moins problématiques sur les plans technique et éthique, ces méthodes sont entachées d'une grande subjectivité. Les patients sur-estiment systématiquement leur observance dans leurs propos (48) (49) (50). Enfin, l'amélioration symptomatique du patient est souvent rattachée par lui à d'autres facteurs que le traitement.

### c- Les difficultés et les résultats

Tout d'abord il n'existe pas de définition consensuelle de l'observance. Il est souvent retenu comme seuil le fait de prendre 80 % du traitement prescrit (quand le traitement est médicamenteux...).

Ensuite, les limites des diverses méthodes montrent la complexité et la difficulté de la mesure de l'observance. De ce fait, les résultats des études seront très disparates en fonction des méthodes employées et du seuil retenu. Par exemple, une étude a comparé le taux d'observance spontanément déclaré des patients de plus de 65 ans au domicile, à l'observance calculée par le décompte des doses prises. Résultats: 89 % des patients se considéraient comme observants, or seuls 5 % des patients avaient pris les bonnes doses de produits au comptage (48). Une étude chez des diabétiques retrouve 49 % de patients compliants grâce à des dosages urinaires réalisés à l'insu des patients (49); ils sont 45 % dans une étude chez des patients au domicile de moyenne d'âge 74 ans (50). Une étude allemande trouve que six semaines après sortie d'une hospitalisation, 48 % des patients prenaient moins de la moitié des traitements prescrits (51).

On peut donc considérer qu'environ un patient sur deux ne suit pas le traitement qui

lui a été prescrit.

## **B- Typologie de la non-observance**

90 % de la non-observance est une sous-médication (52). Elle provoque une baisse de l'effet thérapeutique par sous-dosage sans pour autant exclure certains effets secondaires non-dose dépendants (réactions allergiques; dyskinésies aux neuroleptiques,...). Dans 10 % des cas environ il s'agit d'une sur-médication (52) par hausse des prises ou, surtout, interaction avec un produit d'automédication. Ceci provoque des effets secondaires liés au « dépassement » de l'objectif thérapeutique : déshydratation avec les diurétiques; syndrome hémorragiques des anticoagulants oraux;... Mais aussi des effets secondaires qui ne se seraient pas produits dans la fourchette thérapeutique.

## **C- Facteurs de non-observance chez la personne âgée**

### ***1- Facteurs médicaux liés au patient âgé***

Il s'agit tout d'abord des troubles cognitifs. Parmi ceux-ci, la prévalence des démences, toutes étiologies confondues, est de 6,4 % chez les plus de 65 ans. Spécifiquement, la maladie d'Alzheimer touche 4,4 % de cette tranche d'âge. Cette moyenne cache des disparités importantes car l'avancée en âge s'accompagne d'une hausse franche de la prévalence des troubles cognitifs. Ainsi, s'ils touchent 1,2 % des personnes entre 65 et 69 ans, les syndromes démentiels frappent 28,5 % des plus de 90 ans (9).

De ce fait, la mémorisation des recommandations et ordonnances est difficile pour les patients. Une étude retrouve 52 % des patients de plus de 60 ans incapables de citer les recommandations données par le médecin juste à la sortie de la consultation. Pour les médicaments prescrits, ils sont 46 % à ne pas s'en souvenir (53). Une autre étude a retrouvé 24 % des plus de 55 ans ne se souvenant pas de leur prescription et pourtant 71 % des patients avaient développé des moyens mnémotechniques afin de s'en rappeler (54).

La déficience visuelle (cataracte, glaucome, DMLA,...) pose problème car elle empêche la bonne lecture de l'ordonnance. Il a été montré que 28 % des patients lisent leur ordonnance de manière incorrecte (48). On peut évidemment mettre en cause ici l'écriture parfois indéchiffrable de certains praticiens. Néanmoins ce biais régresse avec l'informatisation des cabinets médicaux et les ordonnances imprimées.

Les personnes âgées sont sujettes à des pathologies musculo-squelettiques et

neurologiques au grand retentissement fonctionnel. L'impossibilité d'ouvrir les blisters, de rompre les comprimés sera à l'origine de la dysobservance de 60 % des prescriptions (48).

Enfin, les hospitalisations répétées du patient âgé s'accompagnent d'une régression de la connaissance des traitements. Ceci à cause d'une part des ajustements thérapeutiques nécessaires pour traiter le problème aigu. Et d'autre part de la distribution des médicaments par le personnel qui n'incite pas à la mémorisation (37).

## ***2- Facteurs sociaux-éducatifs***

L'entourage est fondamental : la présence d'un conjoint ou d'un tiers fait passer l'observance de 41,5 % à 66,7 % (55).

L'influence du sexe n'est pas nette. Selon les études, les femmes sont légèrement moins observantes que les hommes (50) (55); ou l'inverse (15); ou les deux sexes sont à égalité (40).

Idem pour le lieu de naissance et le lieu de vie qui semblent sans importance (55).

L'influence du niveau d'étude ou de revenu n'est pas mieux établie. Chez certains auteurs (55) il est indifférent. Certains associent non-observance et haut niveau socio-économique (40). Tang à Hong Kong (11) pointe lui du doigt l'illettrisme comme facteur de non adhérence.

## ***3- Facteurs liés au traitement***

Il s'agit tout d'abord des effets indésirables qui sont évoqués dans 19 % des cas d'arrêts spontanés de traitement (56). Qu'il s'agisse d'effets « vérifiables » ou d'effets nocebos importe peu en pratique.

La polymédication tend à réduire l'observance (13) (15) (16) (40). Une étude aux États-Unis a mis en évidence une baisse de l'observance de 75 % à 40 % lorsque l'ordonnance passe de 1 médicament à 4 ou plus. Elle a observé un phénomène similaire lorsqu'on passe d'une prise unique à 3 prises quotidiennes (57).

Enfin, l'amélioration des symptômes voire leur absence dans certaines maladies chroniques pousse les patients à interrompre prématurément les médicaments.

## ***4- La mauvaise connaissance du traitement***

De nombreuses études montrent qu'une connaissance satisfaisante du rôle de chacun

des médicaments prescrits et des modalités de prise (dose, fréquence, etc.) va être décisive dans le processus d'observance (10) qui lui-même conditionne l'efficacité du traitement, comme cela a été montré avec les anti-vitamines K et l'INR (11). A l'inverse, la méconnaissance des traitements peut entraîner des complications iatrogènes par confusion de molécule, de posologie, interaction médicamenteuse,... (12)

Nous pouvons citer une étude danoise de 2000 faites sur les ordonnances de médecine générale des 75 ans et plus au domicile (13); une étude anglaise de 1995 (14); une étude espagnole de 2008 dans laquelle les patients eux mêmes citent leur manque de connaissance comme facteur de non observance (15); une étude faite en Nouvelle Zélande chez les 65 ans et plus (16); une étude aux Etats Unis sur la même tranche d'age en 2004 (17)...

Facteur majeur de non-observance et donc d'échec thérapeutique, la connaissance de leurs traitements par les personnes âgées mérite que l'on s'y attarde.

## **PARTIE II : L'ENQUETE**

### **I- Patients et méthodes**

#### **A- Type d'étude**

Nous réalisons une étude épidémiologique descriptive transversale.

#### **B- Population à l'étude**

Population générale de 60 ans et plus consultant en cabinet de médecine générale.

#### **C- Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion étaient : toute personne de 60 ans et plus venant en consultation au cabinet pour un renouvellement d'ordonnance.

Ont été exclues les patients consultant au cours d'un épisode pathologique aigu. Ceci afin d'éviter les biais de réponses liés à une décompensation aiguë et aux modifications thérapeutiques engendrées.

Les personnes avec des démences avérées, c'est à dire avec un diagnostic mentionné dans leur dossier médical (maladie d' Alzheimer, démence vasculaire ou autre); ou supposée, c'est à dire sans diagnostic retrouvé dans le dossier mais recevant un traitement « anti-démence » tel un anti-cholinestérasique ont aussi été exclues. Ceci afin de se placer dans les meilleures conditions possibles quand aux réponses fournies.

#### **D- Recueil des données**

##### ***1- Période et lieux du recueil***

Le recueil s'est déroulé entre le 14 janvier 2009 et le 4 mars 2010 inclus. Il a eu lieu en Loire-Atlantique (La Montagne, Nantes et Saint Aubin des Châteaux); en Maine-et-Loire (Cholet, Saint Léger sous Cholet); en Vendée (Benet) et en Charente-Maritime (Jonzac, Mescher, Saint Jean d'Angély, Saujon et Tonnay-Charente).

## ***2- Choix des variables : caractéristiques de la population à l'étude***

### ***a- Lieu urbain ou rural de la consultation***

La population a été divisée en deux selon que la consultation ait eu lieu en secteur urbain ou rural. L'appellation « urbain » regroupe les cabinets situés dans une ville de 50 000 habitants ou plus (Cholet, Nantes) et les cabinets situés dans une ville d'au moins 4 000 habitants se trouvant à moins de 15 minutes de voiture d'une ville de 15 000 habitants au moins (La Montagne, Saint Léger Sous Cholet, Saujon, Tonnay-Charente). L'appellation « rural » regroupe les cabinets situés dans des villes de moins de 4 000 habitants se trouvant à plus de 15 minutes en voiture d'une ville de 15 000 habitants au moins (Benet, Jonzac, Mescher).

### ***b- Sexe et âge***

### ***c- Activité professionnelle***

Le niveau socio-culturel des patients était évalué en leur demandant de décrire leur ancienne activité professionnelle.

### ***d- Isolement***

Il était demandé au patient s'il vivait seul à son domicile ou accompagné.

### ***e- Emploi d'un pilulier***

Il a été systématiquement recherché l'emploi d'un pilulier, qu'il soit quotidien ou hebdomadaire.

### ***f- Aide à la gestion du traitement***

Qu'il s'agisse de la réalisation d'un pilulier ou de la surveillance de la prise; par un proche ou un professionnel de santé.

### ***g- Présence de psychotropes sur l'ordonnance***

Ont été considéré comme tel les anti-dépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, le lithium et les neuroleptiques.

### ***h- Nombre de lignes de traitement sur l'ordonnance***

### ***3- Choix des variables : connaissance du traitement***

L'ordonnance remise en fin de consultation à chaque patient a été relevée. Pour chaque ligne de cette ordonnance, quatre données qui sont les suivantes ont été collectées :

*a- Le nom du médicament* : nom commercial ou dénomination commune internationale. La classe thérapeutique (« bêta-bloquant » par exemple) n'était pas acceptée car trop imprécise.

*b- Son dosage* : la posologie du médicament. Pour les cas où le dosage était ignoré mais pouvait être retrouvé à partir du seul nom (cas des spécialités à un seul dosage), il était considéré comme connu.

*c- Son indication* : nous acceptions les réponses d'organe comme de fonction à proprement parler.

*d- Sa prise* : nombre d'unité de prise (comprimé, sachet,...) et le moment de la journée

### ***4- Méthode de recueil***

Les données ont été recueillies par consultation du dossier médical pour le sexe, l'âge, les antécédents cognitifs, le nombre total de lignes sur l'ordonnance et la prise de psychotropes. L'activité professionnelle, l'isolement, la gestion des médicaments (pilulier et aide extérieure), la connaissance de chaque ligne prescrite sur l'ordonnance (nom, dosage, indication, prise) sont des données recueillies par hétéro-questionnaire soumis par le médecin au patient en fin de consultation (voir le questionnaire en annexe 1).

Les patients accompagnés devaient répondre seuls, sans aide. Ils ne devaient pas non plus s'aider d'ordonnances anciennes. Aucun indicage n'était réalisé par le médecin. Il a été demandé au patient de confirmer en fin de recueil s'il n'avait plus rien à signaler. A l'affirmative, le recueil était clos.

Les lignes de traitement non connues ou partiellement connues étaient ré-expliquées après le recueil.

## **E- Analyse des données recueillies**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Excel.

### ***1- Analyse descriptive***

#### **a- Description de la population à l'étude**

Nous avons observé la répartition des caractères recueillis au sein de notre population à l'étude; à commencer par le sexe et l'âge en introduisant trois tranches d'âge : les 60 – 69 ans, les 70 – 79 ans et les 80 ans et plus. Nous avons ensuite observé la répartition des autres caractères selon ces 2 données de sexe et d'âge. Pour tenir compte des différences d'effectifs, nous avons rapporté les chiffres absolus à l'effectif de chaque sous catégorie de population (homme de 60 à 69 ans; femme de 80 ans et plus par exemple). Ces rapports sont exprimés sous la forme de pourcentage.

#### **b- Description des traitements pris par les patients**

Nous avons décrit la répartition quantitative des lignes de traitements selon le sexe et l'âge. Puis, pour évaluer quels types de médicaments recevaient notre population, nous avons classé les lignes de traitement en 8 grandes catégories indiquées en annexe 2 et observé leur fréquence respective dans l'ensemble des lignes prescrites et leur fréquence en terme de présence sur l'ordonnance des patients.

### ***2- Analyse de la connaissance***

Nous abordons ici la connaissance des traitements. A la fin du recueil, les réponses des patients concernant leur ordonnance se présentent sous la forme de l'exemple ci dessous :

Patient : Mr A				
	Nom	Dosage	Indication	prise
Médicament 1	connu	connu	connue	connue
Médicament 2	connu	inconnu	inconnue	connue
Médicament 3	inconnu	inconnu	connue	connue
Médicament 4	inconnu	inconnu	inconnue	inconnue

Patient : Mme B				
	Nom	Dosage	Indication	prise
Médicament 1	inconnu	inconnu	connue	inconnue
Médicament 2	connu	connu	connue	connue
Médicament 3	inconnu	inconnu	inconnue	inconnu
Etc...				

Pour analyser ces résultats, nous avons comptabilisé les lignes de traitement dont les quatre données sont connues (« lignes connues »); les lignes dont les quatre données sont ignorées (« lignes ignorées ») et les lignes dont seules certaines des données sont connues (« lignes partiellement connues »).

#### ***a- Selon la catégorie de traitement***

Nous avons rapporté le nombre de lignes connues, ignorées ou partiellement connues au nombre total de lignes prescrites dans chaque catégorie de traitement. Ce rapport a été exprimé sous la forme d'un pourcentage.

Les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test du  $X^2$ .

Le seuil de significativité statistique était défini pour une valeur de  $p < 0,05$ .

Les résultats se lisent sous la forme « x % des lignes de traitements de la catégorie  $\lambda$  sont connues ».

#### ***b- Selon les variables recueillies***

Nous avons rapporté le nombre de lignes connues, ignorées ou partiellement connues au nombre total de lignes prescrites dans chaque sous-population présentant ou non une variable étudiée. Ce rapport a été exprimé sous la forme d'un pourcentage.

Les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test du  $X^2$ .

Le seuil de significativité statistique était défini pour une valeur de  $p < 0,05$ .

Les résultats se lisent sous la forme « les patients présentant le caractère  $\lambda$  ignorent x % de leurs lignes de traitement »

#### ***c- Le détail des lignes partiellement connues***

Au sein de ces lignes, nous avons comptabilisé le nombre de lignes dans lesquelles

chaque variable de connaissance du traitement (nom, dosage, indication, prise) est individuellement connue. Nous avons rapporté chacun des ces nombres au total de lignes partiellement connues selon la catégorie d'âge et de sexe. Ce rapport a été exprimé sous la forme d'un pourcentage.

Les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test du  $X^2$ .

Le seuil de significativité statistique était défini pour une valeur de  $p < 0,05$ .

Les résultats se lisent sous la forme « les patients présentant le caractère  $\lambda$  connaissent x % des noms des traitements qui leurs sont partiellement connus »

Enfin, nous avons défini quatre appariements de ces variables de connaissance du traitement nom + dosage; nom + prise; nom + indication, indication + prise. Nous avons comptabilisé le nombre de lignes dans lesquelles chaque type d'association est connue. Nous avons rapporté chacun des ces nombres au total de lignes partiellement connues selon la catégorie d'âge et de sexe. Ce rapport a été exprimé sous la forme d'un pourcentage.

Les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test du  $X^2$ .

Le seuil de significativité statistique était défini pour une valeur de  $p < 0,05$ .

Les résultats se lisent sous la forme « les patients présentant le caractère  $\lambda$  connaissent x % des noms et indications des traitement qui leurs sont partiellement connus »

### III- Résultats

#### **A- La population à l'étude**

Le recueil a porté sur 95 patients, 47 femmes et 48 hommes. La moyenne d'âge est de 74 ans; 75,7 ans pour les femmes et 72,4 ans pour les hommes. La médiane est de 75 ans sur la population; 77 ans chez les femmes et 71 ans chez les hommes. La répartition de la population selon les différents caractères étudiés est indiquée dans les tableaux ci-dessous.

##### ***1- Consultation en zone urbaine ou rurale***

Les consultations ont eu lieu à 67,4 % en zone urbaine (n = 64).

##### ***2- Age et sexe***

Les deux sexes sont équitablement représentés. La tranche d'âge des 80 ans et plus est moins représentée que les deux plus jeunes. Les hommes de 80 ans et plus sont particulièrement peu nombreux.

	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	total
femmes	14,7 % (n = 14)	15,8 % (n = 15)	18,9 % (n = 18)	49,5 % (n = 47)
hommes	20 % (n = 19)	21,1 % (n = 20)	9,5 % (n = 9)	50,5 % (n = 48)
total	34,7 % (n = 33)	36,8 % (n = 35)	28,4 % (n = 27)	95

Tableau 2 : distribution de la population selon l'âge et le sexe.

##### ***3- Isolement***

Presque la moitié (42,1 %) de la population interrogée vit seule. L'isolement augmente dans les deux sexes au fil de la prise d'âge. Il est plus important chez les femmes, à toutes les tranches d'âge.

	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	total
femmes	42,9 % (n = 6)	73,3 % (n = 11)	61,1 % (n = 11)	58,6 % (n = 28)
hommes	26,3 % (n = 5)	20 % (n = 4)	33,3 % (n = 3)	25 % (n = 12)
total	33,3 % (n = 11)	42,9 % (n = 15)	51,9 % (n = 14)	42,1 % (n = 40)

Tableau 3 : proportion de patients vivants seuls selon la catégorie d'âge et de sexe.

#### ***4- Emploi d'un pilulier***

Plus d'un quart (27,4 %) de la population interrogée utilise un pilulier. C'est une proportion qui s'accroît au fil de la prise d'âge.

Age	Patients utilisant un pilulier
60 à 69 ans	21,2 % (n = 7)
70 à 79 ans	22,9 % (n = 8)
80 ans et plus	40,7 % (n = 11)
Total	27,4 % (n = 26)

Tableau 4 : proportion de patients déclarant l'emploi d'un pilulier selon l'âge.

#### ***5- Aide à la gestion du traitement***

15,8 % de la population déclare recevoir de l'aide fournie par un tiers pour la gestion de son traitement. C'est une proportion qui s'accroît au fil de la prise d'âge. Elle est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	total
femmes	7,1 % (n = 1)	6,7 % (n = 1)	25 % (n = 4)	12,2 % (n = 6)
hommes	n = 0	15 % (n = 3)	50 % (n = 6)	17,6 % (n = 9)
total	3 % (n = 1)	14,3 % (n = 5)	31,3 % (n = 10)	15,8 % (n = 15)

Tableau 5 : proportion de patients déclarant l'aide d'un tiers selon la catégorie d'âge et de sexe.

## **6- Présence de psychotropes sur l'ordonnance**

Plus d'un tiers (36,8 %) des patients interrogés ont des psychotropes sur leur ordonnance. Il n'y a pas de différence notable entre les sexes ni entre les tranches d'âge.

	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	total
femmes	42,9 % (n = 6)	26,7 % (n = 4)	33,3 % (n = 7)	36,2 % (n = 17)
hommes	42,1 % (n = 8)	30 % (n = 6)	44,4 % (n = 4)	37,5 % (n = 18)
total	42,4 % (n = 14)	28,6 % (n = 10)	40,7 % (n = 11)	36,8 % (n = 35)

Tableau 6 : proportion de patients prenant des psychotropes selon la catégorie d'âge et de sexe.

### **B- Les traitements**

#### **1- Description des traitements**

##### a- Sur le plan quantitatif

Les 95 patients inclus totalisent 596 lignes de prescriptions, soit 6,3 lignes en moyenne par personne.

	60 - 69	70 - 79	80 et plus	total
femmes	13,3 % (n = 79)	15,1 % (n = 90)	23 % (n = 137)	51,3 % (n = 306)
hommes	17,4 % (n = 104)	20,6 % (n = 123)	10,6 % (n = 63)	48,7 % (n = 290)
total	30,7 % (n = 183)	35,7 % (n = 213)	33,6 % (n = 200)	596

Tableau 7 : distribution des lignes de traitement selon l'âge et le sexe.

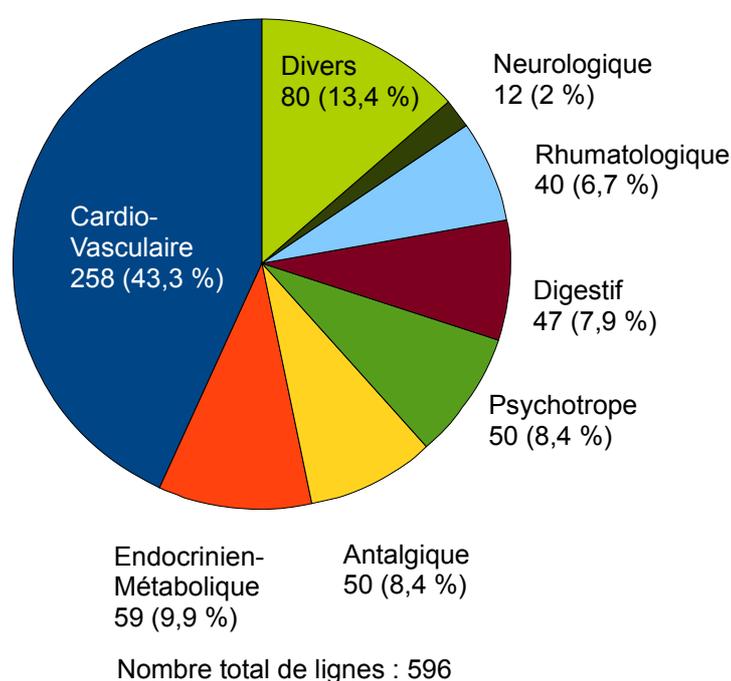
Les effectifs divergeant pour chaque catégorie d'âge et de sexe, observons le nombre moyen de ligne de traitement par patient dans chacune de ces catégories. Le nombre moyen de ligne s'accroît avec l'âge de 5,6 à 7,4. Il n'y a pas de franche différence entre les sexes, sauf chez les 80 ans et plus.

	60 à 69 ans	70 à 79 ans	80 ans et plus	total
femmes	5,6 lignes/pat	6 lignes/pat	7,6 lignes/pat	6,5 lignes/pat
hommes	5,5 lignes/pat	6,2 lignes/pat	7 lignes/pat	6 lignes/pat
total	5,6 lignes/pat	6,1 lignes/pat	7,4 lignes/pat	6,3 lignes/pat

Tableau 8 : nombre de lignes moyen par patient selon l'age et le sexe.

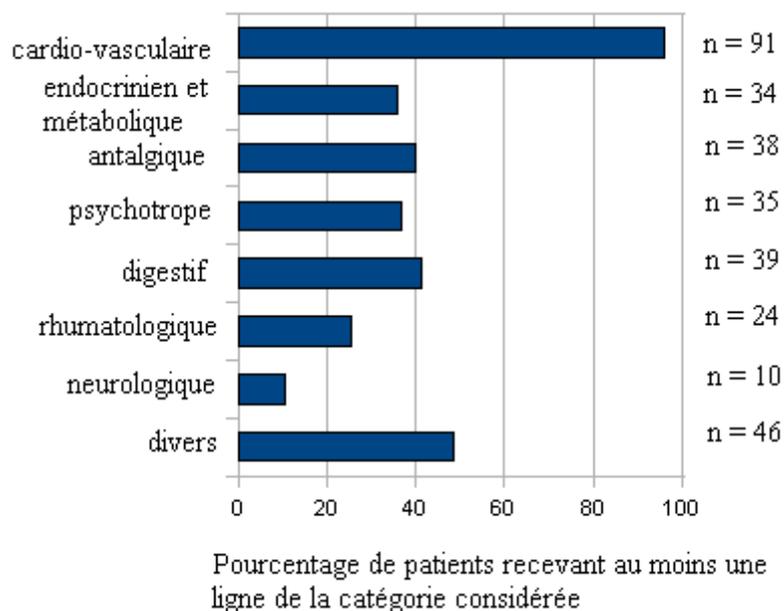
*b- Sur le plan qualitatif*

Presque la moitié (43,3 %) des lignes prescrites concernent des médicaments à visée cardiovasculaire.



Graphique 1 : proportion des différentes catégories de traitement prescrites.

En conséquence, 95,8 % des patients de l'étude reçoivent au moins une ligne de traitement à visée cardiovasculaire.



Graphique 2 : pourcentage de patients recevant au moins une ligne de chaque catégorie de traitement.

## 2- Connaissance des traitements

Les traitements à visée neurologique comportent la plus grande proportion de lignes connues (41,7 %); suivis des traitements rhumatologiques (40 %) et des psychotropes (32 %). A l'inverse, les traitements antalgiques comportent la plus grande proportion de lignes inconnues (46 %); suivies des traitements digestifs (42,6 %) et divers (42,4 %).

	Total des lignes	Lignes connues	Lignes inconnues	Lignes partiellement connues
Cardio-vasculaire	258	21,7 % (n = 56)	25,6 % (n = 66)	52,7 % (n = 136)
Endocrinien et métabolique	59	22 % (n = 13)	28,8 % (n = 17)	49,2 % (n = 29)
Antalgique	50	26 % (n = 13)	46 % (n = 23)	28 % (n = 14)
Psychotrope	50	32 % (n = 16)	24 % (n = 12)	44 % (n = 22)
Digestif	47	14,8 % (n = 7)	42,6 % (n = 20)	42,6 % (n = 20)
Rhumatologique	40	40 % (n = 16)	35 % (n = 14)	25 % (n = 10)
Neurologique	12	41,7 % (n = 5)	41,7 % (n = 5)	16,6 % (n = 2)
Divers	80	26,3 % (n = 21)	42,4 % (n = 34)	31,3 % (n = 25)

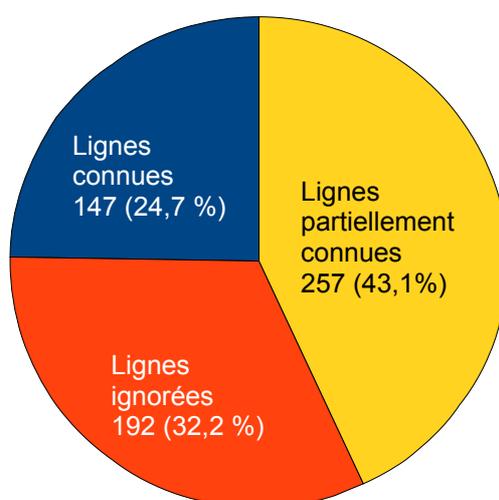
Tableau 9 : répartition de ces trois types de lignes selon la catégories de traitement considérée p < 0,05.

## C- Connaissance et population

### 1- Connaissance dans la population à l'étude

Il n'y a que 5 patients sur les 95 inclus (5,3 %) qui connaissent parfaitement l'intégralité de leur traitement. Et il y en a 2 (2,1 %) qui n'en connaissent absolument rien. Tous les autres ont une connaissance fragmentaire de leur ordonnance.

Sur l'ensemble des 596 lignes prescrites, presque un quart (24,7 %) sont connues; quasiment un tiers sont ignorées (32,2 %).



Total des lignes : 596

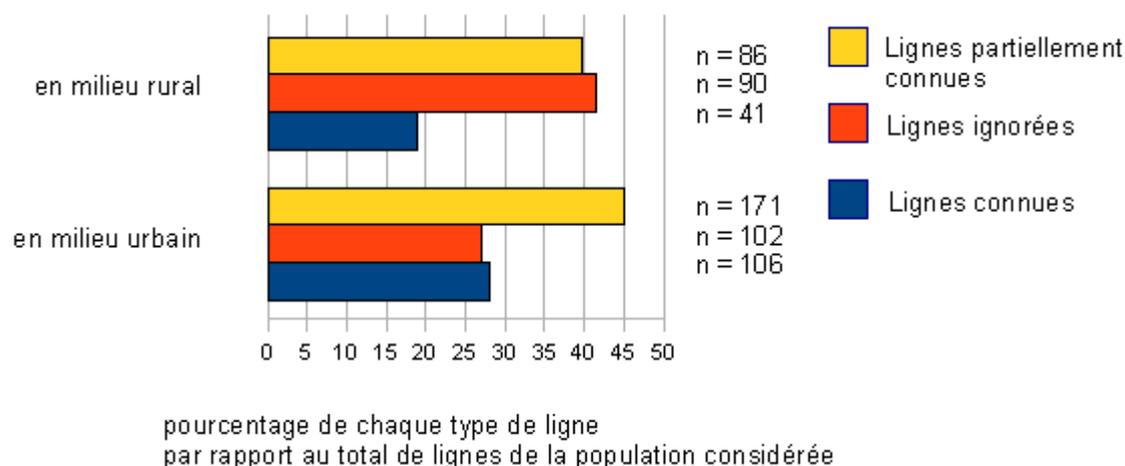
Graphique 2 : connaissance des lignes dans l'ensemble de la population étudiée.

### 2- Variation du niveau de connaissance selon les paramètres étudiés

#### a- Selon le lieu urbain ou rural de la consultation

Il y a une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) de la connaissance du patient selon qu'il consulte en milieu urbain ou en milieu rural, au détriment de ce dernier.

On trouve 26 % de lignes connues ( $n = 106$ ) et 25 % de lignes ignorées ( $n = 102$ ) en zone urbaine contre respectivement 18 % ( $n = 41$ ) et 39,5 % ( $n = 90$ ) en zone rurale. Les lignes partiellement connues restent proches dans les deux situations.



Histogramme 1 : connaissances comparées des patients consultant en ville et à la campagne.

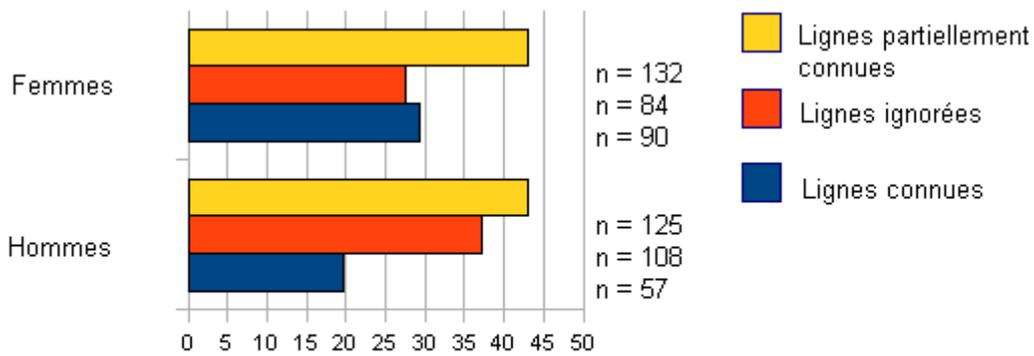
Cette différence statistiquement significative au détriment des patients consultants en milieu rural se confirme chez les hommes et chez les 60-69 ans : voir histogrammes 9 et 10 de l'annexe 4.

L'écart numérique existe aussi pour les femmes et les deux autres autres tranches d'âge, mais il est bien moins marqué et les résultats ne sont pas significatifs : voir tableaux 10 – 11 – 12 en annexe 5.

*b- Selon le sexe*

Il y a une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) de la connaissance entre les deux sexes, au détriment des hommes.

On trouve 29,4 % de lignes connues ( $n = 90$ ) et 27,5 % ( $n = 84$ ) de lignes ignorées chez les femmes contre respectivement 19,7 % ( $n = 57$ ) et 37,2 % ( $n = 108$ ) chez les hommes.



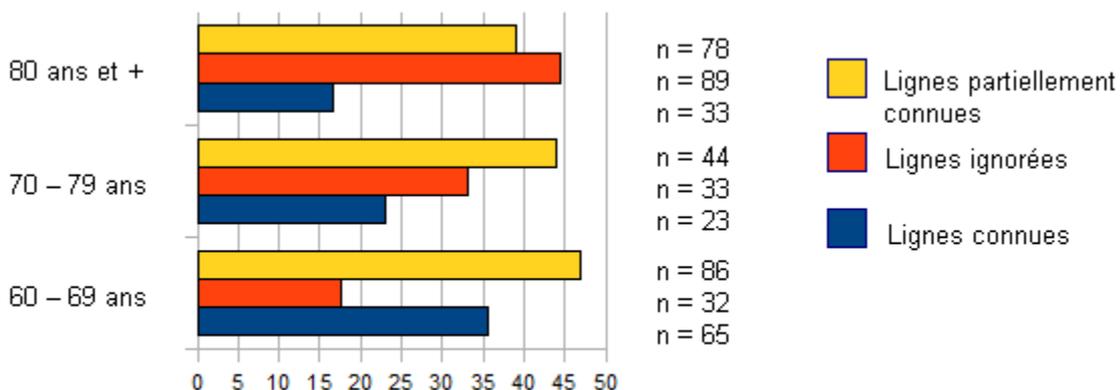
pourcentage de chaque type de ligne par rapport au total de lignes de la population considérée

Histogramme 2 : connaissances comparées des femmes et des hommes.

*c- Selon l'âge*

Il y a une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) de la connaissance entre les trois tranches d'âge, au détriment des plus âgés.

On trouve 35,5 % de lignes connues ( $n = 65$ ) et 17,5 % de lignes ignorées ( $n = 32$ ) chez les 60 – 69 ans contre respectivement 16,5 % ( $n = 33$ ) et 44,5 % ( $n = 108$ ) chez les 80 ans et plus.



pourcentage de chaque type de ligne par rapport au total de lignes de la population considérée

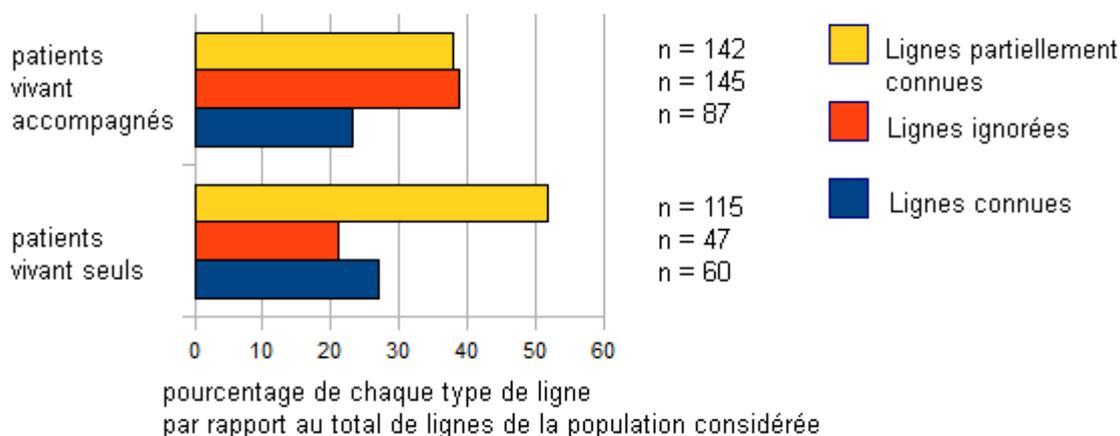
Histogramme 3 : connaissances comparées des trois tranches d'âge.

Cette différence statistiquement significative au détriment des plus âgés se retrouve dans les deux sexes : voir histogrammes 11 et 12 en annexe 4.

*d- Selon l'isolement*

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) entre la connaissance des patients vivants seuls et accompagnés, au détriment de ces derniers.

Il est à noter que la différence se fait surtout par une « transformation » de lignes partiellement connues chez les patients vivants seuls (51,8 % pour  $n = 115$ ) en des lignes ignorées chez les patients vivant accompagnés (38,8 % pour  $n = 145$ ). Les lignes connues sont quasiment équivalentes dans les deux cas : respectivement 27 % ( $n = 60$ ) et 23,2 % ( $n = 87$ ).



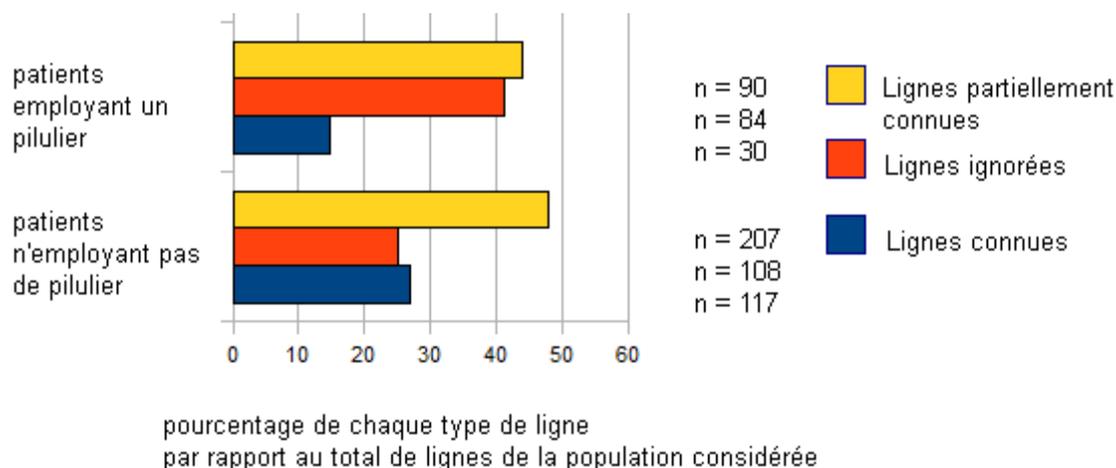
Histogramme 4 : connaissances comparées des patients vivant seuls et accompagnés.

Cette différence statistiquement significative se retrouve dans les deux sexes et pour les trois tranches d'âges. Selon à chaque fois le même phénomène de changement de lignes partiellement connues en lignes ignorées : voir histogrammes 13 – 14 – 15 – 16 – 17 en annexe 4.

*e- selon l'emploi d'un pilulier*

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) entre la connaissance des patients selon qu'ils emploient un pilulier ou non (sans présumer de l'identité du préparateur : famille, professionnel de santé, patient lui même). Cette différence se faisant au détriment des utilisateurs de pilulier.

Les patients n'employant pas de pilulier connaissent intégralement 27 % de leurs lignes (n = 117) et en ignorent 25 % (n = 108). Chez les patients employant un pilulier ces chiffres sont respectivement de 14,7 % (n = 30) et 41,2 % (n = 84).



Histogramme 5 : connaissances comparées des patients employant ou non un pilulier.

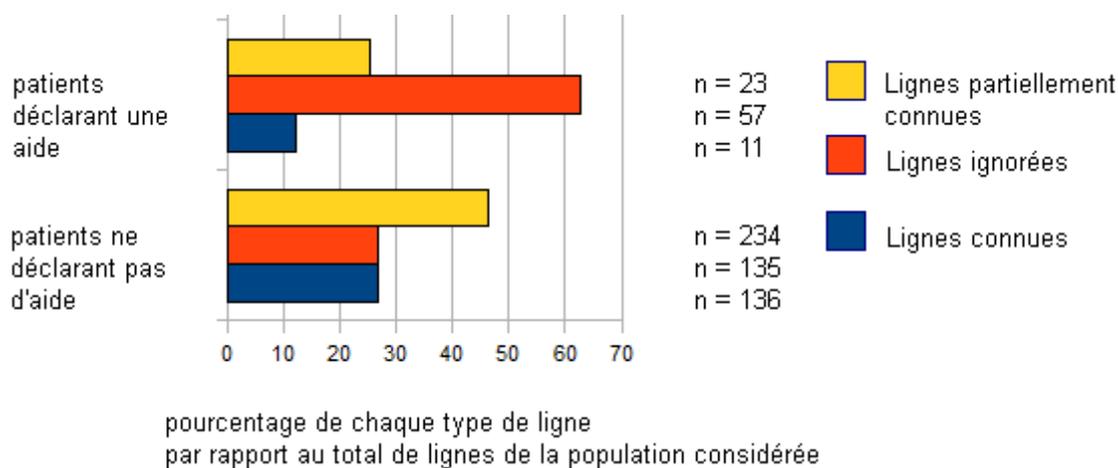
Ce résultat se retrouve de manière significative dans les deux sexes et dans les deux tranches d'âges les plus élevées : voir histogrammes 18 – 19 – 20 – 21 en annexe 4.

La distribution des lignes n'est pas statistiquement significative chez les 60 – 69 ans : voir tableau 13 en annexe 5.

f- selon la présence d'une aide pour la gestion des traitements

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) entre la connaissance des patients selon qu'ils déclarent ou non de l'aide pour la gestion de leurs traitements; et ce au détriment des premiers.

Les lignes ignorées représentent en effet 26,7 % (n = 136) des lignes des patients ne déclarant pas d'aide mais 62,6 % (n = 57) des lignes des patients déclarant de l'aide. Cette hausse est liée autant à la baisse des lignes connues que partiellement connues.



Histogramme 6 : connaissances comparées des patients déclarant ou non de l'aide pour la gestion de leurs traitements.

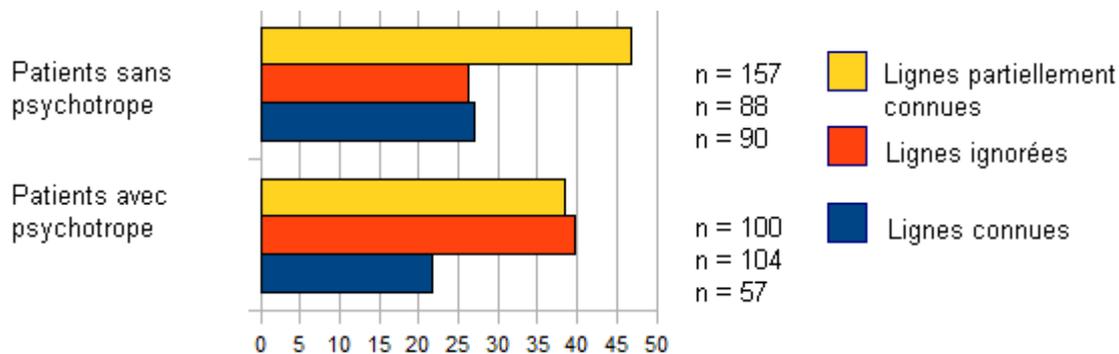
Ce résultat se retrouve de façon significative dans les deux sexes et aussi chez les 80 ans et plus : voir histogrammes 22 - 23 – 24 en annexe 4.

Les résultats ne sont pas significatifs dans les deux autres tranches d'âge : voir tableaux 14 - 15 en annexe 5.

#### g- selon la présence de psychotropes sur l'ordonnance

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) entre la connaissance des patients selon la présence ou non de psychotropes prescrits; et ce au détriment des premiers.

Si les lignes connues représentent 26,3 % ( $n = 88$ ) et les lignes ignorées 26,9 % ( $n = 90$ ) des lignes des patients sans psychotrope; ces chiffres sont respectivement de 21,8 % ( $n = 57$ ) et 39,8 % ( $n = 104$ ) chez les patients s'étant vus prescrire des psychotropes. Les lignes partiellement connues sont aussi moins nombreuses chez ces derniers et contribuent à la hausse des lignes ignorées.



pourcentage de chaque type de ligne  
par rapport au total de lignes de la population considérée

Histogramme 7 : connaissances comparées des patients avec et sans traitement psychotrope.

Ces résultats statistiquement significatifs se retrouvent dans les deux sexes, ainsi que dans les tranches d'âge des 70-79 ans et 80 ans et plus : voir histogrammes 25 – 26 – 27 – 28 en annexe 4.

La distribution des lignes selon la présence ou non d'un traitement psychotrope sur l'ordonnance des 60 – 69 ans n'est pas statistiquement significative : voir tableau 16 en annexe 5.

#### h- selon le nombre de lignes de traitements sur l'ordonnance

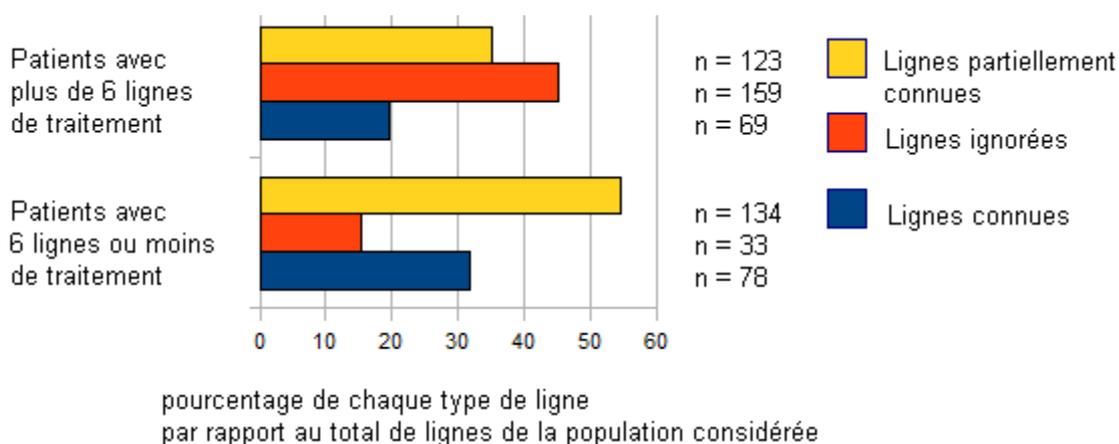
Le nombre de lignes de traitement médian dans l'ensemble de la population étudiée est de 6.

Il existe une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ) entre la connaissance des patients selon qu'ils présentent sur leur ordonnance un nombre de traitements inférieur ou égal à 6 ou supérieur à 6.

On trouve 31,8 % de lignes connues ( $n = 78$ ) et 13,5 % de lignes ignorées ( $n = 33$ ) chez les patients recevant un nombre de traitements inférieur ou égal à la médiane de la population; contre respectivement 19,7 % ( $n = 69$ ) et 45,3 % ( $n = 159$ ) chez les patients en recevant davantage.

Pour ces derniers, la baisse du nombre de lignes partiellement connues explique aussi

la hausse des lignes ignorées.



Histogramme 8 : connaissances comparées chez les patients prenant jusqu'à 6 médicaments et ceux en prenant plus de 6.

On retrouve cette différence statistiquement significative dans les sexes (pour une médiane à 6 également); ainsi que chez les 60-69 ans, 70-79 ans et 80 ans et plus au delà d'un nombre de traitement médian qui est de 5, 6 et 8 respectivement : voir histogrammes 29 – 30 – 31 – 32 – 33 en annexe 4.

### ***3- Les lignes partiellement connues***

#### ***a- au moins un élément par ligne est connu***

Dans l'ordre, les patients savent qu'ils prennent un médicament (prise connue dans 89,9 % des lignes, n = 231), puis pourquoi (indication connue dans 74,3 % des lignes, n = 191), une fois sur deux ils citent aussi son nom (n = 136). Le dosage n'est connu que dans moins de 10 % des cas (n = 22).

La même hiérarchisation des réponses avec les mêmes taux se retrouvent dans les deux sexes et dans les trois tranches d'âge.

Néanmoins, tous ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

*b- en associant ces informations deux à deux*

Plus des deux tiers des patients associent correctement la prise médicamenteuse et son indication au sein des lignes partiellement surs (67,3 %, n = 173). Viennent ensuite le nom et la prise (47,6 %, n = 120) puis le nom et l'indication (35,4 %, n = 91). Nom et dosage ne sont associés que dans moins de 10 % des cas (n = 19).

Cette hiérarchie des réponses se retrouve dans les deux sexes et pour chaque tranche d'âge

Mais tous ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

## **IV- DISCUSSION**

### **A- Intérêt de l'étude**

Cette étude nous a permis de mettre en exergue le manque de connaissance des patients les plus âgés concernant leurs traitements; en particulier chez les hommes, accompagnés, employant un pilulier, recevant de l'aide à la gestion de leurs traitements, prenant des psychotropes et avec un nombre important de lignes sur leur ordonnance.

### **B- Commentaires sur la méthode**

#### ***1- Points positifs de la méthode***

##### ***a- Emploi d'un questionnaire***

Il a permis de standardiser l'ordre des questions et d'éviter les oublis de l'enquêteur. Il a grandement facilité ensuite le recueil des résultats.

##### ***b- Interrogatoire direct***

Par rapport à un questionnaire écrit ou téléphonique, il nous a permis d'aborder les patients dans un esprit de convivialité et d'humanité. Il est vrai qu'il s'agit de patients en dehors de tout problème aigu, forcément anxiogène, et consultant de leur propre chef en toute connaissance de cause le remplaçant de leur médecin habituel. On peut donc supposer un « a priori » de confiance du côté du patient. Par ailleurs, les questions sont peu intrusives dans la vie privée et ne touchent pas à une sphère trop intime. Ainsi, aucun patient à qui la demande en a été faite n'a refusé de prêter à l'exercice.

##### ***c- Intérêt des questions ouvertes***

Pour expliquer son traitement, le patient interrogé pouvait donner les informations selon la forme et l'ordre où elles lui venaient à l'esprit. Ainsi, était-il libéré au maximum de contraintes intellectuelles qui auraient pu sinon l'inhiber.

### d- Faisabilité

Ce questionnaire est de réalisation rapide (quelques minutes), aisément conciliable avec une activité de consultation libérale. Il trouve de plus naturellement sa place en fin de consultation avec, au besoin, un rappel de l'ensemble des traitements et de leur but aux patients présentant une connaissance lacunaire de leur ordonnance.

## **2- Points négatifs de la méthode**

### a- Difficultés à rassembler un effectif conséquent

Le recueil de données pour l'ensemble de la population a pris plus d'une année; limitant par là l'importance de l'effectif. En pratique, les patients nécessitant un renouvellement d'ordonnance préfèrent attendre le retour de leur médecin habituel, si son absence n'est pas trop longue. Or, le recueil a eu lieu le plus souvent lors de remplacements n'excédant pas une semaine, durée pour laquelle ce phénomène joue à plein.

### b- Des questions inadaptées

#### *b-1 Problème de l'ancienne activité professionnelle*

Le recueil de l'activité professionnelle a soulevé plusieurs difficultés. Tout d'abord les parcours de vie sont parfois complexes, avec des patients ayant faits des métiers très différents ou à des postes de responsabilité variable au cours de leur vie. Il a été souvent difficile de leur faire préciser alors quelle a été leur emploi le plus « long » dans le temps. Ensuite cela pose des problèmes de classement; de part la variété de ces emplois. Finalement, l'étude du niveau de connaissance selon le niveau socio-culturel évalué par la profession a été abandonné.

#### *b-2 Connaissance du dosage*

L'intérêt de la demande concernant le dosage est apparue rétrospectivement comme complexe. Elle est parfaitement justifiée du point de vue médical concernant les anti-coagulants ou les traitements substitutifs thyroïdiens par exemple. En revanche, son intérêt est plus limité pour les veinotoniques.

### c- Pas d'évaluation de l'impact des génériques

Les patients se sont parfois plaint du regain de complexité provoqué par l'arrivée des génériques. Mais nous n'avons pas de mesure de cet impact avec notre étude.

### d- Impossibilité de dissocier certains facteurs

L'emploi du pilulier dégrade-t-il la connaissance ou cet emploi n'est il que le reflet d'une connaissance préalablement altérée ? On peut répéter cette question sur l'ensemble des paramètres étudiés comme pouvant influencer la connaissance au sein de la population étudiée.

## **3- Les biais**

### a- De sélection

Les patients déments mais aussi les plus atteints et donc vus à domicile n'ont pas été inclus dans l'étude.

De plus, le fait que le recueil soit réalisé au cours d'une consultation faite non par le médecin habituel mais son remplaçant a écarté une certaine population qui a refusé la consultation.

Il ne s'agit donc pas d'une patientèle complète de médecine générale.

### *a-1 Divergences entre notre population, la population générale française et une patientèle de médecine générale*

Notre étude comporte une plus grande proportion d'hommes que la population française des 60 ans et plus en 2009 selon l'INSEE (58): 50,5 % contre 43,1 %. De plus, les 60 – 69 ans sont sous représentés dans notre étude : 34,7 % contre 43,6 % (58); et les 80 ans et plus sont sur-représentés : 32 % contre 23 % (58). Le travail de thèse de Jammet en 2004 sur la typologie des consultations de médecine générale (8) retrouvait parmi les patients de 66 ans et plus 41,04 % d'hommes.

20 % de nos patients se sont vus prescrire des benzodiazépines. Ceci est plus élevé que dans l'enquête de consommation faite par Lechevalier en 2003 sur une population âgée et qui retrouvait 15 % d'emploi de benzodiazépine (60).

a-2 *Cependant...*

*Sur les données démographiques :*

Cinq patients ont été exclus en raison de la présence d'une démence; soit 5 % des patients répondant par ailleurs aux autres critères. Ceci cadre bien avec l'évaluation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer de 6,4 % dans la population générale française des 75 ans et plus faite par Ramorason en 2003 (9). Dans notre étude, le recrutement plus jeune de nos patients, parmi lesquels la prévalence des démences est moindre, peut expliquer cette différence. Peut être aussi qu'un nombre non négligeable de patients déments sont vus le plus souvent en visite à domicile, et donc en dehors du cadre de notre étude.

Selon les données 2006 de l'INSEE concernant la structure des ménages, 49,8 % des 80 ans et plus vivent seuls (58). Dans notre étude, nous trouvons un chiffre similaire de 51,9 %.

Fanello en 2000 (37) retrouve 25 % de patients de plus de 75 ans employant un pilulier. Dans notre étude, nous trouvons le chiffre similaire de 27,4 % pour des patients de 60 ans et plus.

Dans notre étude la présence d'un aidant à la gestion du traitement, les chiffres pour les plus de 75 ans varient de 8,9 % dans l'étude danoise de 2000 (13) à 25 % dans une étude américaine de 1996 (61). Fanello sur une étude française retrouve 12 % (37); chiffre dont nous sommes très proche avec 13,7 %.

36,8 % des patients de notre étude prennent des psychotropes; soit 0,53 ligne par patient en moyenne. Salles-Montaudon retrouve en 2000 un chiffre comparable de 0,56 ligne de psychotrope par patient dans une population âgée (35).

Plus en détail, 14,7 % des patients étudiés recevaient des antidépresseurs, ce qui cadre avec des chiffres de prévalence de la dépression allant de 5,8 % pour l'IRDES en 2010 (31) à 18 % pour l'enquête Anadep de 2005 (62) Chiffres concernant la population générale et pas spécifiquement les personnes âgées; chiffres de prévalence de la pathologie et pas forcément de traitement.

A noter que les pathologies somatiques pouvant avoir un retentissement sur les fonctions psychiques n'ont pas été systématiquement recherchées ni isolées par le questionnaire (dysthyroïdie,...). Néanmoins, elles y apparaissent au travers des traitements correctifs associés.

#### *Sur la consommation quantitative de médicaments*

Les patients de notre étude prennent en moyenne 6 lignes de traitement par personne. Ce qui les place entre les 3,5 lignes par personnes de l'étude de Blenkiron aux USA de 1996 (38) et les 7,44 lignes par personnes de l'étude de Durant réalisée en 1998 – 99 dans le nord de la France (19).

Le nombre moyen de lignes de traitement par patient âgé a doublé entre 1970 et 1991 (63). Depuis lors, des études plus récentes comme celle de Salles-Montaudon sur la période 1988 – 1997 (35) ou du CREDES (64) montrent aussi une hausse du nombre moyen de médicament pris par les personnes âgées. Cette dynamique semble même vouloir se poursuivre, certain prévoyant une hausse en volume de 4,5 % par an jusqu'en 2040 (65)

Ainsi, la distance dans le temps nous séparant de Blenkiron peut expliquer l'écart constaté. Ceci doit néanmoins être temporisé par les résultats de l'étude réalisée en 2002 par Auvray et Semet sur des ordonnances faites par des médecins généralistes pour des personnes de 65 ans et plus (66) qui obtiennent 3,4 lignes de traitements en moyenne 6 ans après Blenkiron.

L'étude de Durant comptabilisait quant à elle les traitements à visée ophtalmologiques. Ce qui n'est pas systématiquement le cas dans notre étude : souvent ces renouvellements sont réalisés par les ophtalmologistes.

#### *Sur la consommation qualitative de médicaments*

Le fait de n'avoir pas employé d'emblée dans notre étude la classification anatomique, chimique et thérapeutique (CACT) nous handicape pour comparer nos résultats avec ceux d'autres études. Mais au prix de regroupement « a posteriori » la comparaison est permise.

Dans Durant (19), les médicaments à visée cardio-vasculaire représentent 35 % du total des lignes prescrites; les médicaments pour le système nerveux central (SNC) 15 % et ceux pour le système digestif et métabolique 14,5%.

Auvray et Semet, (66) comptent 38 % de lignes de traitements cardiovasculaires, 12

% de traitements du SNC, 9 % de psychotropes, 8 % de traitements digestifs, 6 % de traitements à visée rhumatologique.

Notre étude retrouve des chiffres très proches de 43,3 % pour le cardio-vasculaire; 15 % pour le SNC (y compris antalgiques); 18,6 % pour le système nerveux central en tout et 10,4 hors psychotropes qui représentent 8,4 % du total; pour le système digestif et métabolique 17,8 % et 7,9 % pour les traitements digestifs seuls.

Ces rapprochements sont à relativiser du fait d'une incertitude sur les classements adoptés dans les diverses études. Ainsi, même si Auvray et Semet (66) expliquent employer la CACT, elles extraient des traitements du SNC les psychotropes qui en font partie normalement. Elles créent aussi une catégorie « vitamine » qui n'existe pas dans la CACT.

### *b- De mesure*

#### *b-1 Subjectivité*

Déoulant en partie des points négatifs soulevés précédemment, cette étude présente des biais de mesure liés à la subjectivité de l'enquêteur.

Seul le lieu de consultation a été pris en compte dans le classement « urbain » ou « rural » des patients vus. Il semble logique de penser que les patients se trouvent à proximité du cabinet. Cela n'est néanmoins pas toujours le cas. Et cela ne présume pas de la période de leur vie que les patients ont passé en ville ou à la campagne.

De plus, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de définition précise et exploitable dans ce travail des zones urbaines et rurales. L'enquêteur a donc été obligé d'en formuler une selon des critères qui reposent en grande partie sur son vécu professionnel.

Le temps accordé aux patients pour expliquer leur traitement n'a pas été standardisé. En pratique, le recueil était clos « un certain temps » après que le patient semble incapable de produire une réponse. Ce délai a été d'estimation parfaitement subjective et donc très probablement influencé par le retard, la fatigue (ou à l'inverse leur absence) de l'enquêteur.

#### *b-2 Problème du dosage*

Si l'on compte les lignes où seul manque le dosage, le nombre de lignes connues passe de 147 à 226 et le nombre de lignes partiellement connues de 257 à 161; inversant leur

proportion respective dans le total des lignes prescrites. Le fait d'avoir posé cette question tire vers le bas le niveau de connaissance des patients pour un intérêt en pratique très variable selon le type de traitement.

### *b-3 Format oral direct*

Malgré l'explication claire des modalités de l'interrogatoire, certains patients ce sont vus « soufflés » des indices par leur accompagnant Ce qui a parfois permis d'obtenir des réponses qui probablement n'auraient pas été données sinon.

### ***4- Améliorations possibles de l'étude par rapport aux difficultés rencontrées***

Pour supprimer le biais de sélection, il aurait fallu adresser un exemplaire du questionnaire à un échantillon représentatif de médecins généralistes installés en milieu urbain et rural; puis recueillir les données.

Pour supprimer les biais de mesure, il aurait fallu tout d'abord employer une définition utilisable par tous des zones urbaines et rurales. De plus, nous aurions du cibler la connaissance ou non du dosage des traitements selon l'intérêt médical de la question. Il aurait aussi fallu effectuer un chronométrage du temps de réponse accordé à chaque patient. Et enfin, le recueil aurait du se dérouler en l'absence d' accompagnant.

Pour évaluer plus efficacement l'impact socio-éducatif il aurait été judicieux de se référer au niveau de fin d'étude atteint par les patients. Pour évaluer l'impact des génériques, nous aurions pu simplement ajouter une question type « l'arrivée des génériques vous a t elle perturbé »; ou évaluer le nombre de lignes pour lesquelles les patients demandent une non substitution en arguant des difficultés à reconnaître leur traitement.

Enfin, l'étude séparée de certains facteurs imposerait de concevoir une étude à l'architecture radicalement différente comprenant pour chaque patient une évaluation cognitive poussée.

## **C- Les résultats**

Cette étude a donc montré la faiblesse des connaissances des patients sur leurs traitements. Ces connaissances sont d'autant plus dégradées que l'on est un homme, âgé, consultant en milieu rural, vivant accompagné, employant un pilulier, bénéficiant de l'aide d'un tiers pour gérer les médicaments et ayant de nombreuses lignes de traitement dont des psychotropes.

### ***1- Diverses évaluations de la connaissance dans la littérature***

Nos résultats sont très difficiles à comparer avec ceux des autres études. Au delà des différences de population (pays de l'étude, sex-ratio, âge, recueil en ville ou à l'hôpital, en hôpital de jour ou en service, etc), les auteurs ont presque tous une approche différente de la mesure de la connaissance des traitements, approche conditionnée par leurs objectifs.

#### ***a- Études se focalisant sur un seul aspect de la connaissance***

Elle vont privilégier un aspect comme marqueur pour évaluer l'impact d'une intervention. Lowe (14) s'intéresse ainsi à l'association faite entre la vue d'un médicament (comprimé, pilule) et la citation de son indication. Et ceci afin d'évaluer l'impact d'une prise autonome des médicaments en secteur hospitalier sur la connaissance après retour à domicile. German (57) se concentre sur l'indication pour évaluer l'adhérence selon celle-ci.

#### ***b- Études dans le cadre d'un traitement ou d'une pathologie spécifique***

Elles posent au patient des questions plus complexes sur un traitement donné pour évaluer les capacités du patient à le gérer en autonomie. On y recherche souvent des informations sur la connaissance de l'indication, de la posologie mais aussi sur les conséquences d'un sous-dosage, d'un sur-dosage, de la prise de produits interagissant avec les traitements. C'est le cas de Tang (11) et Taylor (67) sur les anti-coagulants; de Ornberg (68) et Stumpf (69) sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens; de Villanyi (70) sur les anti-diabétiques; de Hoevenaars (71) sur le glaucome.

### *c- Études sur la connaissance en tant que mémorisation des traitements*

Ce sont celles s'approchant le plus de notre travail et celles avec lesquelles les comparaisons sont le plus aisées. Mais l'expression de leurs résultats ne sera pas toujours superposable à la notre. Barat (13) en particulier définit un « seuil » de connaissance et exprime que « x % des patients connaissent y % des noms de médicaments ».

Enfin, le terme « posologie » n'est souvent pas expliqué dans les études anglo-saxonnes : s'agit-il du dosage du produit ou du nombre de conditionnement pris chaque jour ?

#### ***2- Méthodes de mémorisation***

Plusieurs études s'intéressent aux méthodes mises en place par les patients pour se remémorer leurs prises de médicaments. Sans surprise, il s'agit le plus souvent de marqueurs chronologiques extérieurs comme les heures de repas ou le coucher (54) (72). Ces méthodes ont un impact discuté sur la prise et donc l'observance. Spiers en 1995 (54) trouve que l'emploi de ces techniques par les patients ne modifie pas leur adhérence rapportée. Mac Donald en 2004 (73) trouve que cet emploi est corrélé avec une baisse de l'observance rapportée, à l'inverse de la « mémorisation pure » qui s'accompagne d'une meilleure observance. L'emploi de ces techniques signifie-t-il un déclin cognitif ? Aucun de ces auteurs ne s'avance jusque là.

Mais toutes ces études n'évaluent pas l'impact de ces méthodes sur les autres paramètres de notre étude (nom, dosage, indication).

Elles nous indiquent donc comment les patients tentent d'être observant en terme de prise de conditionnement mais pas s'ils savent pourquoi ils prennent ces médicaments.

#### ***3- Représentations de la maladie et des médicaments***

Diverses études mettent en évidence que l'observance est conditionnée par une analyse bénéfique – risque faite spontanément par les patients en fonction de leur représentation de leurs pathologies et des médicaments associés (10) (54).

Si elles évoquent encore une fois l'observance, elles restent souvent muettes sur l'impact de ces représentations sur la connaissance.

#### ***4- Connaissances globales***

Fanello retrouve un tiers des patients connaissant parfaitement leur ordonnance (37). Avec 5,3 % des patients dans cette situation, nous en sommes très loin. Les 32,2 % de lignes omises dans notre étude sont plus proches des 25 % de l'étude danoise (13).

Fanello retrouve que 41 % des noms de médicaments sont connus et 51 % des indications (37). Blenkiron trouve respectivement 64 % et 72 % (38). Nous avons 52,9 % et 74,3 %.

Enfin, Fanello obtient 100 % de posologies connues dans le cas spécifique des AVK (37), ce qui est aussi le cas dans notre étude. Taylor (67) obtient 92 % d'indication connue, contre 100 % dans notre étude. Néanmoins, dans notre cas il faut tempérer ce bon résultat par la faiblesse de notre échantillon (n = 3), même si les patients impliqués ont tous 80 ans ou plus.

Seul Tang (11) retrouve une connaissance basse des AVK avec des posologies connues dans seulement 42 % des cas. Mais son échantillon diverge du notre : son étude est faite à Hong Kong.

#### ***5- Selon les différents paramètres***

##### ***a- Selon l'âge***

Comme nous, la plupart des études pointent le grand âge comme facteur de mauvaise connaissance des traitements (11) (54) (57). Idem mais de façon plus ciblée dans le cadre du glaucome par Hoevenaars identifié en 2005 (71).

Fanello (37) ne retrouve pas d'impact de l'âge mais son échantillon se situe entre 80 et 90 ans d'ages extrêmes, ce qui correspond en fait à notre seule dernière catégorie d'age « 80 ans et plus ».

##### ***b- Selon l'emploi d'un pilulier***

Les études portant sur l'impact de l'emploi d'un pilulier sur la connaissance sont rares. Quand elles existent, elles concernent souvent des populations très différentes de la notre et ne s'intéressent qu'à l'observance. Par exemple, Ukwe (74) a mis en évidence dans une

population nigérienne de sidéens trentenaires le rôle positif du pilulier sur l'observance. Mais observance n'est pas connaissance.

Seul Fanello (37) dans les études citées s'intéresse au rôle du pilulier. Il ne retrouve aucun impact sur la connaissance. Nous pouvons néanmoins reprendre notre remarque concernant l'âge de son échantillon pour expliquer nos résultats divergeants.

#### c- Selon la présence d'une aide à la gestion des traitements

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude évoquant directement l'impact d'une aide sur la connaissance.

Il existe de nombreuses études sur l'impact de programmes d'amélioration de l'observance par des rappels téléphoniques, consultations ou visites à domicile de divers professionnels de santé : médecins, infirmières, pharmaciens. Ces études concluent le plus souvent à l'efficacité des divers modes de relances sur l'adhérence des patients (15) (75) (76). Mais « l'aide » telle qu'elle y est conçue (standardisée et fournie par un professionnel) ne ressemble aucunement à celle qu'un patient va recevoir spontanément de son conjoint ou aide-ménagère. Et ces études ne s'intéressent pas à la connaissance à proprement parler.

On peut retrouver des « preuves indirectes » de l'impact négatif d'une aide à la gestion des traitements dans les études sur l'effet pour la connaissance de la prise spontanée des traitements à l'hôpital, en lieu et place de la distribution par les infirmières. Ces études retrouvent en général un impact positif de l'auto-administration des traitements (14) (77). Ce qui semble en accord avec nos résultats retrouvant que les patients se débrouillant seuls ont aussi la meilleure connaissance.

Plus en détails, Lowe (14) constate ainsi que les patients soumis à ce régime de l'auto-administration ont une meilleure connaissance des indications de leurs traitements à quelques semaines de leur sortie d'hôpital : 90 % d'indications connues contre 46 %.

Si l'on ajoute les lignes connues et les lignes partiellement connues dont l'indication est sue, on arrive à 56,7 % d'indications connues dans notre étude (n = 338).

#### d- Selon la présence de psychotropes sur l'ordonnance

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'étude évoquant directement l'impact de la prise de psychotropes sur la connaissance.

Les études divergent quand à l'impact des pathologies psychiatriques sur l'observance. Si l'observance de schizophrènes concernant leurs traitements psychotropes semble médiocre (78) (79), cela n'est pas forcément le cas dans la dépression (80). Une étude brésilienne de 2011 ne retrouve aucun impact de l'anxiété ni de la dépression dans l'observance des traitements anti-hypertenseurs (81).

Néanmoins, l'impact négatif des psychotropes dans les processus de mémorisation est bien connu (82). Une association entre psychotrope et dégradation de la connaissance ne semble pas surprenante.

#### *e- Selon le nombre de ligne de traitements sur l'ordonnance.*

Les autres études s'y intéressant constatent également une nette dégradation des connaissances avec l'allongement de l'ordonnance (16) (17).

#### *f- Pour les autres variables*

Pour l'influence du sexe, nous avons vu en partie I que les divers auteurs ne sont pas d'accord entre eux (40) (50) (55). Le lieu de naissance ou de vie ne semble pas avoir d'influence (56). Mais tous ces auteurs se focalisent sur l'impact de ces variables sur l'adhérence et non sur la connaissance.

Seul Castellano-Munoz (15) identifie comme nous un déficit de connaissance chez les hommes.

Jeandel (55) trouve que la présence d'un conjoint améliore considérablement l'observance (voir en partie I). Mais il n'est pas question de connaissance dans son travail; le conjoint peut juste agir comme rappel pour la prise d'un comprimé au nom et au but incertains.

### **D- Impact pratique**

Les médecins généralistes considèrent comme de leur ressort de transmettre de l'information thérapeutique au patient âgé. A raison : les patients attendent beaucoup d'eux en ce domaine (71) (83). Les résultats ne sont pas à la hauteur des espérances; et il y a certainement des difficultés de la part des médecins à cette transmission. Une étude américaine de 2008 a demandé aux patients qui les connaissaient la source de leurs

informations sur les effets secondaires des anti-inflammatoires non stéroïdiens. 84 % citent la notice du médicament et seulement 50 % leur médecin traitant (68). Il semble donc justifié d'approfondir aussi ce travail par une recherche sur les facteurs limitant la transmission des connaissances thérapeutiques au cabinet.

Certains de ces facteurs sont liés au patient : difficultés visuelles, auditives ou cognitives entre autres; nous les avons évoqués en partie I. C'est le rôle du médecin de contribuer à leur correction afin de placer le patient dans la meilleure situation de compréhension possible des modalités et enjeux de son traitement.

D'autres de ces facteurs sont imputables au médecin. Ils sont clairement identifiés par diverses études : il s'agit en premier lieu de la contrainte horaire et ensuite de l'absence de formation spécifique (84) (85).

La contrainte horaire semble en pratique la plus difficile à faire tomber. Dans une journée chargée, la tentation est grande d'utiliser la consultation de renouvellement d'un traitement chronique comme espace « tampon » afin de rattraper le retard antérieurement pris pendant la gestion de malades aigus sinon graves, du moins à surveiller de près. Dans une journée normale, le nombre de points, cliniques ou non, à vérifier avec le malade chronique est suffisamment important pour remplir une consultation entière; sans aller chercher à dialoguer sur la maladie, sa compréhension et ses représentations. Il faudrait élargir le temps de consultation et l'on tombe soit sur la raréfaction de la vie personnelle du médecin; soit sur le problème du paiement à l'acte. Sur ce dernier point, les choses évoluent certes quelque peu (rétribution annuelle du médecin traitant pour justement ce type de travail invisible car non coté). Néanmoins, il reste du rôle du médecin d'accorder à chacun de ces patients le temps qui lui semble nécessaire pour mener sa tâche à bien.

Pour la formation, l'intérêt de l'information au patient fait l'objet de nombreuses attentions, des acteurs médicaux, para-médicaux et institutionnels (86). Nul doute que ce défaut de formation des médecins va s'estomper dans l'avenir (avec le « coup de pouce » de la formation médicale continue obligatoire ?).

## V-CONCLUSION

Cette étude voulait faire un point sur le niveau de connaissance des patients de 60 ans ou plus consultant leur médecin traitant en ville. Dans l'échantillon étudié (95 patients pour 596 lignes de traitement), seuls 5 patients sont capables de citer l'intégralité de leur ordonnance sans faire d'erreur (noms des médicaments, dosages, indications et prises). 192 lignes de traitement (soit 32,2 % du total) sont tout simplement ignorées. Avec, il est vrai, de grandes disparités entre les deux âges extrêmes, au détriment des plus âgés. De plus, ont aussi été mis en évidence l'impact négatif pour la connaissance : du sexe masculin, de la prise d'un traitement psychotrope, de la consultation en campagne, de l'emploi d'un pilulier et de la plus grande longueur de l'ordonnance.

Ces résultats, même dans les limites de notre étude, sont pour le moins mitigés, et doivent faire poser la question de leur amélioration. Le médecin généraliste, à l'occasion d'un renouvellement, en dehors de toute difficulté aiguë, est idéalement placé pour refaire une mise au point avec le patient. Ce dernier est de son côté souvent demandeur d'information. Il faut prendre le temps de l'explication des tenants et aboutissants des traitements dont le médecin est le prescripteur. L'enjeu est d'importance : il s'agit par là d'améliorer l'observance et donc notre efficacité thérapeutique auprès de nos patients.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Organisation Mondiale de la Santé « Vieillir en restant actif : cadre d'orientation 2002 », WHO/NMH/NPH/02.8
- 2- Organisation des Nations Unies « Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement de l'ONU – 8 au 12 avril 2002 – Madrid », A/CONF. 197/9
- 3- Robert-Bobée I. « Projection de population 2005 – 2050 ; vieillissement de la population en France métropolitaine », Économie et statistiques n° 408-409, 2007
- 4- Dumesnil S., Grandfils N., Lefur P., Grignon M., Ordonneau C., Sermet C. « Santé, soins et protection sociale en 1997 : enquête sur la santé et la protection sociale : France 1997 », Paris : CREDES
- 5- Sermet C. « Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées », Les cahiers Albert Le Grand, n° 140, 06/05/1999, p. 4-7
- 6- Ferchichi S., Antoine V. « Le bon usage des médicaments chez la personne âgée » La revue de médecine interne, Vol 25 (2004) 582 – 590
- 7- Jolliet P. « Pharmacologie du sujet âgé » Ann Med Interne 1995; 146 : 328 – 334
- 8- Jammet I. « Étude sur une typologie des consultations en médecine générale. Résultats d'une enquête descriptive prospective sur 3142 consultations », Thèse pour le diplôme de docteur en médecine, Poitiers, 2004
- 9- Ramarosan H., Helmer C., Barberger-Gateau P., Letenneur L., Dartigues J.F. « Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid » Rev Neurol 2003; 159 : 405 – 411.
- 10- Horne R. et Weinman J. « Patient's beliefs about prescribed medicines and their rôle in adherence to treatment in chronic physical illness », J. Psychosom Res. 1999 Dec; 47 (6) : 555 – 67

- 11- Tang E.O. et al, «Relationship between patient's warfarin knowledge and anticoagulation control », *Ann Pharmacother.* 2003 Jan; 37 (1) : 34 – 9
- 12- Field TS. et al « Adverse drug events resulting from patient errors in older adults » *J AM Geriatr Soc.* 2007 Feb; 55 (2) : 271 – 6
- 13- Barat I., Andreasen F., Damsgaard E.M.S. « Drug therapy in the elderly : what doctors believe and patients actually do » *Br J Clin Pharmacol* **51** 615-622
- 14- Lowe C., Raynor D., Courtney E., Purvis J., Teale C. « Effects of self medication programme on knowledge and compliance with treatment in elderly patients » *BMJ* 1995 jul 22; 311 (6999) : 259
- 15- Castellano-Munoz P., Miranda-Ruiz A., Sojo-Gonzales G., Perea-Milla E., Garcia-Alegria J.J., Santos-Rubio M.D. « Pharmacological treatment adherence by older patients after hospital discharge » *Enferm Clin* 2008 May-Jun; 18 (3) : 120 - 6
- 16- Kairuz T., Bye L., Birdsall R., Deng T., Man L., Ross A., Samarasinha I., Tautolo E. « Identifying compliance issues with prescription medicines among older people : a pilot study » *Drugs Aging* 2008; 25 (2) : 153 – 162
- 17- Spiers M.V., Kutzik D.M., Lamar M. « Variation in medication understanding among the elderly. » *Am J Health Syst Pharm* 2004 Feb 15; 61 (4) : 3743 – 80
- 18- ANDEM « Guide à l'intention des médecins et pharmaciens d'officine. Prescrire et dispenser un médicament à une personne âgée », ministère du travail et des affaires sociales, 1996
- 19- Durant R., Boulanger-Morel M., Ferry J.M., Blain A., Blain H., Jeandel C. « La prescription médicamenteuse chez la personne âgée : a propos d'une enquête sur 8809 ordonnances obtenues par codage dans la région Nord-Est de la France »; *La presse médicale*, vol 32; n°14 p 630 – 637
- 20- Bataillon R et al. *La revue du praticien médecine générale*, 2006

- 21- Remy Bourit O ; Drahi E. Medecine, 2007
- 22- « Éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques ; analyse économique et organisationnelle – rapport d’orientation - synthèse», HAS février 2008
- 23- Prevost G., Ripault H., Houdaille L., Lemonnier J.Y., Rea C., Gauvain J.B., Chavanne D. « Nouveautés thérapeutiques : insuffisance de l'évaluation gériatrique. » La Revue de Geriatrie 2002 27, 6; 0397 – 7927 p 433 – 436
- 24- Etude européenne SENECA 3 – 1993
- 25- Ferry M. « Malnutrition de la personne âgée. Aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux » Berger Le Vrault Ed. Paris, 1996; 119.
- 26- Manciaux M.A. « Thérapeutiques médicamenteuses en gériatrie » Masson Ed. Paris 1993 : 33
- 27- Cockcroft D.W., Gault M.H. « Prediction of creatinine clearance from serum creatinine » Nephron 1976; 16 : 31 – 41
- 28- Levey A.S., Bosch J.P., Lewis J.B., Greene T., Rogers N., Roth D. « A more accurate method to estimate glomerular filtration from serum creatinine : a new prediction equation. Modification diet in renal disesae group » Ann. Intern. Med. 1999 mar 10; 130 (6) : 461 – 70
- 29- Feely J., Coakley D. « Altered pharmacodynamics in the elderly » Clin Geritr Med 1990; 6 : 269 - 83
- 30- Paita M. et Weills A. « Les personnes en ALD au 31 décembre 2007 », Points de Repères n° 20, novembre 2008, CNAMTS
- 31- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. « Enquête sur la santé et la protection sociale » IRDES éditions n° 1800 juin 2010

- 32- Beers MH., Ouslander J.G. « Risk factors in geriatric drug prescribing : a practical guide to avoiding problems » *Drugs* 1989; 37 : 105 – 112
- 33- Montamat S.C., Cusack B. « Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly » *Clin Geriatr Med* 1992; 8 : 143 – 158
- 34- Avorn J., Gurwitz J.H. « Drug use in the nursing home » *Ann Intern Med* 1995; 123 : 195 – 204
- 35- Salles-Montaudon N., Fourrier A., Dartigues J.F., Rainfray M., Emeriau J.P. « Évolution des traitements médicamenteux des personnes âgées vivant à domicile » *Rev Méd Interne* 2000; 21 : 664 – 671
- 36- Helling D.K., Lemke J.H., Semla T.P. et al « Medication use characteristics in the elderly: the Iowa 65 + rural health study » *Journal of the american geriatrics society*, vol 35, 1987, p 4 – 12
- 37- Fanello S., Dutartre N., Jousset N., Delbos V., Girault C. « Les personnes âgées et leurs médicaments : niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier » *La revue de gériatrie*, 2000 / 03, tome 25, n°3, p 161 – 167
- 38- Blenkiron P. « The elderly and their medication : understanding and compliance in a family practice » *Postgrad Med J.* 1996 Nov; 72 (853) : 671 – 6
- 39- Bouedjero-Camus M.C., Kariger E., Novella S., Blanchard F. « Les accidents iatrogènes médicamenteux chez les personnes âgées. Enquête prospective réalisée dans un service de court séjour gériatrique » *La Revue de Gériatrie*, Tome 23, n°6 juin 1998
- 40- Coons S. J., Sheahan S. L., Martin S.S., Hendricks J., Robbins C. A., Johnson J. A. « Predictors of non compliance in a sample of older adults » *Clinical therapeutics*, n° 16, 1994, p. 110 – 117
- 41- Ives T. J., Bentz E. J., Gwyther R. E., « Drug related admissions to a family

medicine inpatient service » Archives internal of medecine, vol 147, 1987, p 1117 - 1120

42- Jacquemet S., Certain A. « Education thérapeutique du patient : roles du pharmacien » Les nouvelles pharmaceutiques trimestriel : bulletin de l'ordre des pharmaciens, n° 367, 2000 / 07, p. 269 – 275

43- Queneau P., Chabot J.-M., Rajaona H., Boissier C., Grandmottet P. « Iatrogénie observée en milieu hospitalier. A propos de 109 cas corrigés à partir d'une enquête transversale de l'APNET » Bulletin de l'académie nationale de médecine, vol 176, n°4, 1992, p. 511 – 529

44- Doucet J., Jego A., Capet C. « La confusion iatrogène », Impact médecin, 1999 / 10 / 08, p 9 – 11

45- CFES « Guide pour la prévention des accidents de la vie courante » 2001

46- Geoffroy C. E., Martin E., Doucet J. « Les chutes et les médicaments » Impact médecin, 1999 / 10 / 08, p 7 – 9

47- Bauer C., Tessier S. « Observance thérapeutique chez les sujets âgés – Synthèse documentaire » colloque 12 – 13 novembre 2001, la mutualité française, Paris

48- Isaac L.M., Tamblyn R.M. « Compliance and cognitive function: a methodological approach to measuring unintentional errors in medication compliance in the elderly » Mc Gill-Calgary Drug Research Team, The gerontologist vol 33, n°6, 1993 / 12 p 772 – 781.

49- Fabre J., Assal J.P., Balant L., Dayer P. « L'observance thérapeutique, un sujet de préoccupation en médecine pratique », Revue suisse de médecine, vol 18 n°6, 1992, p. 129 – 132

50- Hunter K. A., Florio E.R., Langberg R.G. « Pharmaceutical care fo home-dwelling elderly persons: a determination of need and program description » The gerontologist, vol 36, n°4, 1996, p 543 – 548

51- Kruse W., Koch-Gwinner P., Nikolaus T., Oster P., Schlierf G., Weber E.  
« Measurement of drug compliance by continuous electronic monitoring: a pilot study  
in elderly patients discharged from hospital » Journal of the american geriatrics society,  
vol 40, n°11, 1992 / 11 p 1151 – 1155

52- Cooper J.K., Love D.W., Raffoul P.R. « Intentional prescription non adherence  
(non compliance) by the elderly » Journal of the american geriatrics society, vol 30,  
1982, p 329

53- Rost K. et Roter D. « Predictors of recall of medication regimens and  
recommendations for lifestyle change in elderly patients » The gerontologist, vol 27,  
n°4, 1987 p 510 – 515

54- Spiers M. V., Kutzick D. M. « Self – reported memory of medication use by the  
elderly. » American journal of health system pharmacology, vol 52, 1995 / 05, p 985 –  
990

55- Jeandel C., Barrat V., Pierson H., Preiss M. A., Manciaux M. A., Penin F., Cuny G.  
« L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez le sujet âgé : enquête portant sur  
300 patients hospitalisés » La revue de gériatrie, tome 16, n°7, 1991 / 09, p 319 – 324

56- Bayada J. M., Pras P., Bertrand F., Sananes G., Babeau P. « Observance  
médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans et analyse  
de la littérature » La revue de gériatrie, tome 10, n°10, 1985 / 10 p 459 – 324

57- German P. S., Klein L., MC PHEE S. J. et coll « Knowledge of and compliance  
with drug regimens in the elderly » Journal of the american geriatrics society, vol 30,  
1982, p 568 – 571

58- INSEE « Bilan démographique 2009 »  
[http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=bilan-demo](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo)

59- INSEE « Recensement de la population 2006 – Exploitations principales »

60- Lechevalier N., Fourrier A., Berr C. « Utilisation de benzodiazépine chez le sujet âgé : données de la cohorte EVA » Revue d'épidémiologie et de santé publique 51,3 0398 – 7620 : 317 – 326

61- Granas A.G, Bates I. « Patient's understanding and management of their illness and prescriber medicines. A descriptive study. » Pharm World Si 2005 Aug 27 (4) : 321 - 8

62- Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P. « La dépression en France : enquête Anadep 2005 » Inpes éditions

63- Lecomte T. H. « La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970 – 1980 - 1990 » CREDES 1991, Paris

64- Legrain S. « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé – consommation, prescription, iatrogénie et observance » - HAS 2005

65- Bartoli F., Le Pen C. « Quelle croissance pour les dépenses pharmaceutiques » actualité SNIP [www.leem.org/actu/ondapres.html](http://www.leem.org/actu/ondapres.html)

66- Auvray L., Semet C. « Consommation et prescription pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux » Gerontol Soc 2002; 103 : 13 – 27

67 – Taylor F. C., Ramsay M. E., Tan G., Gabbay J., Cohen H. « Evaluation of patient's knowledge about anticoagulant treatment » Quality in health Care 1994; 3 : 79 – 85

68 - Ornberg L.M., Andersen H.B., Kryger P., Cleal B., Hetland ML. « What do patients in rheumatologic care about the risks of NSAIDs ? » J Clin Rheumatol 2008 Apr; 14 (2) : 69 – 73

69- Stumpf J.L., Skyles A.J., Alaniz C., Erickson S.R. « Knowledge of appropriate acetaminophen doses and potential toxicities in an adult clinic population » J Am

Pharm Assoc 2007 Jan – feb; 47 (1) : 35 – 41

70- Villanyi D., Wong R.Y. « Self – reported understanding of diabetes and its treatment among elderly ambulatory subjects in British Columbia » *Am J Geriatr Pharmacother* 2007 mar; 5 (1) : 18 - 30

71- Hoevenaars J.G., Schouten J.S., Van den Borne B., Beckers H.J., Webers C.A. « Knowledge base and preferred methods of obtaining knowledge of glaucoma patients » *Eur J Ophthalmol* 2005 Jan – Feb; 15 (1) : 32 – 40

72- Branin J.J. « The role of memory strategies in medication adherence among the elderly » *Home Health Care Servi Q* 2001; 20 (2) : 1-16

73- Mc Donald-Miszczak L., Maris P., Fitzgibbon T., Ritchie G. « A pilot study examining older adult's beliefs related to medication adherence : the BERMA survey » *J Aging Health* 2004 Nov; 16 (5) : 591 – 614

74- Ukwe C.V., Ekwunife O.I., Udeogaranya O.P., Iwuamadi U.I « Self-reported adherence to HAART in South-Eastern Nigeria is related to patient's use of pill box » *Sahara J.* 2010 7 (1) : 10 - 15

75- Lee J.K., Grace K.A., Taylor A.J « Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol : a randomized controlled trial » *JAMA* 2006 Dec 6; 296 (21) : 2563 – 5001

76- Obreli-Neto P.R., Guidoni C.M., de Oliveira Baldoni A., Pilger D., Cruciol-Souza J.M., Gaeti-Franco W.P, Cuman R.K. « Effect of a 36 months care program on pharmacotherapy adherence in diabetic and hypertensive patients » *Int J Clin Pharm* 2011 Aug; 33 (4) : 642 – 9

77- Lam P., Elliott R.A., George J. « Impact of a self-administration of medications programme on elderly inpatients' competence to manage medication : a pilot study » *J Clin Pharm Ther.* 2011 Feb; 36 (1) : 80 – 6

- 78- Nicolino P.S., Vedana K.G, Miasso A.I., Cardoso L., Galera S.A. « Schizophrenia : adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment » *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45 (3) : 708 – 15
- 79- Misdrahi D., Petit M., Blanc O., Bayle F., Llorca P.M. « The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia » *Nord J Psychiatry*. 2011 Aug 10
- 80- Holma I.A., Holma K.M., Melartin T.K., Isometsa E.T. « Treatment attitudes and adherence of psychiatric patients with major depressive disorder : a five – year prospective study » *J Affect Disord*. 2010 Dec; 127 (1-3) 102-12
- 81- Jacobs U., De Castro M.S., Fuchs F.D., Ferreira M.B. « The influence of cognition, anxiety and psychiatric disorders over treatment adherence in uncontrolled hypertensive patients » *PloS One*. 2011; 6 (8) : e22925
- 82- Caer Frouard M. « Psychotropes et mémoire » *Dementiae* 2005 n°15 p 182 - 185
- 83- Cornec C., Nabbe N., Oger E. « Knowledge and wishes of patients as regards vitamin K antagonists : a cross-sectionnal survey in western Brittany, France » *Therapie* 2001 7-8; 66 (4) : 363 – 368
- 84- Bourit O., Drahi E. « Education thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans l'Indre et le Loiret » *Médecine* 2007, vol 3, n° 5, p 229 - 234
- 85- Bataillon R., Samzun L., Levasseur G. « Comment améliorer la prévention en médecine générale » *La revue du praticien médecine générale* 2006, tome 20, n° 750 / 751 p 1313 – 1316
- 86- Haute autorité de santé « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champs des maladies chroniques » juin 2007

## ANNEXE 1 : le questionnaire

AGE

SEXE

ANCIENNE PROFESSION

VIT SEUL(E) OUI / NON

GERE SEUL(E) OUI / NON

EMPLOI PILULIER NON / OUI => FAIT SEUL(E) OUI / NON

TTT PSY NON / OUI

N° de ligne	Nom – DCI	Dosage	Indication	Prises
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				

## ANNEXE 2 : catégories de traitements retenues

Cardio-vasculaire	anti-agrégants plaquettaires anti-angoreux anti-arythmiques anti-hypertenseurs anti-vitamine K diurétiques statines et fibrates
Endocrinien et métabolique	anti-diabétiques oraux anti-thyroïdien de synthèse fer, vitamines et oligo-éléments (sauf calcium et vitamine D) hormones thyroïdiennes hypo-uricémiants insuline
Antalgique	anti-inflammatoires non stéroïdiens, application cutanée inclus morphine et dérivés paracétamol et associations
Psychotrope	anti-dépresseurs anxiolytiques hypnotiques lithium neuroleptiques
Digestif	anti-spasmodiques à visée digestive inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) laxatifs traitements du reflux gastro-œsophagien autres que IPP
Rhumatologique	anti-arthrosiques d'action lente anti-inflammatoires stéroïdiens biphosphonates calcium et la vitamine D hydroxychloroquine (Plaquenil*) méthotrexate ranélate de strontium
Neurologique	anti-parkinsonien anti-épileptiques anti-migraineux
Divers	anti-histaminiques anti-vertigineux traitements hormonaux substitutif de la ménopause traitements gynécologiques locaux traitements de l'hypertrophie bénigne de prostate traitements inhalés ou nasaux traitements ophtalmologiques veinotoniques

### **ANNEXE 3 : résultats statistiques des tableaux et histogrammes**

« Degrés de liberté » est abrégé en « ddl ».

Tableau 9 : entre les trois types de lignes et les huit catégories de traitements,  $\chi^2 = 37,9$  pour un seuil = 23,7 avec 14 ddl

Histogramme 1 : entre consultation en milieu urbain et rural,  $\chi^2 = 15,51$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

Histogramme 2 : entre femmes et hommes,  $\chi^2 = 10,76$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl.

Histogramme 3 : entre les trois tranches d'âge,  $\chi^2 = 37,6$  pour un seuil = 9,49 avec 4 ddl

Histogramme 4 : entre les patients vivant seuls et accompagnés,  $\chi^2 = 20,38$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

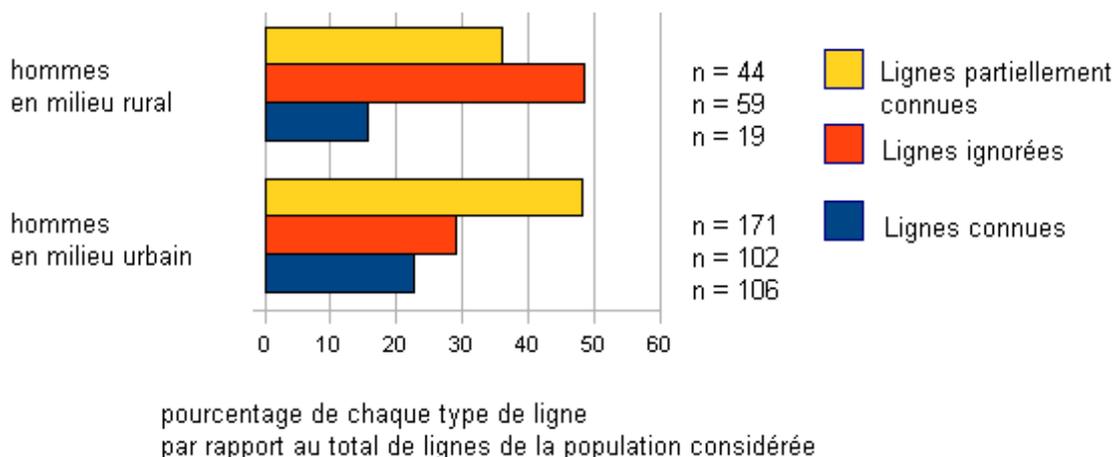
Histogramme 5 : entre les patients employant ou non un pilulier,  $\chi^2 = 21,62$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

Histogramme 6 : entre les patients déclarant ou non de l'aide pour la gestion des traitements,  $\chi^2 = 45,68$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

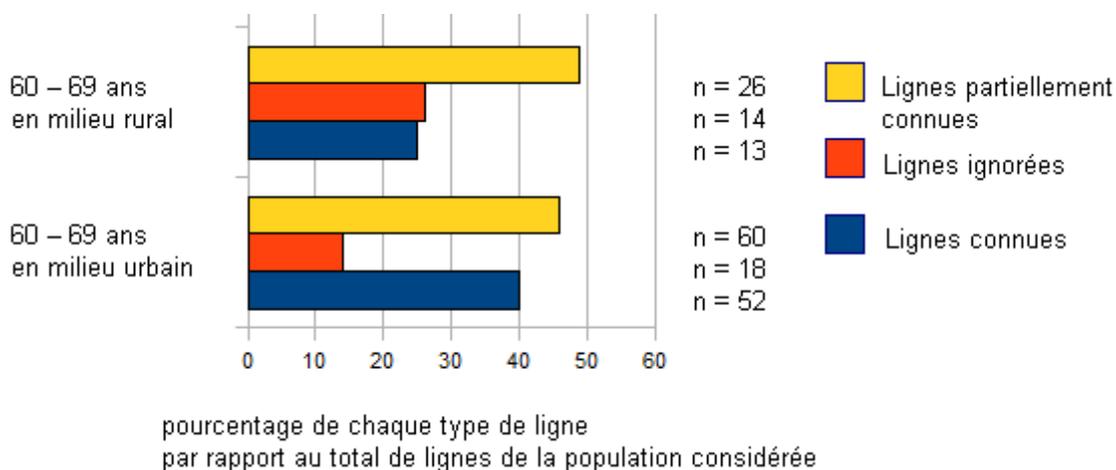
Histogramme 7: entre les patients prenant ou non un traitement psychotrope :  $\chi^2 = 12,4$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

Histogramme 8 : entre les patients prenant jusqu'à six médicaments et ceux en prenant plus de six :  $\chi^2 = 66,98$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

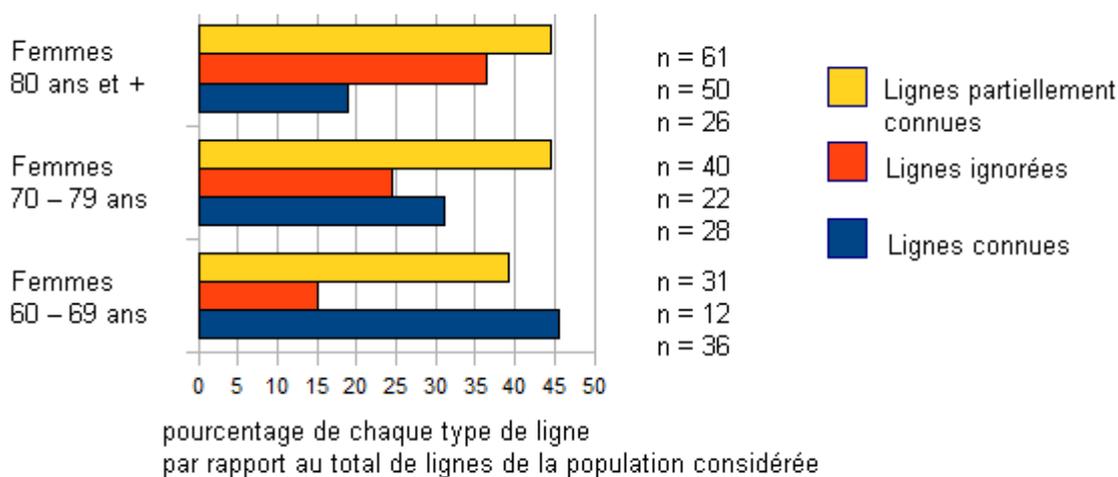
## Annexe 4 : histogrammes statistiquement significatifs $p < 0,05$



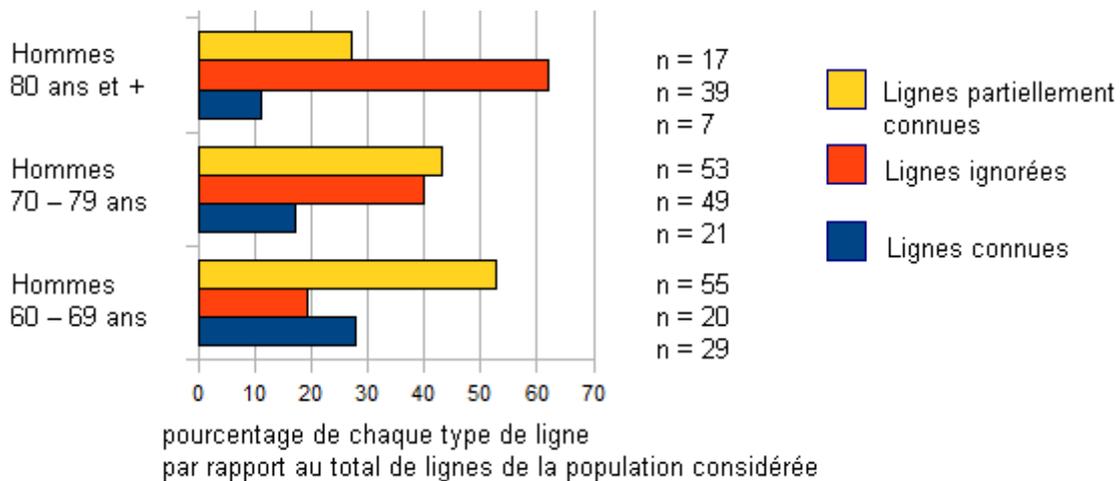
Histogramme 9 : connaissances comparées des hommes en milieu urbain et rural;  
 $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 10,94$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



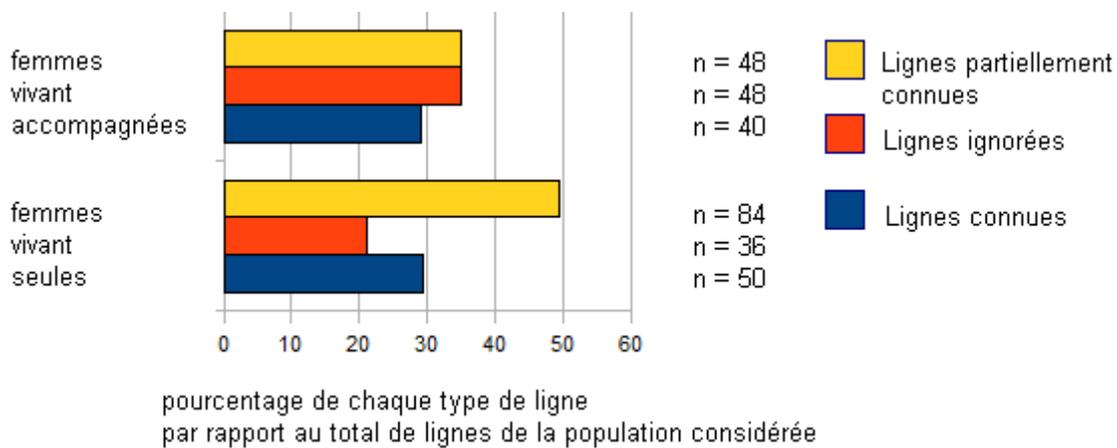
Histogramme 10 : connaissances comparées des 60 – 69 ans en milieu urbain et rural;  
 $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 6,01$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



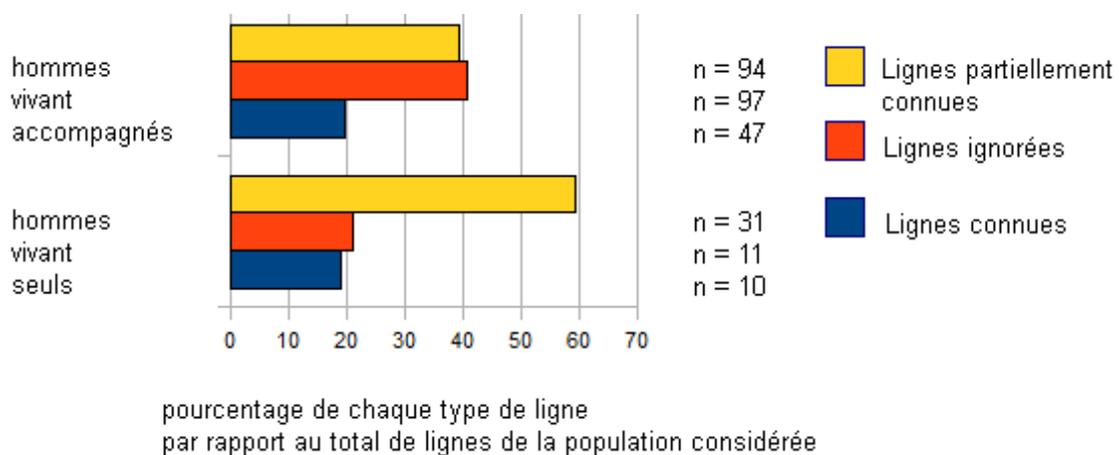
Histogramme 11 : connaissances comparées des femmes des trois tranches d'âges;  
 $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 26,69$  pour un seuil = 9,49 avec 4 ddl



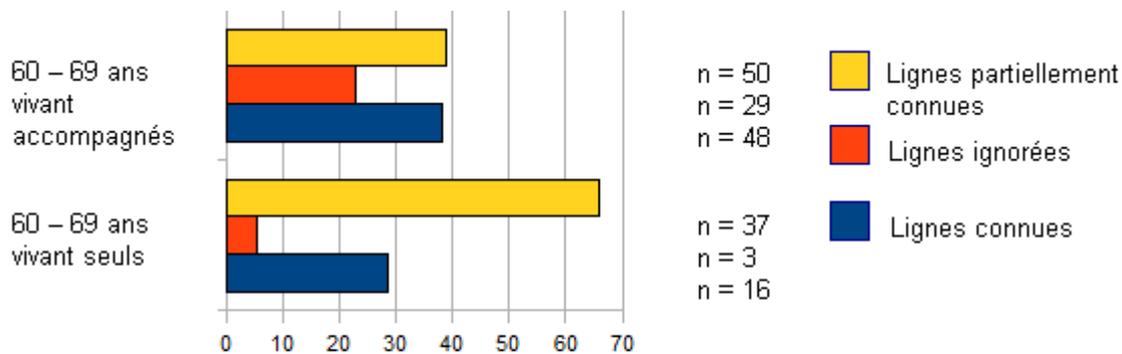
Histogramme 12 : connaissances comparées des hommes des trois tranches d'âges;  
 $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 25,63$  pour un seuil = 9,49 avec 4 ddl



Histogramme 13 : connaissances comparées des femmes vivant seules et accompagnées;  
 $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 8,98$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

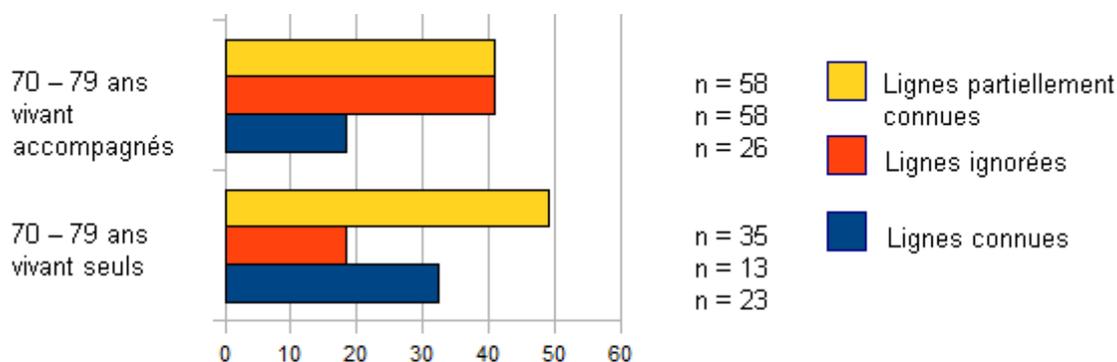


Histogramme 14 : connaissances comparées des hommes vivants seuls et accompagnés;  
 $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 8,42$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



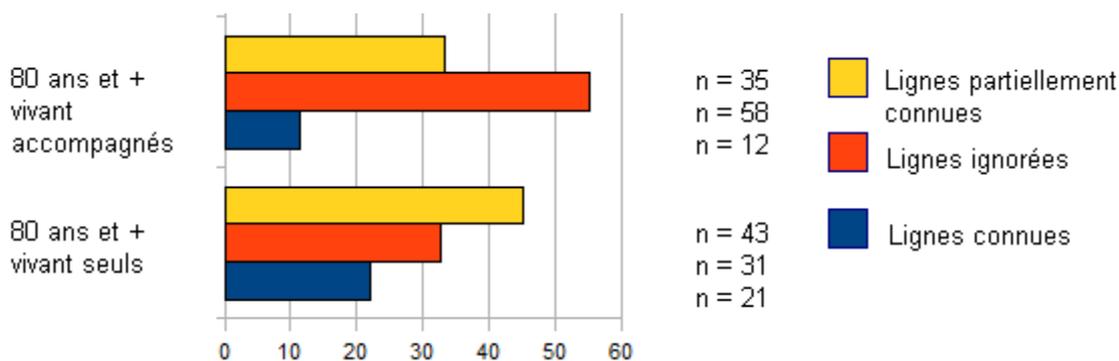
pourcentage de chaque type de ligne par rapport au total de lignes de la population considérée

Histogramme 15 : connaissances comparées des 60 – 69 ans vivant seuls et accompagnés,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 13,56$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



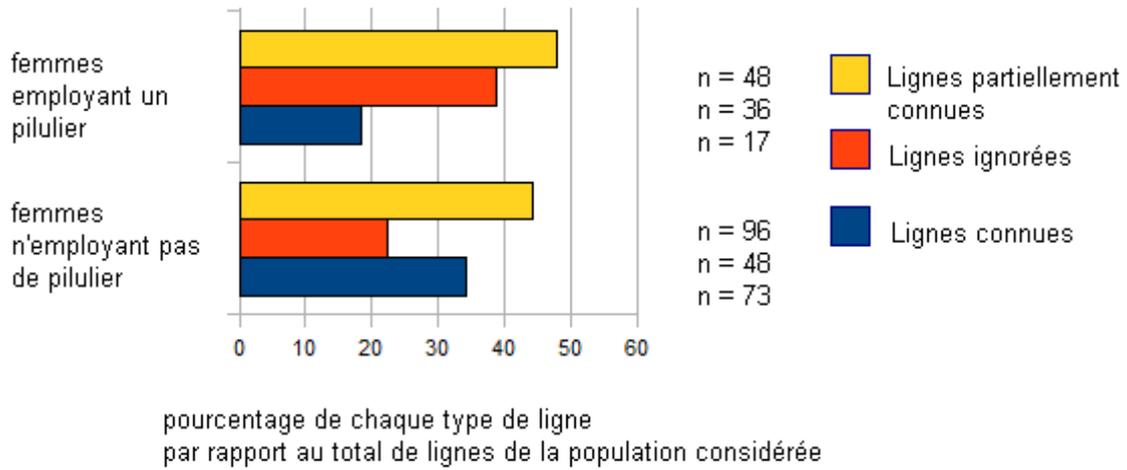
pourcentage de chaque type de ligne par rapport au total de lignes de la population considérée

Histogramme 16 : connaissances comparées des 70 – 79 ans vivant seuls et accompagnés,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 12,07$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

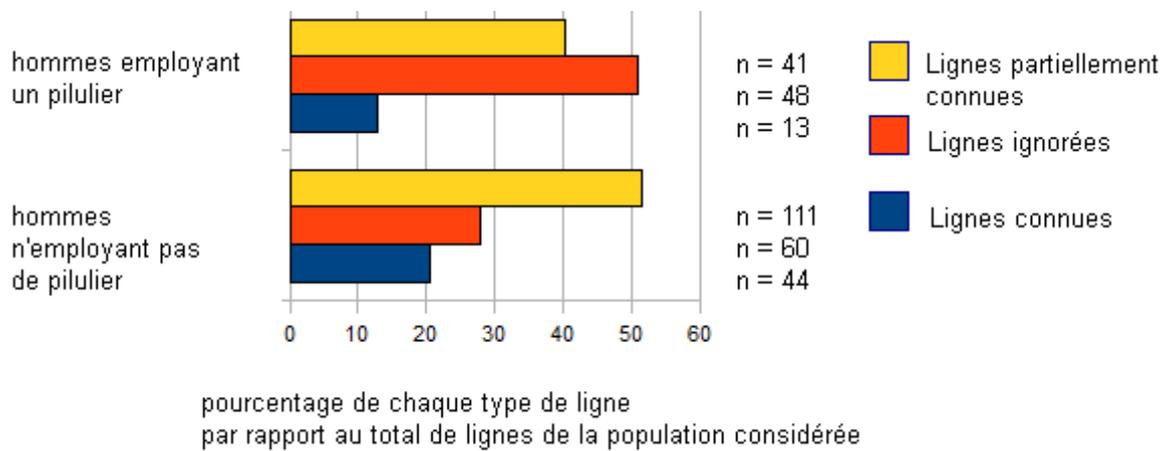


pourcentage de chaque type de ligne par rapport au total de lignes de la population considérée

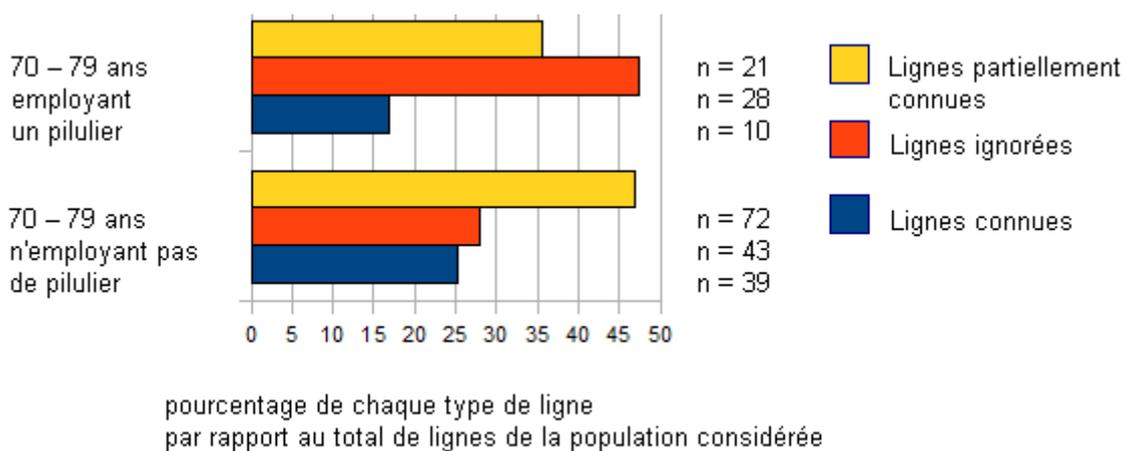
Histogramme 17 : connaissances comparées des 80 ans et plus vivant seuls et accompagnés,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 11$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



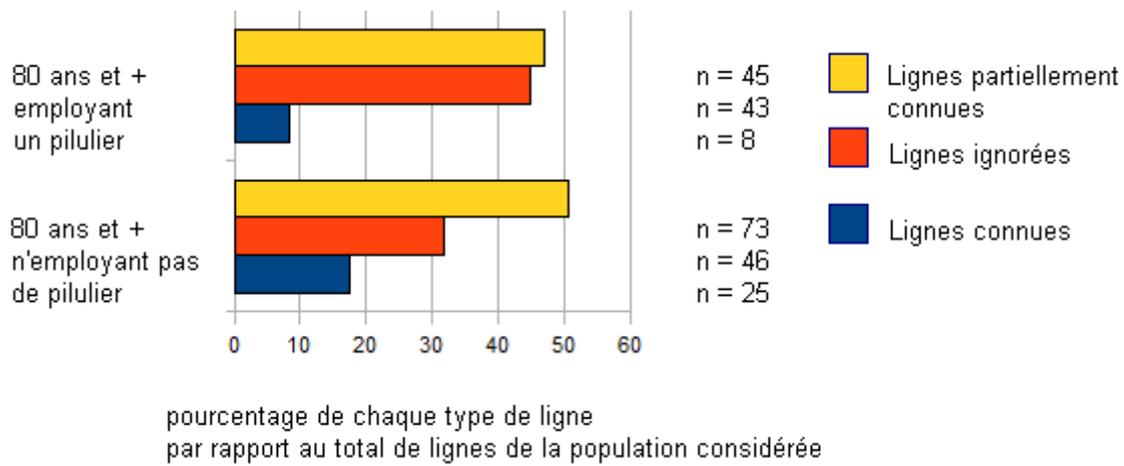
Histogramme 18 : connaissances comparées des femmes employant ou non un pilulier,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 11,88$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



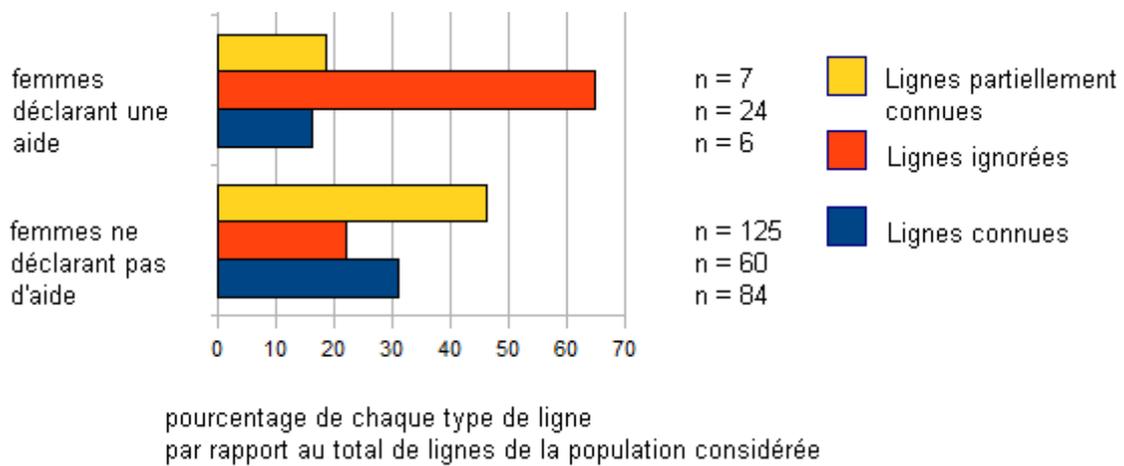
Histogramme 19 : connaissances comparée des hommes employant ou non un pilulier,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 11,63$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



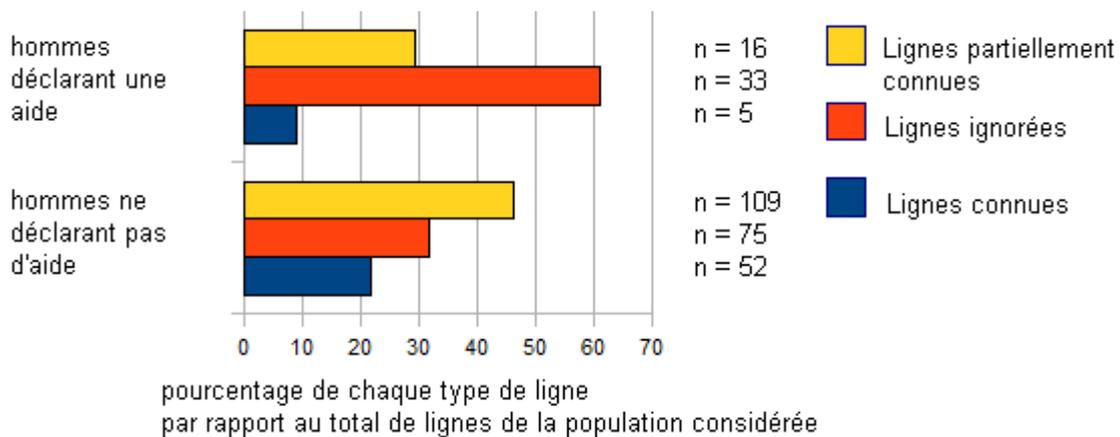
Histogramme 20 : connaissances comparées des 70 – 79 ans employant ou non un pilulier,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 7,40$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



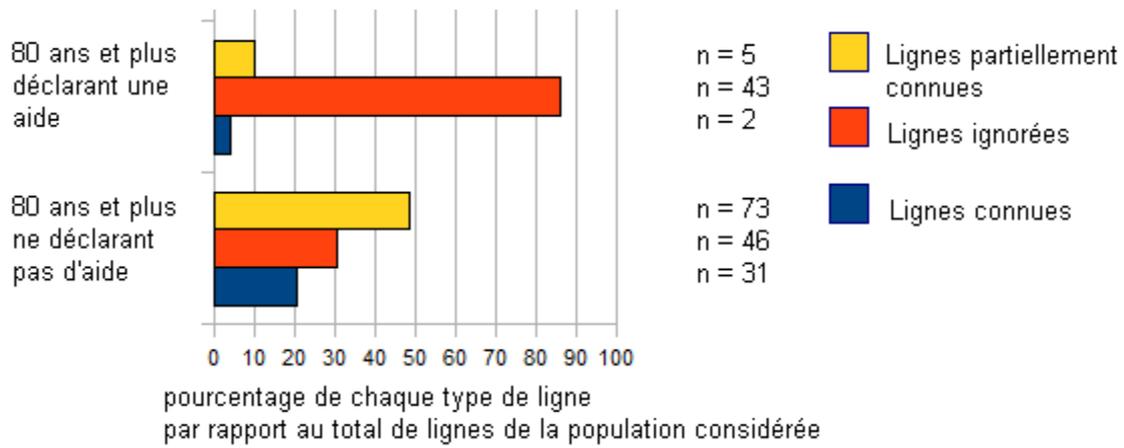
Histogramme 21: connaissances comparées des 80 ans et plus employant ou non un pilulier,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 6,15$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



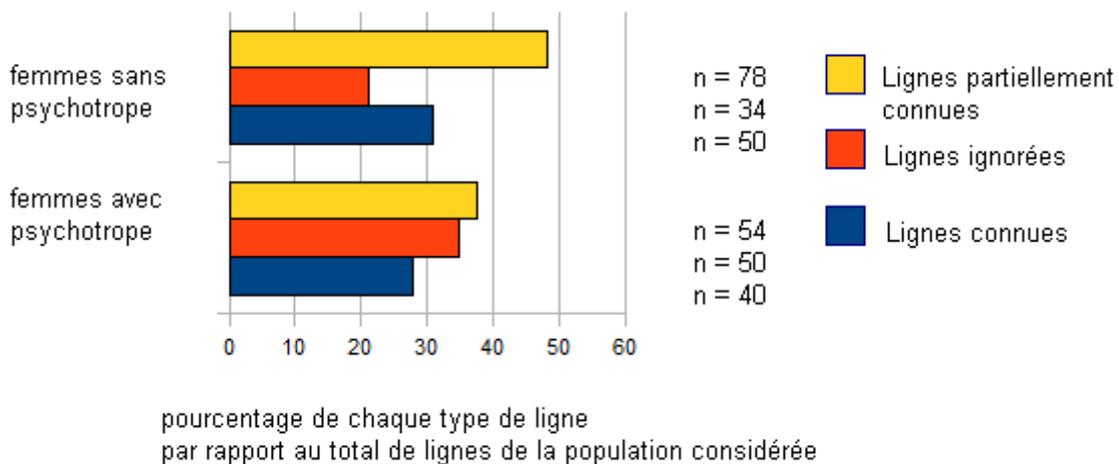
Histogramme 22: connaissances comparées des femmes déclarant ou non de l'aide pour la gestion des traitements,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 29,68$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



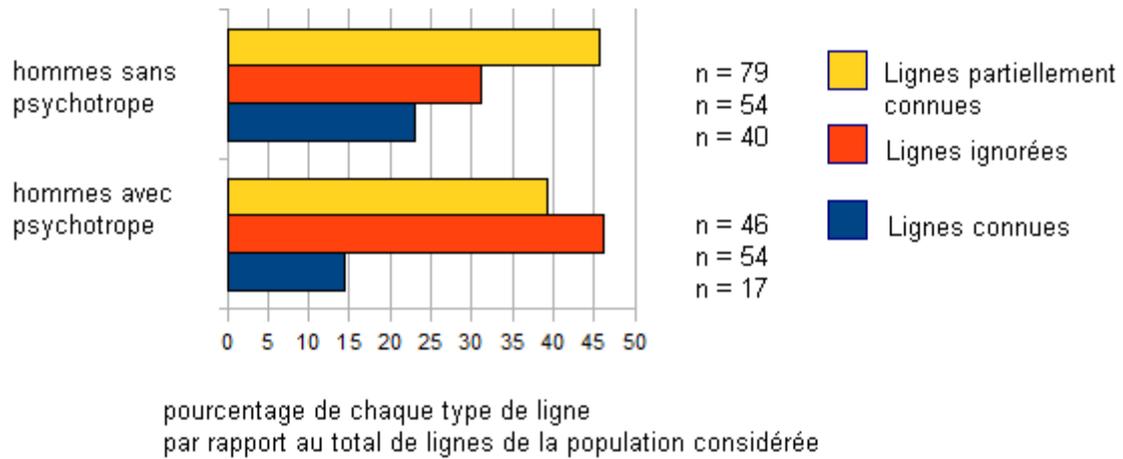
Histogramme 23 : connaissances comparées des hommes déclarant ou non de l'aide pour la gestion des traitements,  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 16,59$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



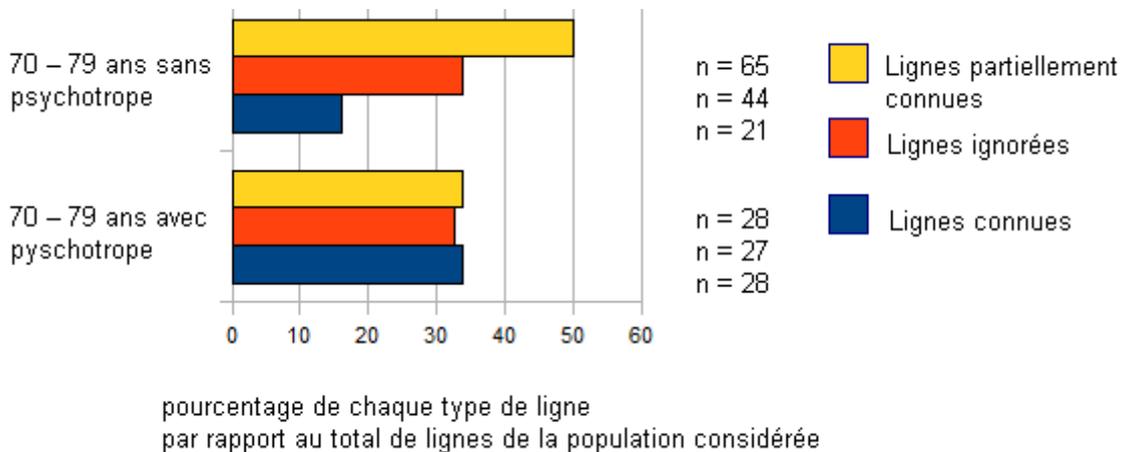
Histogramme 24 : connaissances comparées des 80 ans et plus déclarant ou non de l'aide pour la gestion des traitements,  $\chi^2 = 46,49$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



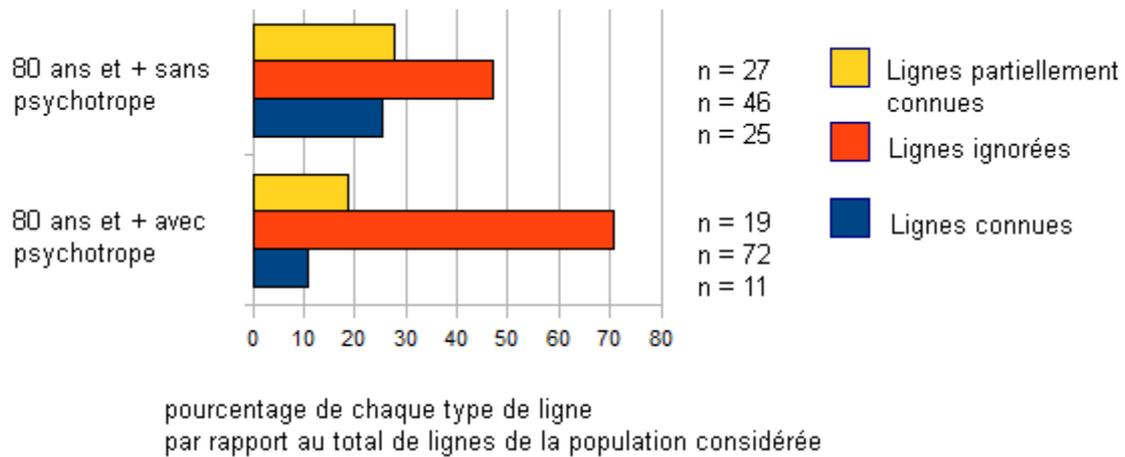
Histogramme 25: connaissances comparées des femmes avec ou sans traitement psychotrope prescrit;  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 7,49$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



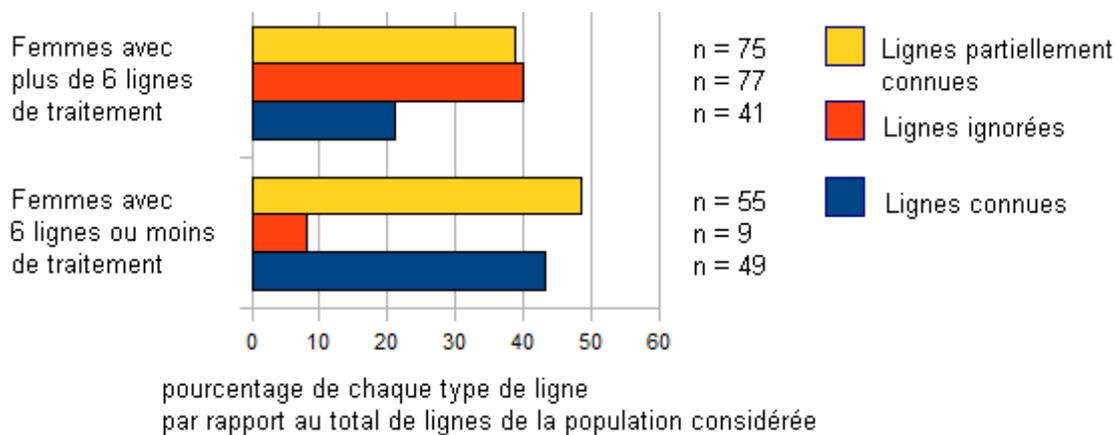
Histogramme 26: connaissances comparées des hommes avec ou sans traitement psychotrope prescrit :  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 7,47$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



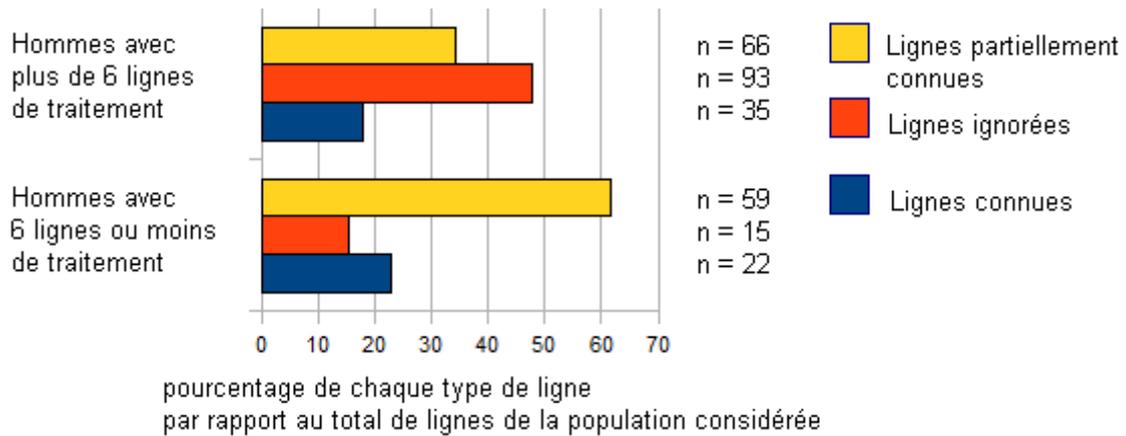
Histogramme 27: connaissances comparées des 70 – 79 ans avec ou sans traitement psychotrope prescrit :  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 9,90$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



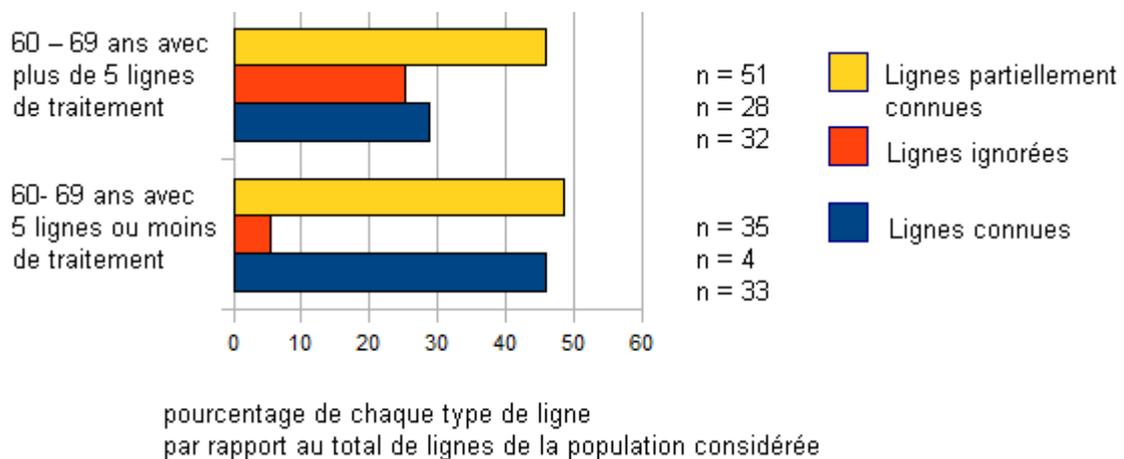
Histogramme 28: connaissances comparées des 80 ans et plus avec ou sans traitement psychotrope prescrit :  $p < 0,05$  : avec  $\chi^2 = 12,49$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



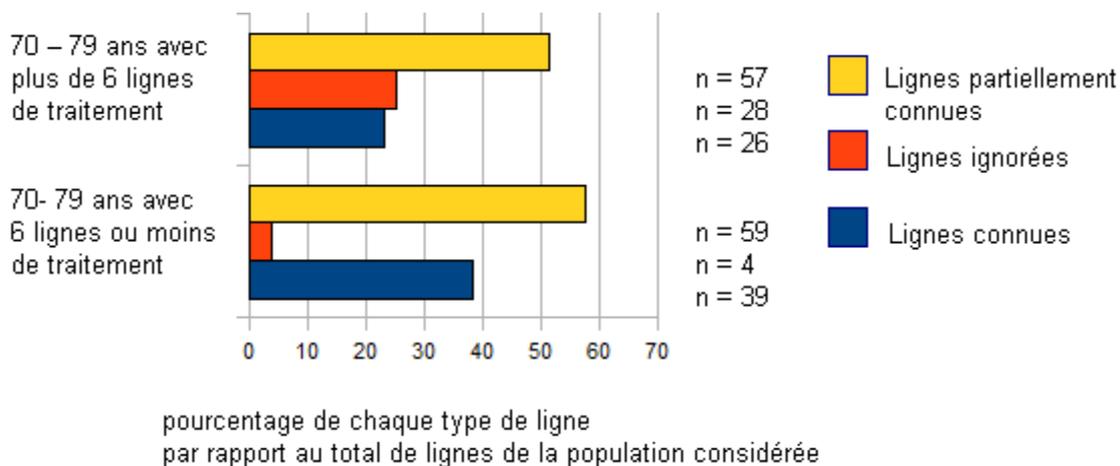
Histogramme 29 : connaissances comparées des femmes prenant jusqu'à six médicaments et celles en prenant plus de six :  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 39,33$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



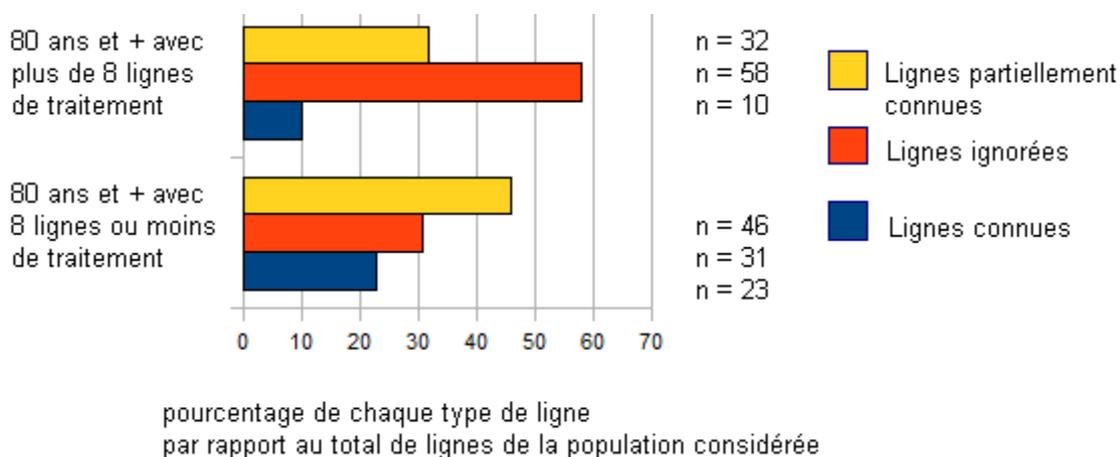
Histogramme 30 : connaissances comparées des hommes prenant jusqu'à six médicaments et ceux en prenant plus de six :  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 30$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



Histogramme 31: connaissances comparées des 60 – 69 ans prenant jusqu'à cinq médicaments et ceux en prenant plus de cinq :  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 13,28$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



Histogramme 32: connaissances comparées des 70 – 79 ans prenant jusqu'à six médicaments et ceux en prenant plus de six :  $p < 0,05$  avec  $\chi^2 = 20,29$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl



Histogramme 33: connaissances comparées des 80 ans et plus prenant jusqu'à huit médicaments et ceux en prenant plus de huit :  $\chi^2 = 15,83$  pour un seuil = 5,99 avec 2 ddl

## **Annexe 5 : divers résultats non significatifs**

Femmes	Milieu rural	Milieu urbain
Lignes partiellement connues	44,2 % (n = 42)	46 % (n = 103)
Lignes ignorées	32,6 % (n = 31)	23,6 % (n = 53)
Lignes connues	23,2, % (n = 22)	30,4 % (n = 68)
NS		

Tableau 10 : connaissances comparées des femmes consultant en milieu rural ou urbain

70 - 79 ans	Milieu rural	Milieu urbain
Lignes partiellement connues	38,7 % (n = 31)	46,6 % (n = 62)
Lignes ignorées	40 % (n = 32)	29,3 % (n = 39)
Lignes connues	21,3 % (n = 17)	24,1 % (n = 32)
NS		

Tableau 11 : connaissances comparées des 70 – 79 ans consultant en milieu rural ou urbain

80 ans et +	Milieu rural	Milieu urbain
Lignes partiellement connues	30,5 % (n = 29)	39,3 % (n = 57)
Lignes ignorées	56,8 % (n = 54)	44,1 % (n = 64)
Lignes connues	12,6 % (n = 12)	16,6 % (n = 24)
NS		

Tableau 12 : connaissances comparées des 80 ans et plus consultant en milieu rural ou urbain

60 à 69 ans	Avec pilulier	Sans pilulier
Lignes partiellement connues	49 % (n = 24)	46,2 % (n = 62)
Lignes ignorées	26,5 % (n = 13)	14,2 % (n = 19)
Lignes connues	24,5 % (n = 12)	39,6 % (n = 53)
NS		

Tableau 13 : connaissances comparées des 60 -69 ans employant ou non un pilulier

60 à 69 ans	Avec aide	Sans aide
Lignes partiellement connues	44,4 % (n = 4)	47,2 % (n = 82)
Lignes ignorées	n = 0	18,4 % (n = 32)
Lignes connues	55,6 % (n = 5)	34,4 % (n = 60)
NS		

Tableau 14 : connaissances comparées des 60 - 69 ans recevant ou non de l'aide pour gérer leurs traitements

70 à 79 ans	Avec aide	Sans aide
Lignes partiellement connues	43,8 % (n = 14)	43,6 % (n = 79)
Lignes ignorées	43,8 % (n = 14)	31,5 % (n = 57)
Lignes connues	12,4 % (n = 4)	24,9 % (n = 45)
NS		

Tableau 15 : connaissances comparées des 70 - 79 ans recevant ou non de l'aide pour gérer leurs traitements

60 à 69 ans	Avec psychotropes	Sans psychotrope
Lignes partiellement connues	44,8 % (n = 34)	48,6 % (n = 52)
Lignes ignorées	22,3 % (n = 17)	14,1 % (n = 15)
Lignes connues	32,9 % (n = 25)	37,3 % (n = 40)
NS		

Tableau 16 : connaissances comparées des 60 - 69 ans ayant ou non des psychotropes prescrits

Vu, le Président du Jury,

Vu, le directeur de thèse,

Vu, le doyen de la Faculté,

**Titre de thèse : LA CONNAISSANCE DE LEURS TRAITEMENTS PAR LES PERSONNES AGEES AU CABINET DE MEDECINE GENERALE**

---

**RESUME**

Les personnes âgées représentent une part sans cesse croissante de la population française; et c'est une population aux multiples spécificités pharmacologiques, pathologiques et thérapeutiques. L'observance des traitements prescrits y sera souvent mise à mal, entre autres, par leur mauvaise compréhension. Le médecin généraliste, dans le cadre de sa mission thérapeutique, a aussi un rôle pédagogique à jouer dans cette connaissance. Ce travail fait le bilan des connaissances qu'ont les personnes âgées de 60 ans et plus des traitements qui leurs sont prescrits en cabinet de médecine générale dans le cadre de pathologies chroniques. Globalement, seules un tiers des lignes prescrites sont intégralement connues, et cette proportion décroît fortement avec l'âge; en dehors de tout problème démentiel. Reste à savoir comment le médecin généraliste peut modifier sa pratique pour corriger ce constat.

---

**MOTS-CLES**

« personnes âgées » - « connaissance » - « traitement » - « médecine générale »