



**HAL**  
open science

**Amélioration de la compréhension et de l'intégration des traitements par les patients de plus de 60 ans atteints de maladies chroniques en médecine de ville grâce à l'élaboration d'une fiche de synthèse individuelle et personnalisée pour le patient**

Ali Osman

► **To cite this version:**

Ali Osman. Amélioration de la compréhension et de l'intégration des traitements par les patients de plus de 60 ans atteints de maladies chroniques en médecine de ville grâce à l'élaboration d'une fiche de synthèse individuelle et personnalisée pour le patient. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01294501

**HAL Id: dumas-01294501**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01294501>**

Submitted on 29 Mar 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN  
MEDECINE GENERALE

Thèse présentée et soutenue publiquement le Jeudi 12 Mars 2015

A Nice

Par Ali OSMAN

Né le 25 septembre 1984

**AMELIORATION DE LA COMPREHENSION ET DE L'INTEGRATION DES  
TRAITEMENTS PAR LES PATIENTS DE PLUS DE 60 ANS ATTEINTS DE  
MALADIES CHRONIQUES EN MEDECINE DE VILLE GRÂCE A  
L'ELABORATION D'UNE FICHE DE SYNTHESE INDIVIDUELLE ET  
PERSONALISEE POUR LE PATIENT**

Jury de thèse :

Président : M. le Professeur Olivier GUERIN

Assesseurs : Mme Le Professeur Liana EULLER-ZIEGLER

M. Le Professeur Philippe HOFLIGER

M. Le Docteur Jean Jacques DOMEREGO

Directeur de thèse : Mme Le Docteur Anne Marie BARISIC



UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Liste des professeurs au **1er septembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Assesseurs</b>	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	Mme DE LEMOS Annelise
<b>Directrice administrative des services</b>	Mme CALLEA Isabelle
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
<b>Professeurs Honoraire</b>	
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DAR COURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELLAMONICA Pierre	M. MOUIEL Jean
M. DELMONT Jean	Mme MYQUEL Martine
M. DEMARD François	M. OLLIER Amédée
M. DOLISI Claude	M. OR TONNE Jean-Paul
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M. ZIEGLER Gérard
M. HAR TER Michel	

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
 M. BASTERIS Bernard  
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
 Mme DONZEAU Michèle  
 M. EMILIOZZI Roméo  
 M. FRANKEN Philippe  
 M. GASTAUD Marcel M.GIRARD-PIPAU Fernand  
 M. GIUDICELLI Jean  
 M. MAGNÉ Jacques Mme MEMRAN Nadine  
 M. MENGUAL Raymond  
 M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)

Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M. IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M. JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M. PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M. SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
--------------------------	-------------------

### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M. ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

**MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
MI.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

**PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ**

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## TABLE DES MATIERES

<b>1-INTRODUCTION</b>	<b>15</b>
<b>2-GENERALITES</b>	<b>16</b>
2-1 La iatrogénie chez la personne âgée	16
2-1-1 Causes	16
2-1-2 Comment la prévenir	17
2-2 L'Observance chez la personne âgée	18
2-2-1 Déterminants de la non observance	18
2-2-2 Conséquences	19
2-2-3 Comment l'améliorer	20
2-3 Compréhension du traitement et adhésion	20
2-4 L'âge et la non compréhension du traitement	20
2-4-1 Modifications sensorielles	20
2-4-2 Modifications de la mémoire	21
2-4-3 Modifications des motivations	21
2-4-4 Modification affective	22
2-5 L'apport d'une aide imagée	22
<b>3-OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>23</b>
3-1 Objectif principal	23
3-2 Objectif secondaire	23



<b>4-MATERIEL ET METHODES</b>	<b>24</b>
4-1 Type d'étude	24
4-2 Population cible	24
4-3 Nombre de sujet nécessaire	25
4-4 Choix du lieu	25
4-5 Choix de l'opérateur	25
4-6 Déroulement de l'étude	26
4-6-1 Recueil du consentement	26
4-6-2 Phase 1, Questionnaire 1	26
4-6-2-1 Notation des questions de la première partie	29
4-6-3 Elaboration de la fiche de synthèse	32
4-6-4 Phase 2, Questionnaire 2	34
4-6-5 Analyse statistique	38
<b>5-RESULTATS</b>	<b>39</b>
5-1 Données descriptives	39
5-1-1 Caractéristiques socio démographiques	
5-1-1-1 Age	39
5-1-1-2 Sexe	40
5-1-1-3 Catégories professionnelles	40
5-2 Résultats statistiques Questionnaire phase 1	41
5-2-1 Questionnaire phase 1, 1 <sup>ère</sup> partie	41
5-2-1-1 Variabilité en fonction des médecins traitants	42
5-2-2 Questionnaire phase 1, score questionnaire de Girerd	43
5-2-3 Questionnaire phase 1, question 1	44
5-2-4 Questionnaire phase 1, question 2	44

5-2-5 Questionnaire phase 1, question 3	45
5-2-6 Questionnaire phase 1, question 4	46
5-2-7 Questionnaire phase 1, question 5	47
5-2-8 Questionnaire phase 1, question 6	47
5-3 Résultats statistiques Questionnaire phase2	48
5-3-1 Questionnaire phase 2, 1 <sup>ère</sup> partie	48
5-3-1-1 Variabilité en fonction des médecins traitants	48
5-3-2 Questionnaire phase2, Score questionnaire de Girerd	49
5-3-3 Questionnaire phase 2, question 1	50
5-3-4 Questionnaire phase 2, question 2	51
5-3-5 Questionnaire phase 2, question 3	52
5-3-6 Questionnaire phase 2, question 4	52
5-3-7 Questionnaire phase 2, question 5	53
5-3-8 Questionnaire phase 2, question 6	54
5-3-9 Questionnaire phase 2, question 7	54
5-3-10 Questionnaire phase 2, question 8	54
5-3-11 Questionnaire phase 2, question 9	55
5-3-12 Questionnaire phase 2, question 10	55
5-3-13 Questionnaire phase 2, question 11	56
5-3-14 Questionnaire phase 2, question 12	56
5-4 Comparaison des moyennes des questionnaires phase 1 et phase 2 après la diffusion de la fiche de synthèse	57
<b>6-DISCUSSION</b>	<b>58</b>
6-1 Principaux résultats	58
6-2 Validité interne de l'étude	59
6-2-1 La méthodologie	59

6-2-2 Les principaux biais	60
6-2-2-1 Biais de sélection	60
6-2-2-2 Biais de confusion	60
6-2-2-3 Biais d'investigation	60
6-3 Validité externe de l'étude	61
6-3-1 Comparaison aux données de la littérature	61
6-3-2 Fiche de synthèse et éducation thérapeutique	63
6-3-3 Fiche de synthèse et observance	64
6-3-4 Influence des médicaments génériques	65
6-3-5 Dossier Médical Personnel	67
6-3-5-1 Description	67
6-3-5-2 Contenu	68
6-3-5-3 Utilisation par les généralistes	69
6-3-5-3 Fiche de synthèse et DMP	70
<b>7-CONCLUSION</b>	<b>71</b>
<b>8- RESUME</b>	<b>73</b>
<b>9-BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>74</b>
<b>10- ANNEXES</b>	<b>77</b>
<b>11-SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>83</b>

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Madame le Professeur Liana Euller-Ziegler,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. J'ai énormément appris au sein de votre service. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Je vous remercie aussi de votre aide précieuse et de vos bons conseils depuis le début de ce travail. Merci aussi pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Jean-Jacques Domerego,

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je te remercie aussi pour tous les bons moments passés avec toi, et dans ton service. Tu m'as bien appris la cardiologie et j'ai passé un excellent stage dans ton service. Merci aussi pour ton soutien, pour ta générosité, pour ta gentillesse, pour ta confiance, pour ton amitié, pour les nombreux cafés pris dans ton bureau...

A Madame le Docteur Anne-Marie Barisic,

Je te remercie de m'avoir épaulé et cru en moi dans la réalisation de cette thèse. Sans toi, je ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour tous les bons moments passés avec toi, dans ton service et en dehors. Merci pour les nombreux paris qui ont fini par des soirées sushis. Merci pour ta gentillesse, ta fraîcheur, ton assurance....

Aux médecins généralistes qui ont participé à ma thèse. Chers confrères, grâce à vous j'ai pu réaliser ce travail. Merci de m'avoir ouvert les portes de vos cabinets.

Au Docteur Vangysel Damien,

Merci pour ton aide précieuse dans les statistiques de ma thèse. Sois assuré de mes sincères remerciements.

A mes terrains de stage :

Au service de rhumatologie, hôpital de semaine, qui m'a vu débiter mon internat. Au Docteur Grisot, Docteur Acqualda, et tout le personnel du service. A la clinique les Sources, au Service SSR B2 et B1. Vous m'avez fait passer des agréables moments.

Au service des urgences de l'hôpital de Cannes, à Ziad, Fred, Christophe...

Au service des urgences de l'hôpital Lenal, à Antoine, Hervé, et tout le personnel. Merci pour votre gentillesse, et pour nous avoir bien enseigné la pédiatrie.

Aux médecins de mon SASPASS, docteur Nicolas, Docteur Estienne, Docteur Ganassi, et leurs charmantes secrétaires.

Au Docteur Michel Trouilhat et son épouse Françoise. Merci pour votre hospitalité, votre accueil, votre gentillesse exceptionnelle. Merci Michel pour ton enseignement de la bonne médecine générale, et pour la confiance que tu m'as accordée. Aujourd'hui nous sommes confrères, pensez-vous qu'on peut se tutoyer maintenant ? Merci Françoise pour tes bons plats. Merci pour tous les bons moments passés chez vous.

A la maison de retraite Sémiramis, qui m'a vu grandir, à tout son personnel. A toi Denise.

A mes copains de fac, Cyril, Guillaume, Ju le chinois, Christine, Xavier, Adrien, Renaud, Uriel, Agnès et Fabien. Merci pour toutes ses années passées à vos côtés. Merci Cyril pour ta sincère amitié, et pour les moments passés ensemble. Merci de m'avoir appris à skier...

A mes copains Libanais, Joseph, Noni, hamoudé, Maher, Ziad, Raff et Bobby. Merci pour tous les bons moments vécus avec vous, pour tous les moments de galère à vos côtés en étant étudiant, mais certainement, les meilleurs souvenirs de ma vie.

A ma famille,

A mes parents, sans vous je ne serais pas là aujourd'hui. Vous avez cru en moi et soutenu tout au long de ma vie. Je vous aime beaucoup.

A mes Frères, mes grands-parents, mes oncles.

A vous, Tata et Michel, ma deuxième famille. Merci pour votre soutien dans chaque décision de ma vie. Vous comptez énormément pour moi. Je vous aime tellement. A Mehdi, le plus intelligent des cousins. A Benjamine pour votre tendresse.

A mes (futurs) beaux parents, Régine, Bernard, Jean-Claude, Brigitte, Merci d'être ma deuxième famille. Merci pour votre confiance, les bons moments passés en famille. A la plus belle des (futures) belles-sœurs, merci pour ta joie de vivre. A toi, FX.

A toi mon Doydoy, mon amour, merci pour ta présence, ta patience, et ta confiance. Merci pour le bonheur que tu m'as apporté pendant ces 7 années. Merci pour le bonheur que tu m'apportes tous les jours, et que tu vas m'apporter dans le futur. Je t'aime fort.

Et à tous ceux que je n'ai pas cités et qui me sont chers...

Je dédie cette thèse à jojo...

# 1-INTRODUCTION

---

La polymédication chez le sujet âgé est habituelle et souvent légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, diminue probablement l'observance des traitements, et a un coût élevé. Mieux prescrire chez le sujet âgé est ainsi un enjeu de santé publique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une personne comme « âgée » à partir de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées. Dans la littérature, les seuils retenus pour définir les populations de personnes âgées varient selon les auteurs et les époques.

En 2011, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 17% de la population française (13% pour les plus de 70 ans), et 44% de la consommation de médicaments en ville.<sup>1</sup>

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs chez les sujets âgés.

En médecine libérale, trois consultations à destination des personnes âgées sur quatre sont réalisées par les généralistes. 91 % d'entre elles sont suivies d'une ordonnance de pharmacie.<sup>2</sup>



## 2-GENERALITES

---

### 2-1 LA IATROGENIE CHEZ LA PERSONNE AGEE

#### 2-1-1 CAUSES

Les facteurs de risque de la iatrogénie sont liés à l'âge du patient, au contexte socio-environnemental, à une mauvaise utilisation des médicaments ou encore aux médicaments eux-mêmes.

Le vieillissement de l'organisme a des conséquences sur l'action des médicaments en considérant les paramètres pharmacocinétiques des médicaments. Il est important de tenir compte de l'altération de la fonction rénale ainsi que du rapport masse grasse/masse maigre modifié par la perte ostéo-musculaire et le gain adipeux.

L'isolement social ou géographique, et la dépendance peuvent influencer la prise en charge médicale et le suivi thérapeutique.

Une mauvaise utilisation des médicaments se caractérise par des objectifs thérapeutiques inadaptés au malade, aussi bien pour ce qui concerne l'indication ou le choix de la classe thérapeutique, que pour ce qui concerne la posologie ou les interactions médicamenteuses et associations déconseillées.

Lors de l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), l'évaluation du profil de sécurité d'emploi d'un nouveau médicament chez les personnes âgées ne concerne, le plus souvent, que des effectifs relativement réduits. D'autre part, la polymédication favorise la survenue d'effets indésirables.<sup>3</sup>

## **2-1-2 COMMENT LA PREVENIR**

Le médecin traitant est au centre de la prévention de la iatrogénie chez la personne âgée. Afin d'optimiser les prescriptions, il est indispensable de faire une analyse diagnostique précise sur la base d'un examen clinique, voire biologique, de hiérarchiser les pathologies en établissant des priorités thérapeutiques en concertation avec le patient.

Par ailleurs, Il est important d'évaluer le rapport bénéfice/risque de chaque médicament et de se renseigner auprès du patient de l'existence d'autres ordonnances (ou de prises de médicaments en automédication) afin d'éviter les interactions médicamenteuses.<sup>4</sup>

D'un autre côté, l'implication des patients (et de leurs familles) joue un rôle majeur dans la prévention de la iatrogénie et une réflexion est à mener en relation avec le patient afin d'élaborer des outils d'information dédiés à la compréhension de la prescription chez le sujet âgé, la iatrogénie et sa prévention.

La haute autorité de santé (HAS) propose, pour améliorer la qualité de la prise en charge générale des sujets âgés, une approche en 3 dimensions applicables dans toutes structures de prise en charge (domicile, ambulatoire, établissement de soins, etc...) :

1-Une approche par alertes sur les classes thérapeutiques à risque élevé et avéré (comme les psychotropes, cardiotropes, anticoagulants).

2-Une approche polypathologique par révision de l'ordonnance: reconsidérer l'ensemble des diagnostics et prioriser les traitements avec le patient.

3-Une approche prospective à partir des situations cliniques, de type stratégie thérapeutique pour les situations cliniques les plus fréquentes est proposée, avec des prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses.

Plusieurs travaux ont montré que les outils efficaces d'amélioration de la prescription avaient une composante d'information et d'éducation pour le patient et ses proches.<sup>5</sup>

## 2-2 L'OBSERVANCE CHEZ LA PERSONNE AGEE

**« Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments ». Hippocrate.**

On définit l'observance en matière de santé par le fait de se conformer aux règles élaborées de façon consensuelle par les professionnels de santé et de suivre leur prescription.<sup>6</sup>

Selon la littérature, la fréquence de la non-adhésion chez la personne âgée souffrant de pathologies sévères, notamment cardiovasculaires, concerne 40 à 60% de la population analysée.<sup>7</sup>

### 2-2-1 DETERMINANTS DE LA NON-OBSERVANCE :

- Patient :
  - Âge.
  - Contraintes socioprofessionnelles.
  - Connaissances et croyances.
  - Niveau d'anxiété et statut émotionnel.
  
- Maladie :
  - Intensité des symptômes.
  - Gravité, pronostic.
  - Durée.
  - Nature.
  
- Traitement :
  - Efficacité.
  - Tolérance.
  - Galénique.
  - Nombre de prises journalières.
  - Durée.
  - Co médicaments.
  - Coût.

- Médecin :
  - Relation de confiance.
  - Motivation, force de conviction.
  - Communication (intérêt pour l'observance).
  
- Système de soins :
  - Isolement relatif du médecin.
  - Coordination entre les soignants.
  - Dossiers médicaux électroniques.
  - Financement en fonction des performances.<sup>8</sup>

### **2-2-2 CONSEQUENCES**

La non-observance engendre une altération de la qualité de vie du patient âgé du fait de la non-atteinte des objectifs thérapeutiques générant des consultations et des investigations supplémentaires ainsi qu'une intensification évitable du traitement avec escalade du risque iatrogène.

D'autre part, la non-adhésion thérapeutique engendre des coûts importants notamment en terme d'hospitalisations récurrentes et d'institutionnalisation. Une étude en Allemagne a montré que 23,5% des hospitalisations pour décompensation d'une insuffisance cardiaque chronique sont liées à un problème d'adhésion.<sup>9</sup>

Près de 10% des hospitalisations chez le sujet de plus de 70 ans seraient en rapport avec un défaut d'observance. En milieu ambulatoire, une étude prospective a analysé 1523 accidents médicamenteux survenus chez des sujets âgés sur un an. Ils ont été imputés à un défaut d'observance dans 21.1% des cas.<sup>10</sup>

Un rapport de l'OMS en 2003 a cité qu'améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale.<sup>11</sup>

Il s'agit donc d'un enjeu de santé publique considérable.

### **2-2-3 COMMENT L'AMELIORER**

Les méthodes efficaces pour améliorer l'observance comprennent en général des approches multifactorielles, parmi lesquelles : développer l'éducation du patient et/ou de sa famille ; faciliter le programme des prises médicamenteuses (simplification des prises journalières, pilulier...); proposer divers rappels (visites de suivi, interventions d'infirmières ou de pharmaciens) ; améliorer et renforcer la relation médecin-patient.<sup>12</sup>

### **2-3 COMPREHENSION DU TRAITEMENT ET ADHESION**

Certaines études montrent que la connaissance des médicaments, leur reconnaissance, et la compréhension de leur rôle ont un impact sur l'adhésion au traitement médicamenteux.<sup>13</sup>

### **2-4 L'AGE ET LA NON-COMPREHENSION DU TRAITEMENT**

Pour comprendre les causes de la non compréhension du traitement chez la personne âgée, il faut évidemment s'intéresser aux aspects psychologiques et comportementaux du vieillissement normal.

#### **2-4-1 MODIFICATIONS SENSORIELLES :**

On définit le « bruit neuronal » qui est le résultat d'une activation spontanée et désordonnée des neurones contrairement à une activité synchronisée au service d'un but précis.<sup>14</sup>

Au contraire, la « distinctivité corticale » correspond à la représentation neuronale de l'information permettant à un groupe de neurones de s'activer ensemble lors du traitement d'un concept spécifique.<sup>14</sup>

Chez la personne âgée, il existe une augmentation du bruit neuronal associée à une diminution de la distinctivité corticale entraînant un déclin dans l'efficacité de la transmission de l'information dans le système cognitif et une réduction des capacités de traitement de l'information d'où une réduction des performances cognitives.<sup>14</sup>

#### **2-4-2 MODIFICATION DE LA MEMOIRE:**

La mémoire est une fonction psychologique permettant de stocker des informations, des connaissances et des apprentissages tant moteurs que cognitifs. Elle comporte des processus d'encodage, de stockage et de récupération. L'encodage désigne les opérations qui transforment le stimulus en une représentation mentale. La récupération désigne les opérations qui permettent d'activer le contenu des mémoires.

Il existe différentes catégories de mémoires :

- Les mémoires provisoires : la mémoire à court terme, la mémoire de travail.
- Les mémoires permanentes : la mémoire épisodique, la mémoire sémantique, la mémoire autobiographique.

La mémoire épisodique est un système de stockage temporaire qui conserve des informations perçues dans le contexte particulier où elles ont été rencontrées.

Au contraire, la mémoire sémantique contient des connaissances générales, partagées, impersonnelles.

Avec l'âge apparaît un trouble de la mémoire épisodique.<sup>15</sup>

#### **2-4-3 MODIFICATION DES MOTIVATIONS:**

Les besoins fondamentaux de la personne âgée sont comparables à ceux de l'adulte : faim, soif, homéostasie, sexualité...

Par contre, on retrouve un besoin de contrôle et d'assurance associés à une baisse de la tendance à l'exploration.<sup>16</sup>

#### **2-4-4 MODIFICATION AFFECTIVE:**

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé et pourtant négligée, méconnue ou mal traitée (40 à 60%).<sup>17</sup>

En médecine générale, 15 à 30% des personnes âgées ont des symptômes dépressifs significatifs. La proportion de sujets âgés méconnus est estimée à 40%.

En l'absence de traitement, les troubles dépressifs diminuent la durée de vie, augmentent le risque somatique, le recours aux soins et à l'hospitalisation. La dépression est une cause importante de perte d'autonomie et d'institutionnalisation.<sup>17</sup>

Il est donc évident que le médecin traitant joue le rôle principal dans la compréhension du traitement par le patient. Le médecin traitant se doit de trouver les moyens adaptés pour mieux transmettre l'information médicale au patient âgé, ainsi que de diagnostiquer et traiter tout élément dépressif.

#### **2-5 L'APPORT D'UNE AIDE IMAGEE :**

Une étude publiée récemment a montré qu'une représentation externe imagée ajoutée à l'ordonnance permet de pallier les difficultés de compréhension des patients âgés en bonne santé.<sup>18</sup>

Plusieurs théories ont suggéré que des illustrations pouvaient aider à la compréhension des informations textuelles, soit par effet de répétition soit par effet de double codage. Ainsi, celles qui mettent en avant le rôle des modèles mentaux proposent que le diagramme, en tant que représentation analogique externe de l'information textuelle, aide à l'élaboration des représentations mentales utiles à la compréhension.

Pour certains patients, le médecin traitant peut donc faciliter la compréhension du traitement par une carte qui récapitule l'ensemble du traitement, l'organise par système et clarifie le but de chaque médicament.<sup>7</sup>

L'objectif de notre étude est d'analyser si l'utilisation d'une fiche thérapeutique personnalisée de traitement en médecine générale permet d'améliorer la compréhension des traitements par les patients de plus de 60 ans atteints de pathologies chroniques.

## 3-OBJECTIFS DE L'ETUDE

---

### 3-1 OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de notre étude est de mesurer l'impact d'une fiche de synthèse personnalisée sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse par des patients âgés de plus de 60 ans polymédiqués et atteints de maladies chroniques, sans trouble cognitif.

### 3-2 OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire de notre étude est d'évaluer l'impact de cette fiche de synthèse sur l'observance du traitement.



## 4-MATERIEL ET METHODES

---

### 4-1 TYPE D'ETUDE

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude prospective comparative, multicentrique, par questionnaire, avant et après l'élaboration et la diffusion d'une fiche de synthèse personnalisée expliquant l'association entre les médicaments prescrits et les pathologies traitées.

L'étude a été réalisée au sein de 12 cabinets de médecins généralistes installés à Nice, sur une période de début juin au début décembre 2014.

### 4-2 POPULATION CIBLE

Nous avons intégré dans notre étude des hommes et des femmes de toutes catégories socioprofessionnelles, âgés de plus de 60 ans, atteints de pathologies chroniques en affection de longue durée (ALD), et prenant plus de quatre médicaments par jour sans trouble cognitif avéré.

Les patients ont été choisis « au hasard » par ordre d'arrivée au cabinet médical, après leur accord, s'ils correspondaient aux critères d'inclusion.

Sur le plan cognitif, les conditions d'inclusion de chaque patient étaient l'absence d'antécédent de troubles cognitifs connus dans le dossier médical, et un score Mini-Mental State Examination (MMSE) égal à 30 réalisé lors de la première consultation.

Tout autre patient ne répondant pas à ces critères n'était pas inclus dans l'étude.

### **4-3 NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRE**

Un avis auprès du statisticien du Département de santé publique du CHU de l'Archet a été demandé. Il nous a suggéré de réaliser un test de faisabilité du questionnaire.

Nous avons donc testé le questionnaire phase 1 sur 15 patients. Le score moyen pour ce questionnaire était de 6/12.

Le nombre de sujets nécessaire a été calculé sur la base de pourcentages : amélioration de 50% du score après la diffusion de la fiche de synthèse personnalisée avec un risque  $\alpha=0.05$ , et un risque  $\beta=0.80$ .

Cette méthode a permis de calculer le nombre de sujets à inclure qui s'est élevé à 57. Nous avons obtenu un nombre de 57 sujets à inclure.

Nous avons inclus 60 patients pour limiter au mieux le risque de perdus de vue.

### **4-4 CHOIX DU LIEU**

Nous avons décidé de répartir les sujets nécessaires sur 12 cabinets de médecine générale en incluant 5 patients par cabinet.

Le choix des cabinets a été fait par tirage au sort en utilisant la base de données des médecins généralistes installés du conseil national régional de l'ordre des médecins.

Tous les entretiens ont eu lieu au sein de chacun des cabinets médicaux.

### **4-5 CHOIX DE L'OPERATEUR**

J'ai réalisé la totalité des questionnaires de cette étude, aussi bien ceux de la première que ceux de la deuxième phase de façon à garder la même méthodologie de passation des questionnaires et de limiter au mieux le biais de l'investigateur

## **4-6 DEROULEMENT DE L'ETUDE**

### **4-6-1 RECUEIL DU CONSENTEMENT :**

Tous les patients inclus dans notre étude ont accepté librement de participer à ce travail. Ils ont tous rempli et signé la fiche de consentement écrit. (*Annexe 1*).

### **4-6-2 PHASE 1, QUESTIONNAIRE 1 :**

La première phase s'est déroulée du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 1<sup>er</sup> octobre 2014.

Le médecin traitant ayant accepté au préalable de participer à notre étude a été informé des critères d'inclusion et d'exclusion.

Lorsqu'un patient correspondait aux critères d'inclusion, le médecin l'informait de notre étude et recueillait un premier consentement oral.

Le patient était alors dirigé vers une deuxième salle, avec la dernière ordonnance des traitements au long cours.

Cette ordonnance devait correspondre à un mois de traitement, et ne devait pas être renouvelable.

Après présentation, je lui expliquais le déroulement de l'étude avec les différentes phases.

Une évaluation de la mémoire était faite grâce au MMSE. (*Annexe 2*)

Ensuite, le « questionnaire phase 1 patient » était présenté et rempli par le patient.

La durée de passation du « questionnaire phase 1 patient » variait de 5 à 15 minutes avec en moyenne une durée de 7 minutes environ.

Le patient et moi étions installés à une table, face à face, dans une pièce calme. Sur la table, il y avait un ordinateur et une imprimante couleur.

Le questionnaire phase 1 patient était présenté. Je lui demandais de le remplir.

## QUESTIONNAIRE phase 1 patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance (âge) :

Médecin traitant :

Médecins spécialistes :

Profession :

**1. Avez-vous l'impression de connaître vos médicaments ?**

Sûrement    très probablement    probablement

Possible    probablement pas    sûrement pas

**2. Pouvez-vous me citer les noms des médicaments que vous prenez ?**

-----  
-----  
-----  
-----

**3. Pouvez-vous me citer les maladies pour lesquelles vous êtes soignées?**

-----  
-----  
-----  
-----

**4. Pouvez-vous me dire, pour quelle maladie correspond chacun de vos médicaments ?**

-----  
-----  
-----  
-----

5. **Vous a-t-on expliqué l'évolution et les complications des maladies pour lesquelles vous êtes soignés ?**

Oui Non

6. **Vous a-t-on expliqué le rôle et les effets des médicaments qu'on vous a prescrits ?**

Oui Non

## Questionnaire d'observance de Girerd

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le calcul du score pour chaque patient a été réalisé en fonction d'une notation établie avec mon directeur de thèse. Nous avons utilisé l'échelle de Likert qui est une échelle de jugement répandue dans les questionnaires psychométriques par laquelle la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation (l'énoncé).<sup>19</sup>

Le questionnaire phase 1 comportait 2 parties. La première partie contenait 4 questions notées avec un maximum de 12 points ainsi que 2 questions en « OUI/NON ».

Plus le score au questionnaire est élevé moins le patient connaît ses médicaments et les pathologies traitées par ses médicaments.

La 2<sup>ème</sup> partie comportait le questionnaire d'observance de Girerd défini par 6 items avec 1 point pour chaque « OUI » et un maximum de 6 points.

#### **4-6-2-1 NOTATION DES QUESTIONS DE LA PREMIERE PARTIE**

**1. Avez-vous l'impression de connaître vos médicaments ?**

Sûrement (0point) très probablement (1point) probablement (2points) possible (3points) probablement pas (4points) sûrement pas (5points).

**2. Pouvez-vous me citer les noms des médicaments que vous prenez ?**

Très bonne (0 point) bonne (1point) Moyenne (2points) Pauvre (3points)

**3. Pouvez-vous me citer les maladies pour lesquelles vous êtes soignées?**

Bonne (0point) Moyenne (1point) Pauvre (2points)

**4. Pouvez-vous me dire, pour quelle maladie correspond chacun de vos médicaments ?**

Bonne (0point) Moyenne (1 point) Pauvre (2points)

**SCORE:...../12**

Nous avons gradué la note de la question 1 en suivant l'échelle de jugement de Likert (*Annexe3*)

<b>GRILLE DE NOTATION QUESTION1</b>	
<b>Evaluation de la réponse</b>	<b>Note</b>
Sûrement	0 point
très probablement	1 point
probablement	2 points
Possible	3 points
probablement pas	4 points
sûrement pas	5 points

*tableau 1 : grille de notation question 1 phase 1*

Concernant la question 2, la question 3, et la question 4, nous avons prédéfini une grille de notation pour chacune des questions. La grille de notation de la question 2 a été élaborée selon le nombre de médicament oublié.

<b>GRILLE DE NOTATION QUESTION2</b>		
<b>Nombre de médicament oublié</b>	<b>Evaluation de la réponse</b>	<b>Note</b>
zéro	très bonne	0 point
un	Bonne	1 point
deux	moyenne	2 points
trois et plus	Pauvre	3 points

*tableau 2 : grille de notation question 2 phase 1*

La grille de notation de la question 3 a été élaborée selon le nombre de maladie oubliée.

<b>GRILLE DE NOTATION QUESTION3</b>		
<b>Nombre de maladie oubliée</b>	<b>Evaluation de la réponse</b>	<b>Note</b>
aucune	Bonne	0 point
une	Moyenne	1 point
deux et plus	Pauvre	2 points

*tableau 3 : grille de notation question 3 phase 1*

Pour ce qui concerne la question 4, l'ordonnance du traitement au long cours était présentée au patient. Ce dernier devait répondre à quelle pathologie correspondait chacun des médicaments présents sur son ordonnance. Chaque mauvaise réponse correspondait à 1 point sur la grille de notation.

<b>GRILLE DE NOTATION QUESTION4</b>		
<b>Nombre de mauvaise réponse</b>	<b>Evaluation de la réponse</b>	<b>Note</b>
aucune	Bonne	0 point
une	Moyenne	1 point
deux et plus	Pauvre	2 points

*tableau 4 : grille de notation question 4 phase 1*

La question 5, ainsi que la question 6 étaient des questions en « OUI/NON » sans note. Le but de ces 2 questions était d'apporter une aide à l'analyse des réponses des questions 2 et 3.



### **4-6-3 ELABORATION DE LA FICHE DE SYNTHÈSE**

A la fin du questionnaire phase 1 et après avoir calculé le score du patient sans lui communiquer la note, la fiche de synthèse était élaborée en sa présence.

La fiche de synthèse avait comme format un papier A4. Elle était personnalisée et en couleur.

Elle devait contenir le nom et le prénom du patient, sa date de naissance, le nom de son médecin traitant, son(ou ses) médecin(s) spécialiste(s) traitant(s), ses allergies marquées en rouge. Figuraient également ses antécédents médicaux présentés en deux colonnes : à gauche, les pathologies chroniques, et à droite les médicaments qui traitent chacune des pathologies.

Chaque ligne devait avoir une couleur différente.

Une aide imagée était apportée à l'aide d'un logo qui représentait la pathologie chronique (*Annexe4*)

La dernière partie de la fiche de synthèse comportait les antécédents chirurgicaux.

La fiche de synthèse était imprimée, expliquée et remise au patient.

Il n'a pas été donné de consignes concernant l'utilisation de cette fiche de synthèse.

Le patient était libre de s'en servir comme il le souhaitait.

Comme elle contenait des informations médicales personnelles, il a été rappelé à chaque patient de conserver sa fiche à l'abri des regards indiscrets afin de respecter la confidentialité des informations.

## EXEMPLE DE FICHE DE SYNTHESE

**Patient :** DUPONT Michel





**Date de naissance :** 18/12/1940 (63 ans)

**Médecin généraliste traitant :** Docteur Thomas

**Médecins spécialistes :** Docteur CHANG (cardiologue), DR DIABOLO(endocrinologue)

**Allergies :** iode

### ANTECEDENTS MEDICAUX

PATHOLOGIES	TRAITEMENTS
  <p style="text-align: center; color: red;"><b>FIBRILLATION AURICULAIRE</b></p>	<p style="color: red;">HEMIGOXINE 0.125 mg 1/J le matin</p> <p style="color: red;">PREVISCAN 20 mg ½ le soir (INR= 2.1 le 12/11/2013)</p>
  <p style="text-align: center; color: orange;"><b>HYPERCHOLESTEROLEMIE</b></p>	<p style="color: orange;">CRESTOR 5 mg 1/j le soir</p>
  <p style="text-align: center; color: green;"><b>DIABETE NON INSULINO DEPENDANT</b></p>	<p style="color: green;">JANUMET 50/1000 1 le matin, 1 le soir</p>
  <p style="text-align: center; color: red;"><b>HTA</b></p>	<p style="color: red;">COVERSYL 5 mg 1 le matin</p>

### ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

APPENDICECTOMIE en 1996/PROTHESE DE GENOU DROIT en 2000

#### **4-6-4 PHASE 2, QUESTIONNAIRE 2**

La deuxième phase a débuté au 1<sup>er</sup> août 2014 et s'est terminée le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

Tous les patients de l'étude ont été revus deux mois après la phase 1.

Le deuxième entretien était réalisé au sein de chacun des cabinets médicaux, dans la même pièce que le premier entretien.

Les conditions de passation du questionnaire phase 2 étaient strictement identiques aux conditions du premier entretien.

La durée de passation du deuxième questionnaire variait de 9 à 17 minutes, avec une durée moyenne de 11 minutes.

Pendant l'entretien, il a été demandé au patient de remplir le questionnaire phase 2 patient

## Questionnaire phase 2 patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Médecin traitant :

**1. Avez-vous l'impression de connaître vos médicaments ?**

sûrement      très probablement      probablement  
possible      probablement pas      sûrement pas

**2. Pouvez-vous me citer les noms des médicaments que vous prenez ?**

---

---

---

---

**3. Pouvez-vous me citer les maladies pour lesquelles vous êtes soignées?**

---

---

---

---

**4. Pouvez-vous me dire, pour quelle maladie correspond chacun de vos médicaments ?**

---

---

---

---

**5. Avez-vous utilisé la fiche de synthèse chez votre médecin traitant ?**

Oui      Non

**6. Avez-vous utilisé la fiche de synthèse chez votre spécialiste ?**

Oui Non

**7. Votre fiche a-t elle été modifiée par votre spécialiste ?**

Oui Non

**8. Avez-vous utilisé la fiche de synthèse lors d'une consultation d'urgence ?**

Oui Non

**9. Cette fiche vous aide t elle à mieux comprendre les maladies pour lesquelles vous êtes soignées et les médicaments qu'on vous prescrit ?**

Tout à fait d'accord      d'accord      indécis  
pas d'accord      pas du tout d'accord

**10. Cette fiche vous aide t elle dans le dialogue avec vos médecins**

Tout à fait d'accord      d'accord      indécis  
Pas d'accord      pas du tout d'accord

**11. Cette fiche vous a t elle aidé à mieux prendre vos médicaments ?**

Tout à fait d'accord      d'accord      indécis  
pas d'accord      pas du tout d'accord

**12. Allez-vous continuer à utiliser cette fiche ?**

Oui Non

**SCORE :...../12**

## Questionnaire d'observance de Girerd

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le questionnaire phase 2 patient a comporté 2 parties.

La première partie a comporté 12 questions.

Les questions 1, 2, 3, et 4 étaient strictement identiques à celles du questionnaire phase 1. Elles étaient notées strictement de la même manière que la notation du questionnaire phase 1. (cf. *tableau1, tableau2, tableau3, tableau4*).

En parallèle au questionnaire phase 1, l'ordonnance du traitement au long cours était présentée au patient à la question 4. Ce dernier devait répondre à quelle pathologie correspondait chacun des médicaments présents sur son ordonnance. Chaque mauvaise réponse correspondait à 1 point sur la grille de notation.

Les questions 5, 6, 7, et 8 étaient des questions en « oui/non » et traitaient de l'utilisation de la fiche de synthèse durant d'éventuelles consultations médicales (médecin traitant, médecin spécialiste, consultation d'urgence).

Les questions 9, 10, 11, et 12 contenaient cinq choix de réponses qui permettaient de nuancer le degré d'accord selon l'échelle de jugement de Likert. Elles avaient pour objectif de traiter le vécu et le ressenti du patient quant à l'intérêt de la fiche de synthèse.

Comme pour le questionnaire phase 1, la deuxième partie comportait le questionnaire d'observance de Girerd défini par 6 items avec 1 point pour chaque « OUI » et un maximum de 6 points.

A la fin de l'entretien le patient était remercié pour sa participation. Le score du questionnaire phase 2 était calculé avec un maximum de 12 points pour la première partie, et de 6 points pour la deuxième partie comme pour le questionnaire phase 1.

#### **4-6-5 ANALYSE STATISTIQUE**

L'analyse statistique des données a été réalisée avec l'aide du statisticien de l'hôpital de l'archet. Nous avons utilisé le test de comparaison de moyenne de Student, et le test de comparaison de variances de Fisher.

# 5-RESULTATS

---

## 5-1 DONNEES DESCRIPTIVES

60 patients ont été inclus. Le nombre de perdus de vue était de 2 patients.

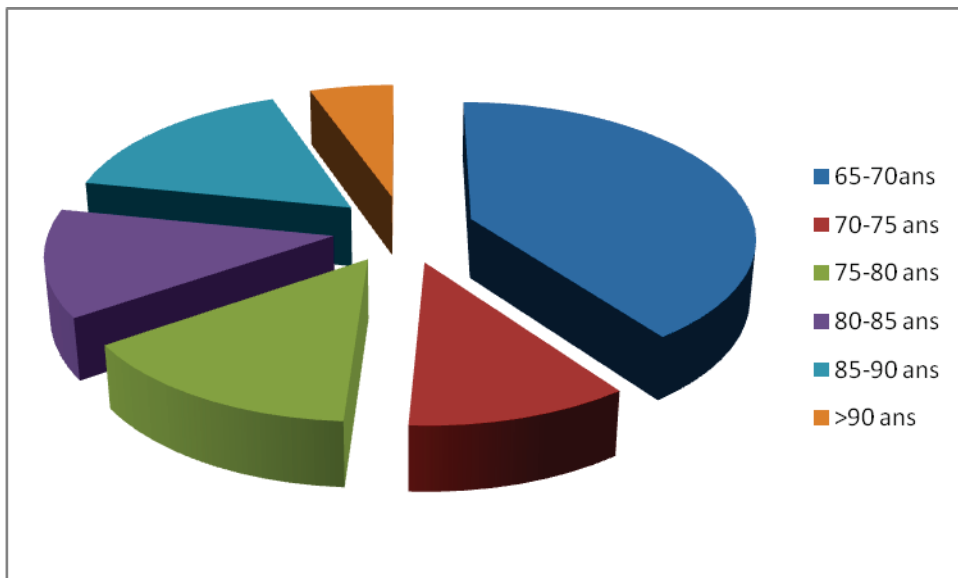
Au total, 58 patients ont participé à notre étude. Le nombre moyen de médicaments était de 6.4.

### 5-1-1 CARACTERSITIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

#### 5-1-1-1 Age

La moyenne d'âge est de 75.8 ans.

#### Age

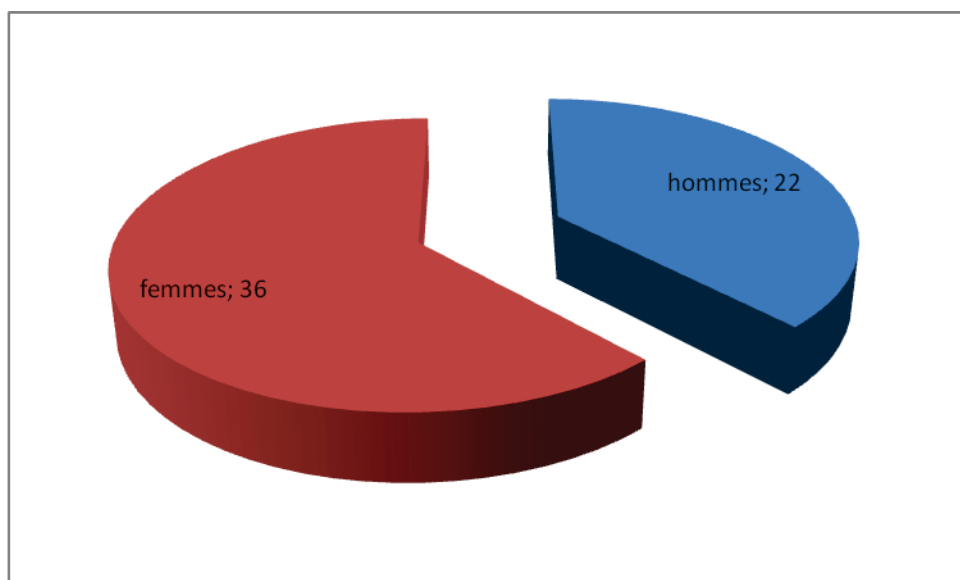




### 5-1-1-2 Sexe

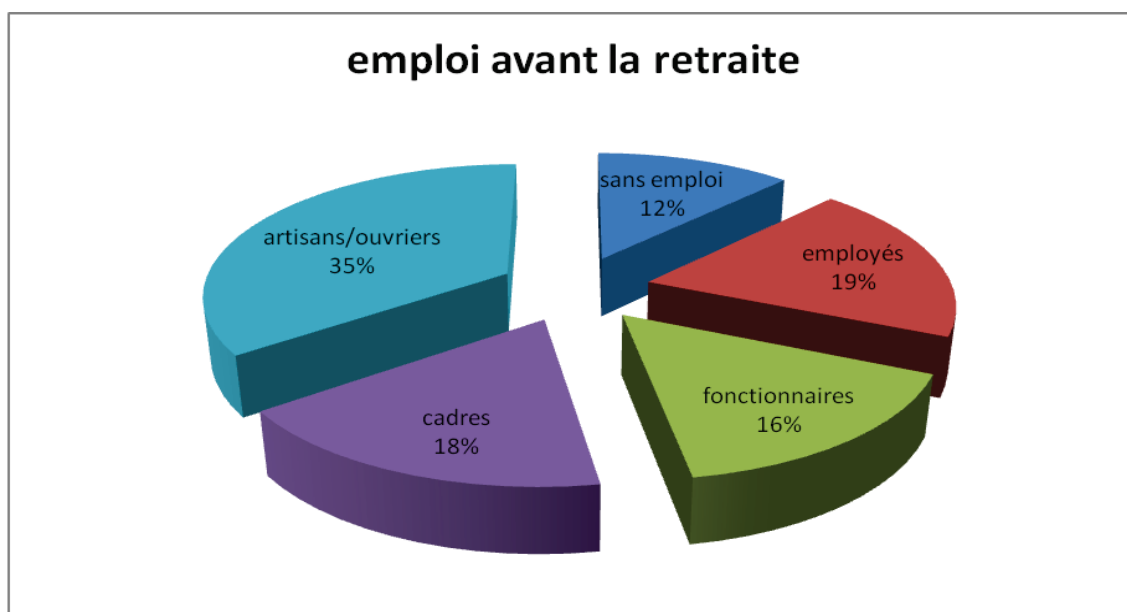
Une majorité de femmes ont été incluse.

#### Sexe



### 5-1-1-3 Catégories professionnelles

Tous les sujets inclus étaient retraités. Nous nous sommes intéressés à leur activité professionnelle avant la retraite. Il y a une grande diversité de catégories socio professionnelles représentées.

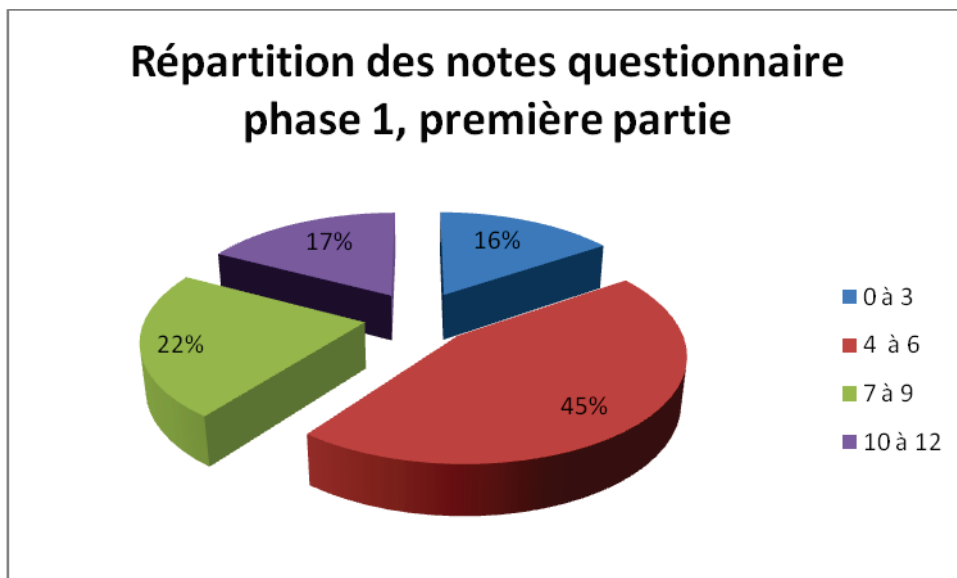


## 5-2 RESULTATS STATISTIQUES QUESTIONNAIRE PHASE1

### 5-2-1 QUESTIONNAIRE PHASE 1, 1<sup>ère</sup> partie

Le score moyen du questionnaire phase 1 était de 6.241 à la première partie.

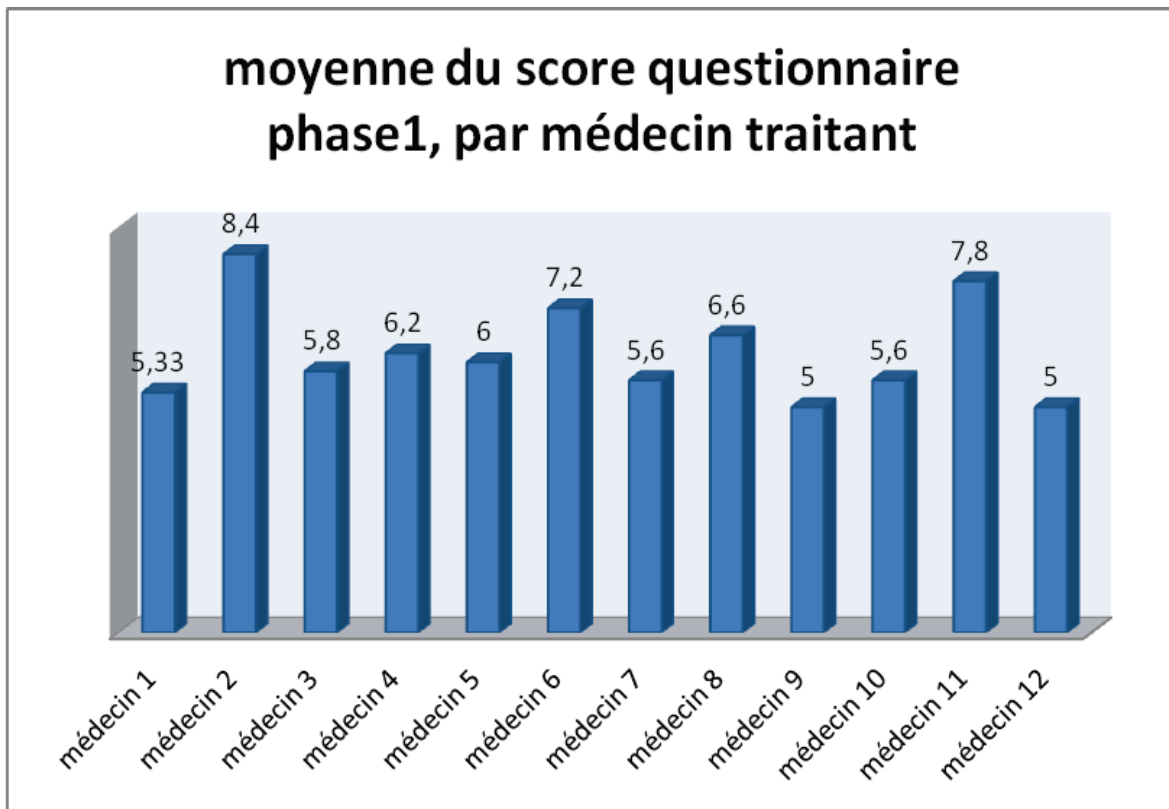
45% des sujets inclus avaient un score entre 4 et 6 à la première partie.



### 5-2-1-1 variabilité en fonction des médecins traitants

Nous avons divisé notre groupe de sujets inclus en sous-groupes en fonction de leur médecin traitant et nous avons calculé la moyenne du score du questionnaire phase 1, première partie par sous-groupe.

Cette moyenne variait de 5 à 8.4.



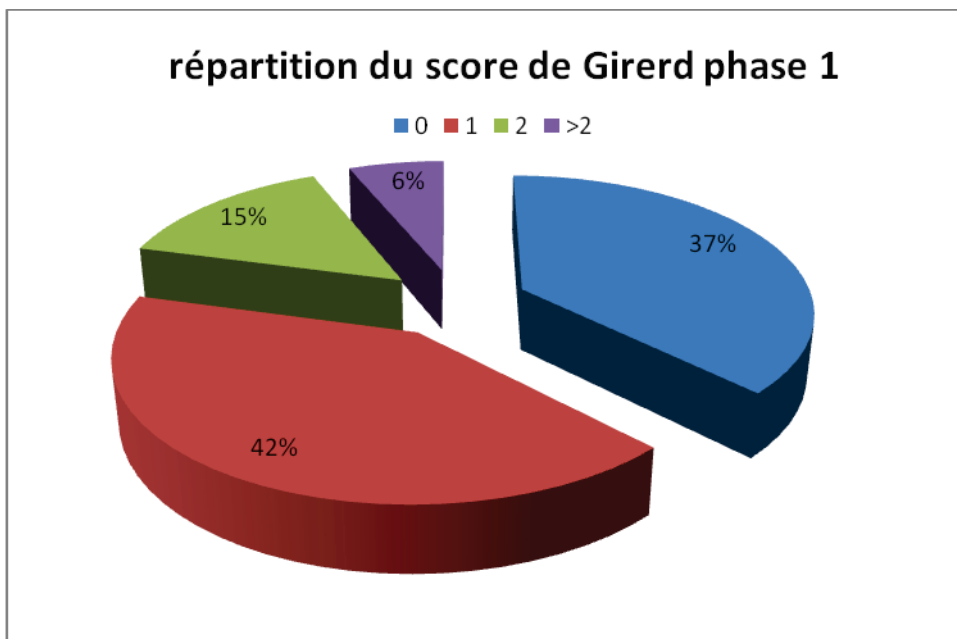
### **5-2-2 QUESTIONNAIRE PHASE 1, SCORE QUESTIONNAIRE DE GIRERD**

La moyenne du score de Girerd dans le questionnaire phase 1 était de 0.91.

37% des sujets inclus étaient de bons observants avec un score de Girerd à zéro.

57% des sujets inclus étaient des non observants mineurs avec un score de Girerd compris entre 0 et 1.

6% des sujets inclus étaient des non observants majeurs avec un score de Girerd supérieur à 2.

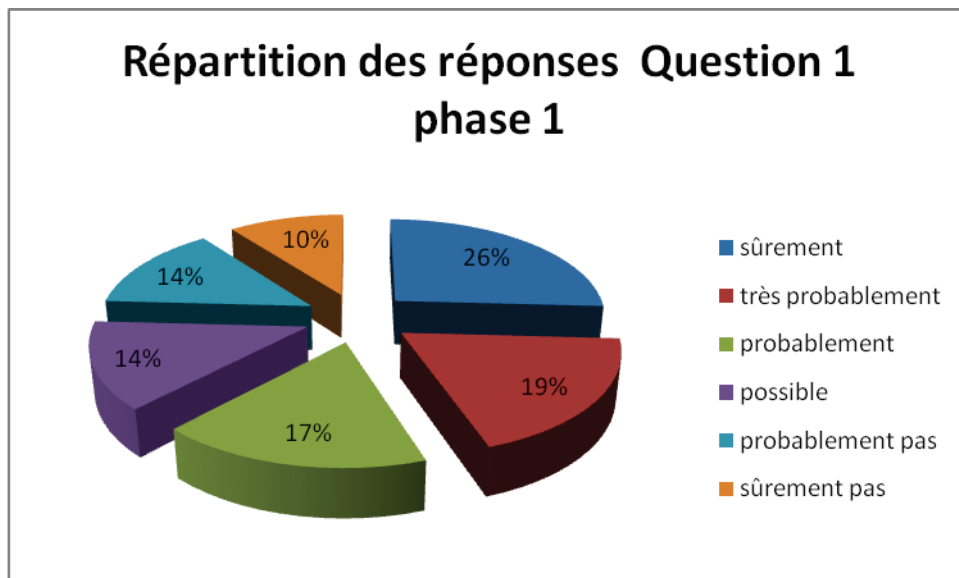


### **5-2-3 QUESTIONNAIRE PHASE 1, QUESTION 1**

La moyenne de la note à la question 1 était de 2.01.

26% des sujets inclus ont affirmé qu'ils connaissaient à 100% leurs médicaments.

10% des sujets inclus étaient sûrs de ne pas connaître leurs médicaments.



### **5-2-4 QUESTIONNAIRE PHASE 1, QUESTION 2**

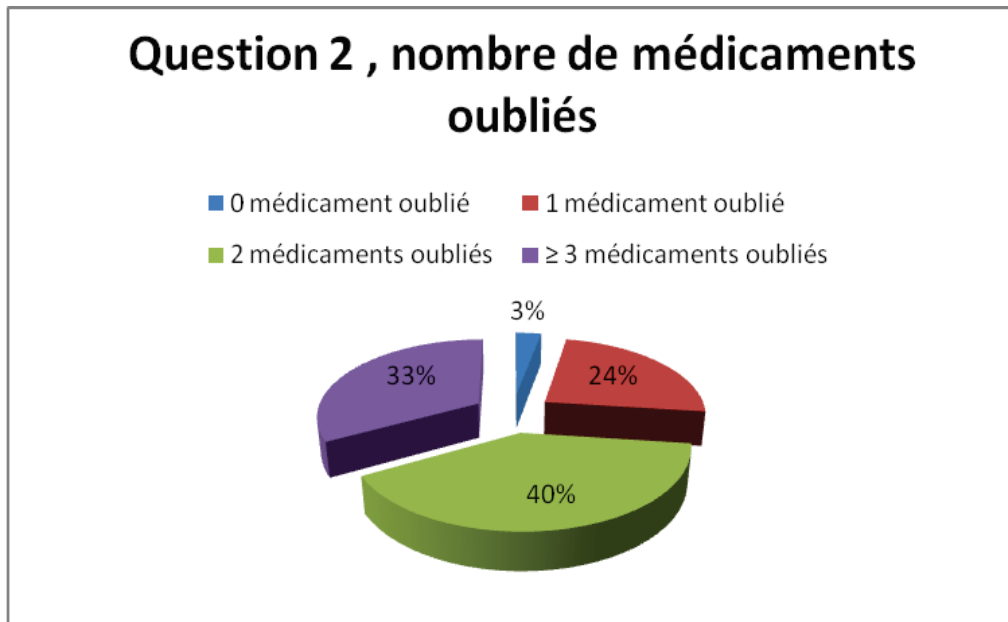
La moyenne de la note obtenue à la question 2 était de 2.01

3% des sujets inclus ont cité tous leurs médicaments.

40% des sujets inclus ont oublié 2 médicaments de leur ordonnance.

24% des sujets inclus n'ont oublié qu'un seul de leurs médicaments de leur ordonnance.

33% des sujets inclus ont oublié au moins 3 médicaments de leur ordonnance.



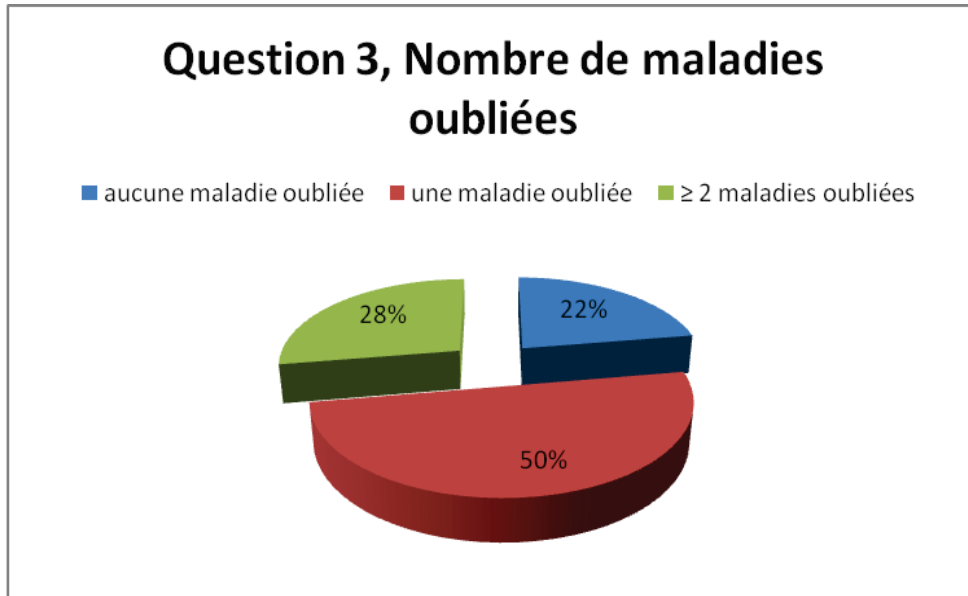
### **5-2-5 QUESTIONNAIRE PHASE 1, QUESTION 3**

La moyenne de la note obtenue à la question 3 était de 1.55.

22% des sujets inclus ont cité toutes leurs pathologies.

50% des sujets inclus ont oublié une seule pathologie.

28% des sujets inclus ont oublié au moins 2 de leurs pathologies.

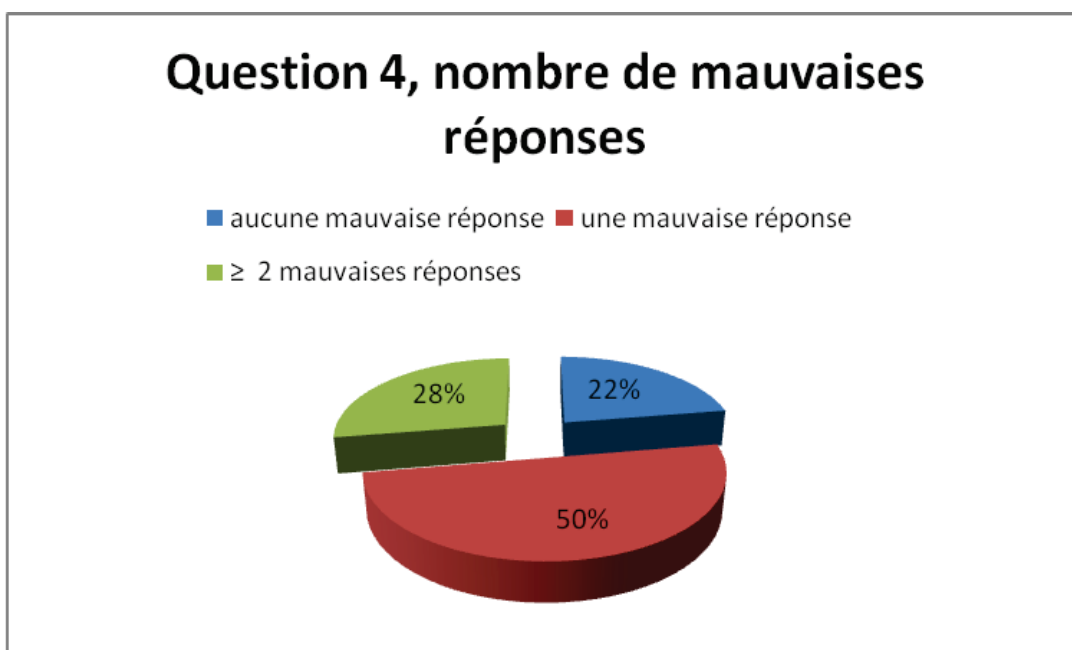


#### 5-2-6 QUESTIONNAIRE PHASE 1, QUESTION 4

La moyenne de la note obtenue à la question 4 était de 1.05.

22% des sujets inclus ont correctement relié chacun de leurs médicaments à la pathologie pour laquelle il a été prescrit.

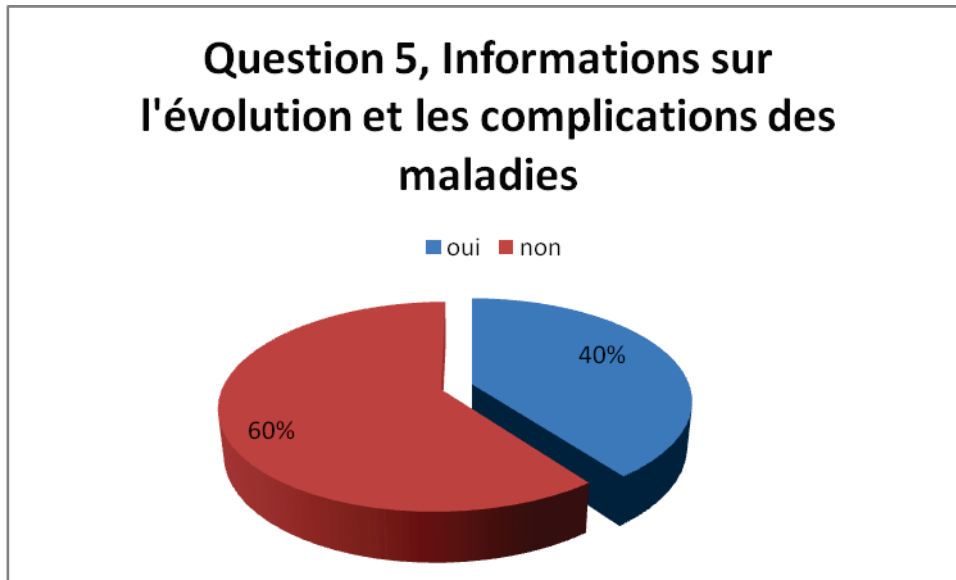
50% des sujets inclus ont fait une erreur en reliant leurs médicaments à la pathologie pour laquelle ils ont été prescrits. 28% des sujets inclus ont fait au moins 2 erreurs en reliant leurs médicaments à la pathologie pour laquelle ils ont été prescrits.



### 5-2-7 QUESTIONNAIRE PHASE 1, QUESTION 5

60% des sujets inclus affirment ne pas avoir reçu d'informations sur l'évolution et les complications des maladies pour lesquelles ils sont soignés.

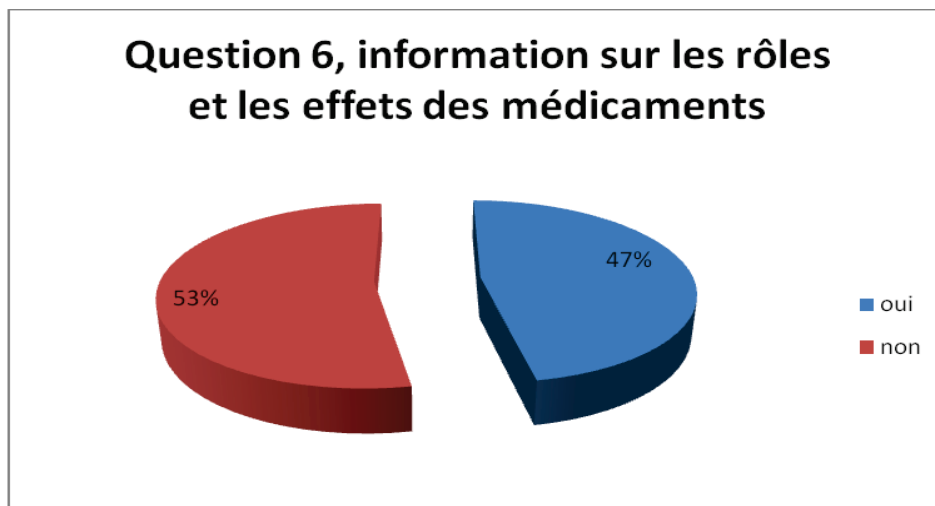
40% des sujets inclus affirment avoir été bien informés sur leurs maladies.



### 5-2-8 QUESTIONNAIRE PHASE 1, QUESTION 6

53% des sujets inclus affirment ne pas avoir reçu d'explications sur le rôle et les effets des médicaments qu'on leur a prescrits.

47% affirment avoir été bien informés sur le rôle et les effets de leurs médicaments.





## 5-3 RESULTATS STATISTIQUES QUESTIONNAIRE PHASE2

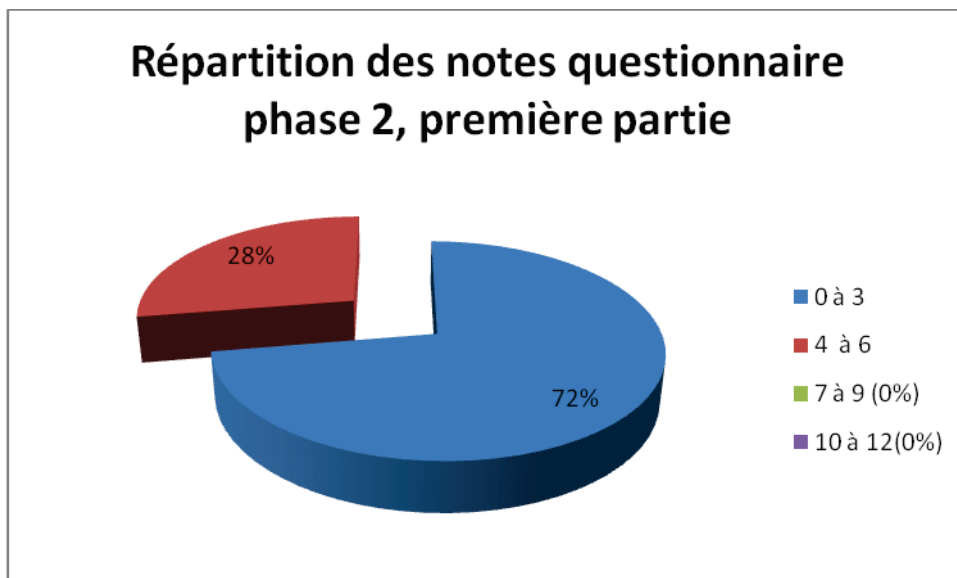
### 5-3-1 QUESTIONNAIRE PHASE 2, 1<sup>ère</sup> PARTIE

Le score moyen du questionnaire phase 2 était de 2.33 à la première partie.

79% des sujets inclus avaient un score entre 0 et 3 à la première partie.

21% des sujets inclus avaient un score entre 3 et 6.

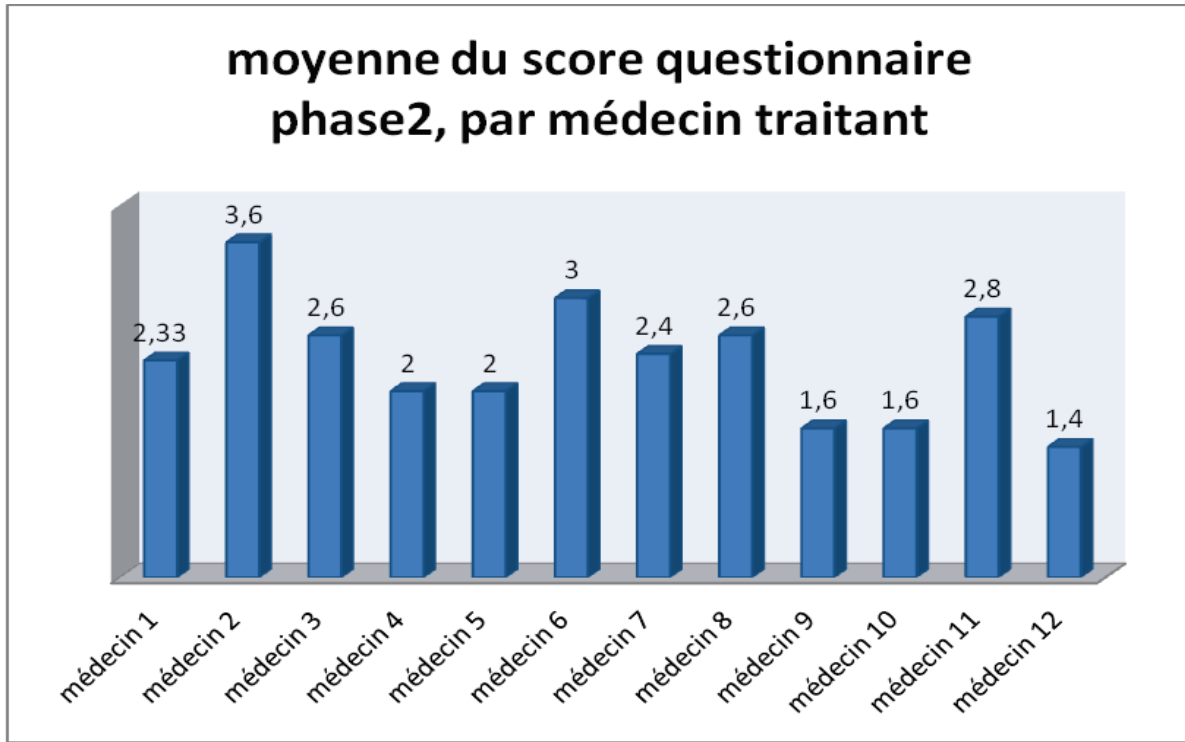
Aucun sujet n'a eu une note supérieure à 5.



#### 5-3-1-1 variabilité en fonction des médecins traitants

Nous avons divisé notre groupe de sujets inclus en sous-groupes en fonction de leur médecin traitant et nous avons calculé la moyenne du score du questionnaire phase 2, 1<sup>ère</sup> partie par sous-groupe.

Cette moyenne variait de 1.4 à 3.6

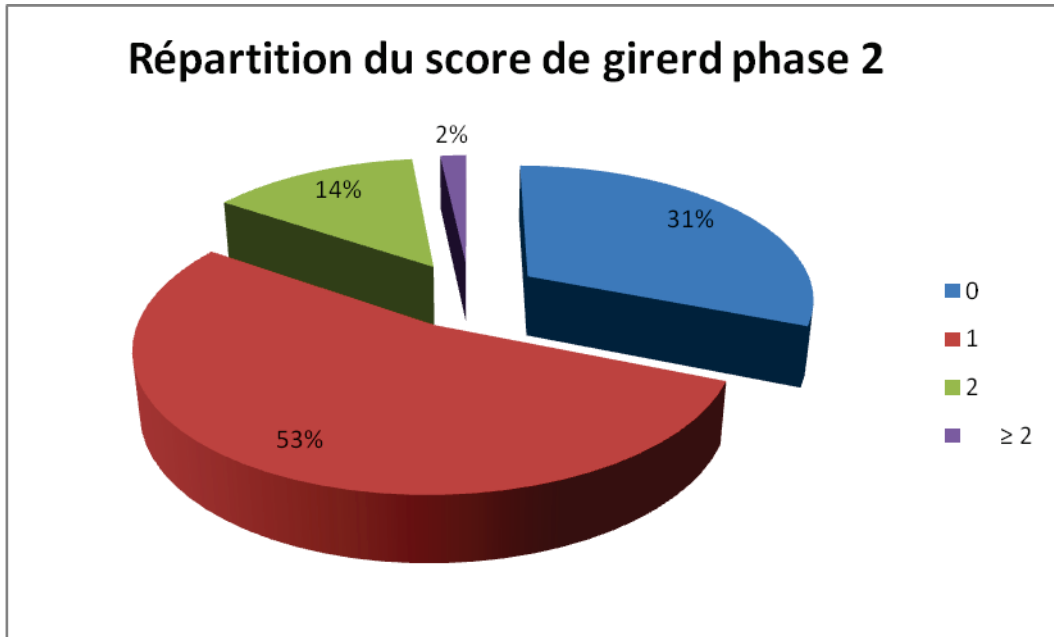


### **5-3-2 QUESTIONNAIRE PHASE 2, SCORE QUESTIONNAIRE DE GIRERD**

31% des sujets inclus étaient de bons observants avec un score de Girerd à zéro.

67% des sujets inclus étaient de non observants mineurs avec un score de Girerd compris entre 1 et 2.

2% des sujets inclus étaient de non observants majeurs avec un score de Girerd supérieur à 2.

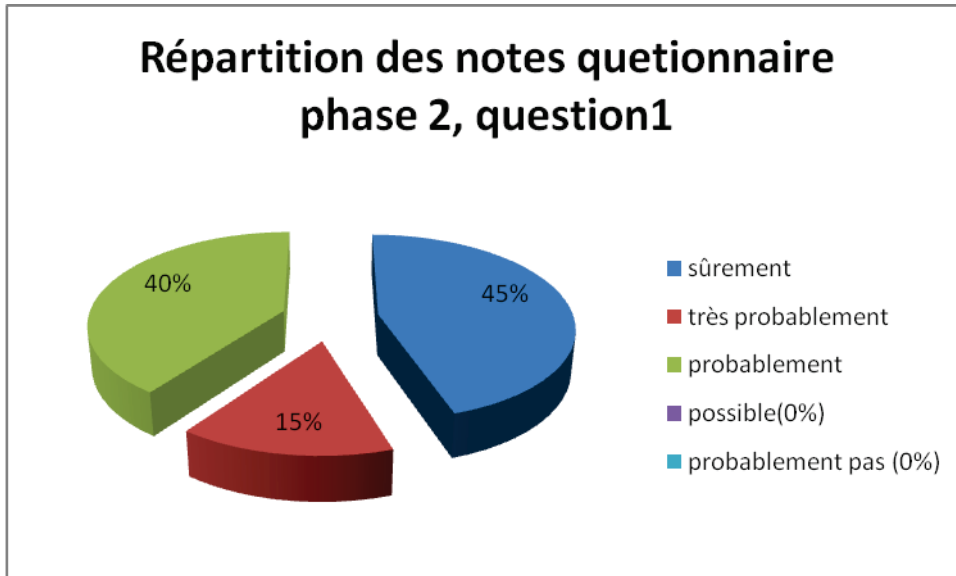


### **5-3-3 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 1**

La moyenne de la note à la question 1 était de 0.76

45% des sujets inclus étaient sûrs de connaître très bien leurs médicaments.

40% des sujets inclus ont affirmé qu'ils connaissaient très probablement leurs médicaments.



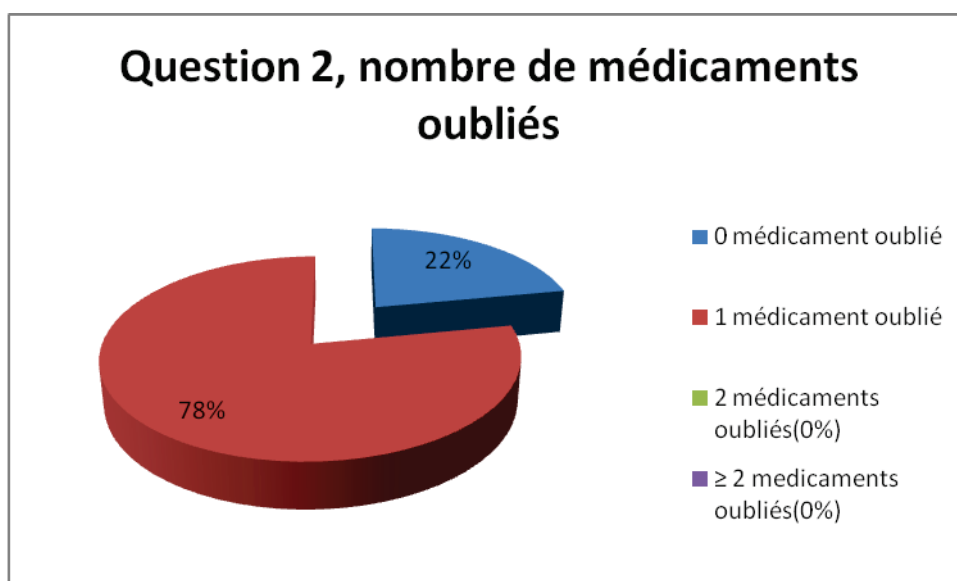
#### 5-3-4 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 2

La moyenne de la note obtenue à la question 2 était de 0.88

22% des sujets inclus ont cité tous leurs médicaments.

78% des sujets inclus ont oublié 1 médicament de leur ordonnance.

Aucun patient n'a oublié plus d'un médicament de son ordonnance.



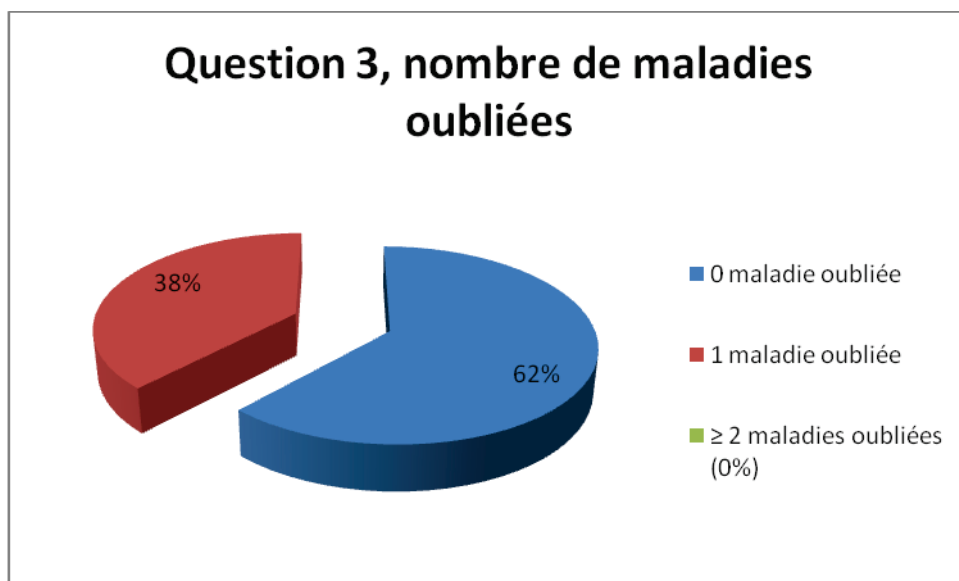
### **5-3-5 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 3**

La moyenne de la note obtenue à la question 3 était de 0.44.

62% des sujets inclus ont cité toutes leurs pathologies.

38% des sujets inclus ont oublié une seule pathologie.

Aucun des sujets inclus n'a oublié plus d'une de ses pathologies.



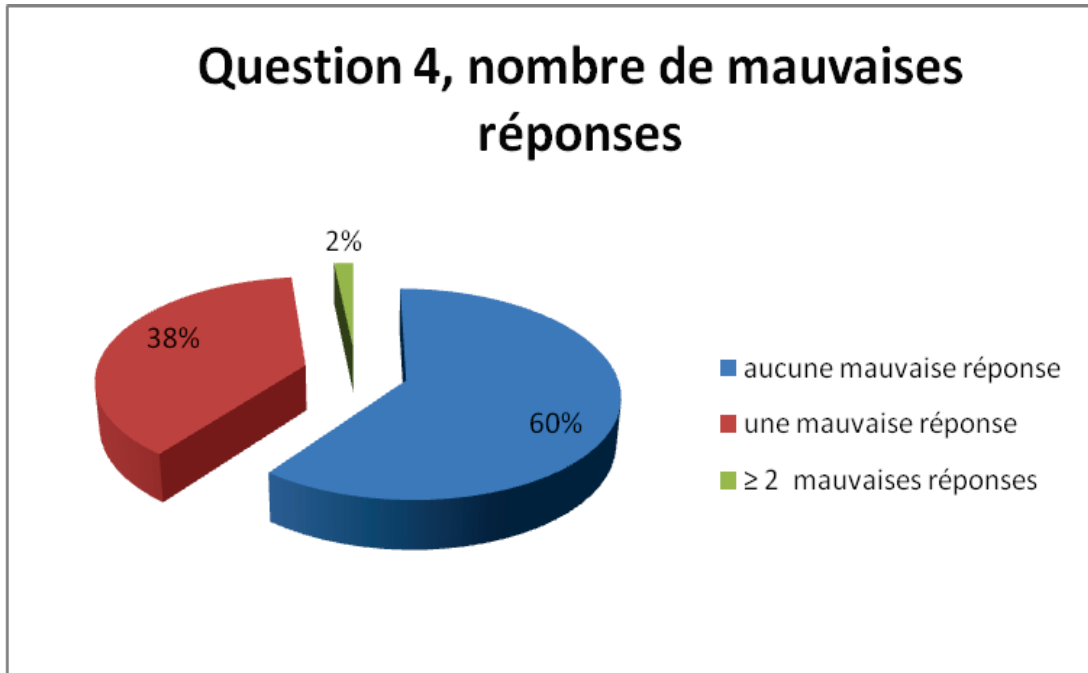
### **5-3-6 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 4**

La moyenne de la note obtenue à la question 3 était de 0.5

60% des sujets inclus ont correctement relié chacun de leurs médicaments aux pathologies pour lesquelles ils ont été prescrits.

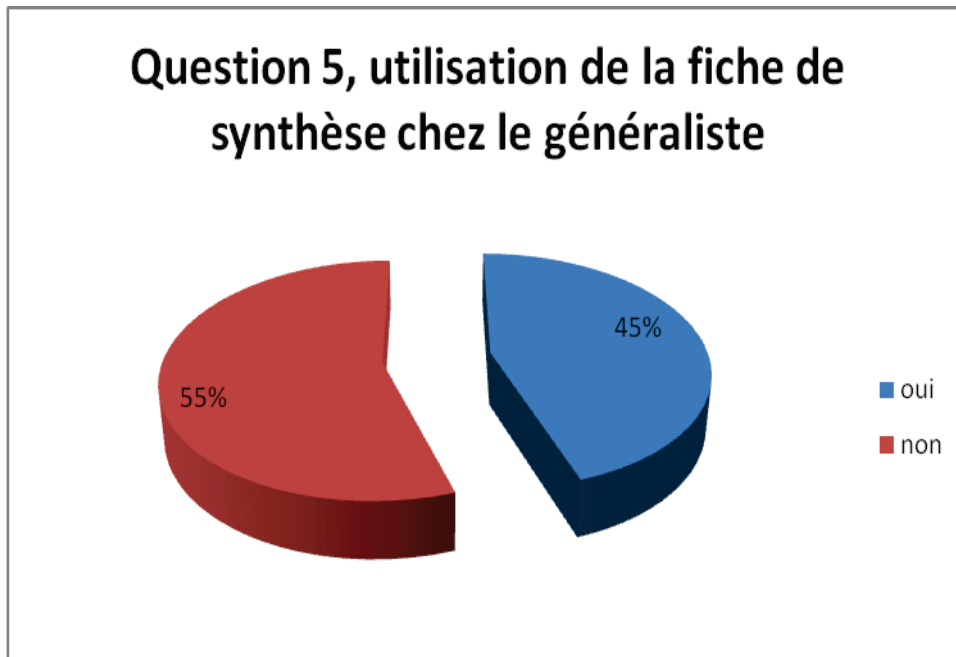
38% des sujets inclus ont fait une erreur en reliant leurs médicaments aux pathologies pour lesquelles ils ont été prescrits.

2% des sujets inclus ont fait au moins 2 erreurs en reliant leurs médicaments aux pathologies pour lesquelles ils ont été prescrits.



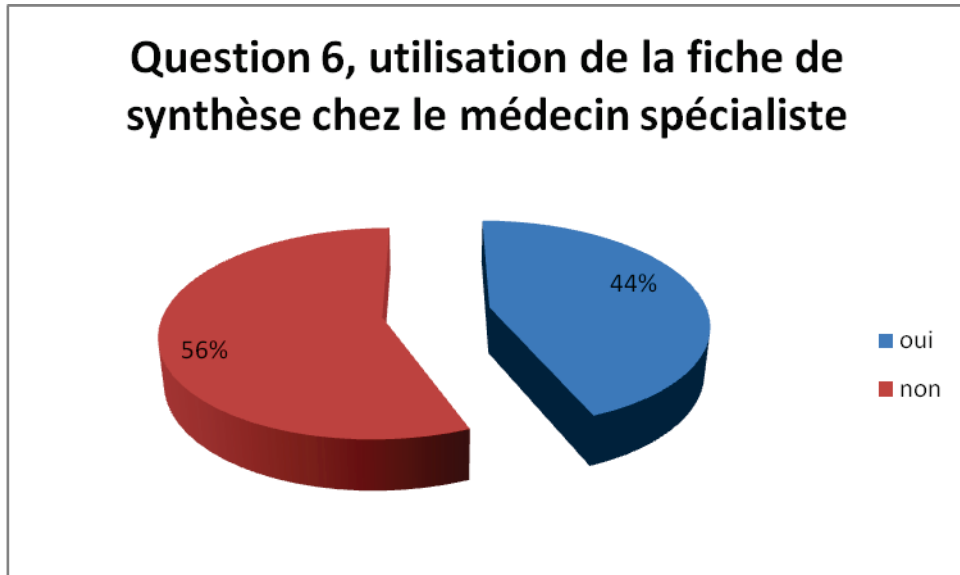
#### 5-3-7 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 5

45% des sujets inclus affirment avoir utilisé la fiche de synthèse pendant la visite chez leur généraliste.



### 5-3-8 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 6

44% des sujets inclus affirment avoir utilisé la fiche de synthèse chez un de leurs spécialistes.

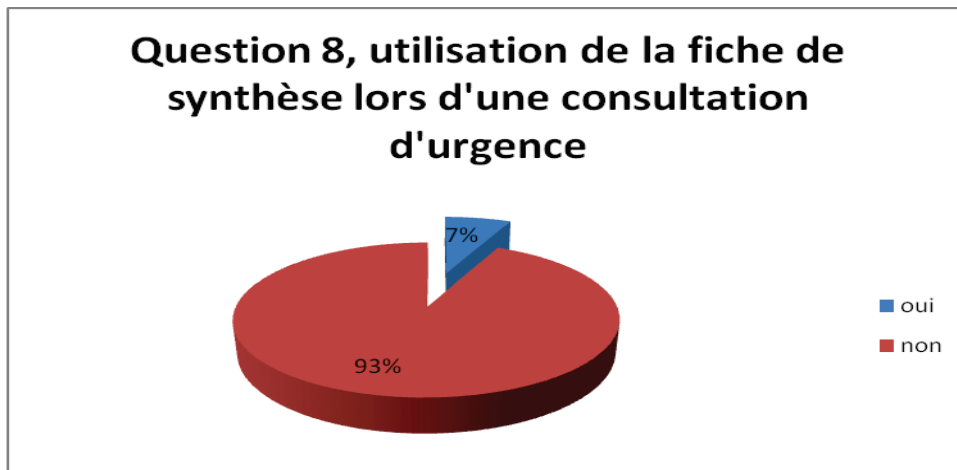


### 5-3-9 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 7

Aucun spécialiste n'a modifié la fiche de synthèse des sujets inclus.

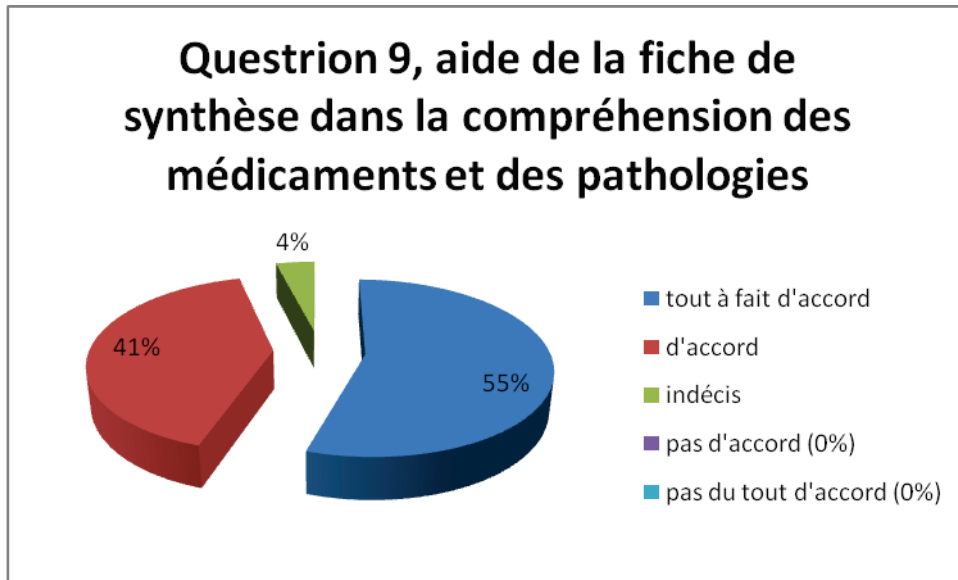
### 5-3-10 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 8

7% des sujets inclus affirment avoir utilisé leur fiche de synthèse lors d'une consultation d'urgence (SOS médecin, urgences hospitalières).



### **5-3-11 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 9**

96% des sujets inclus ont confirmé que la fiche de synthèse les a aidés à mieux comprendre leurs médicaments et leurs pathologies.



### **5-3-12 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 10**

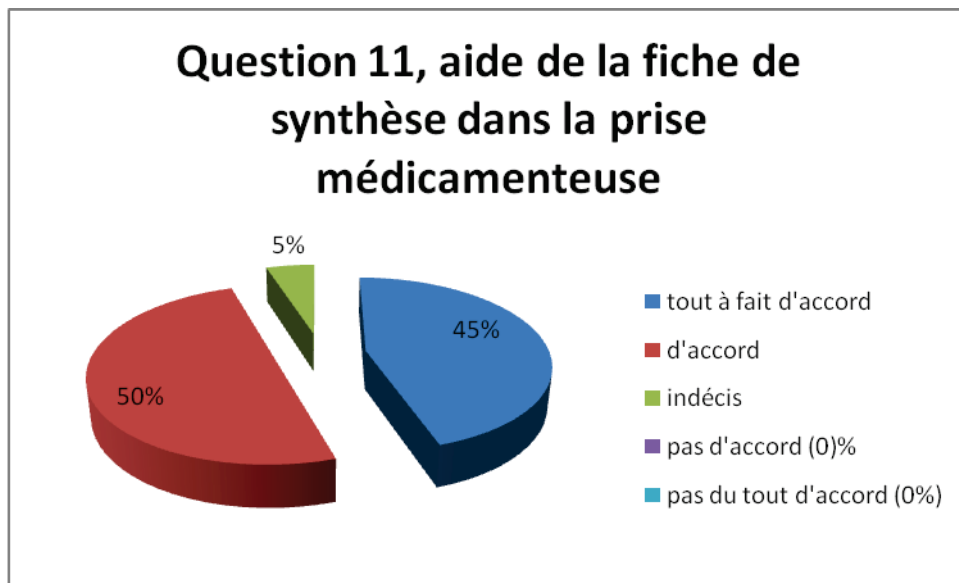
98% des sujets inclus ont confirmé que la fiche de synthèse améliore le dialogue avec leur médecin traitant.





**5-3-13 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 11**

95% des sujets inclus ont confirmé que la fiche de synthèse personnalisée leur a apporté une aide dans la prise de leurs médicaments.

**5-3-14 QUESTIONNAIRE PHASE 2, QUESTION 12**

97% des sujets inclus ont affirmé qu'ils continueront à utiliser la fiche de synthèse.



## 5-4 COMPARAISON DES MOYENNES DES QUESTIONNAIRES PHASE 1 ET PHASE2 APRES LA DIFFUSION DE LA FICHE DE SYNTHESE.

La diffusion de la fiche de synthèse a amélioré le score de la première partie du questionnaire de 62.8% ( $p < 0.05$ ), il y a une différence statistiquement significative entre le score avant et après la diffusion de la fiche de synthèse.

Si on s'intéresse à la note de la première partie, l'amélioration a été homogène en comparant les questions notées.

Quant au score de Girerd, il a été modifié de 5,4% ( $p = 0.08$ ). La différence n'est pas statistiquement significative.

### MISE EN PLACE FICHE DE SYNTHESE



	<b>QUESTIONNAIRE PHASE 1 (moyenne)</b>	<b>QUESTIONNAIRE PHASE 2 (moyenne)</b>	<b>POURCENTAGE D'AMELIORATION</b>
<b>Première partie</b>	6,24	2,32	62,80% ( $p < 0.05$ )
<b>Score de Girerd</b>	0,91	0,86	5,40% ( $p > 0.05$ )
<b>Question 1 (sur 5 points)</b>	2	0,7	65% ( $p < 0.05$ )
<b>Question 2 (sur 3 points)</b>	2,01	0,77	61,70% ( $p < 0.05$ )
<b>Question 3 (sur 2 points)</b>	1,15	0,3	73,90% ( $p < 0.05$ )
<b>Question 4 (sur 2 points)</b>	1,05	0,41	60,10% ( $p < 0.05$ )

# 6-DISCUSSION

---

## 6-1 PRINCIPAUX RESULTATS

La présente étude visait deux objectifs. L'objectif principal était de mesurer l'impact d'une fiche de synthèse personnalisée sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse par des patients âgés de plus de 60 ans polymédiqués et atteints de maladies chroniques, n'ayant aucun trouble cognitif.

La fiche de synthèse personnalisée a eu un impact important sur la compréhension des médicaments et des maladies, et le rapport entre chacun des médicaments et la pathologie pour laquelle il a été prescrit.

Elle a amélioré de 62.8% le score obtenu à la première partie du questionnaire.

95% des sujets inclus ont confirmé que la fiche de synthèse personnalisée leur a apporté une aide dans la prise de leurs médicaments.

97% des sujets inclus ont affirmé qu'ils continueront à utiliser la fiche de synthèse.

98% des sujets inclus ont confirmé que la fiche de synthèse améliore le dialogue avec leur médecin traitant.

96% des sujets inclus ont confirmé que la fiche de synthèse les a aidés à mieux comprendre leurs médicaments et leurs pathologies.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de cette fiche de synthèse sur l'observance du traitement.

L'impact de la fiche de synthèse n'a pas été considérable et le score de Girerd a été baissé de 5% après la diffusion de la fiche.

## **6-2 VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE**

### **6-2-1 LA METHODOLOGIE**

La pertinence de notre étude est basée sur son originalité.

Traiter de la compréhension des médicaments, et de l'observance thérapeutique est un sujet d'actualité et l'éducation thérapeutique est devenue une priorité de santé publique.<sup>20</sup>

Cependant, aucune étude n'a proposé à ce jour l'élaboration d'une fiche de synthèse personnalisée pour aider les patients à mieux comprendre leurs médicaments et leurs pathologies. C'est dans ce contexte que nous avons opté pour une étude quantitative, d'intervention, avec élaboration d'un questionnaire, et passation du questionnaire en entretiens individuels.

L'intérêt d'un questionnaire est de mesurer les critères de jugement sous la forme de réponses standardisées, qui vont pouvoir être codées et analysées. Le questionnaire nous aura permis un recueil fiable, sensible et adapté au contexte de l'étude.

L'importance d'un questionnaire écrit est de laisser au patient le temps de la réflexion. Nous avons utilisé l'échelle de Likert pour guider les réponses et faciliter le codage.<sup>21</sup>

## **6-2-2 LES PRINCIPAUX BIAIS**

### **6-2-2-1 Biais de sélection**

Nous avons limité ce biais en prenant au hasard et par ordre d'arrivée au cabinet médical les patients qui correspondaient aux critères d'inclusion.

### **6-2-2-2 Biais de confusion**

Nous avons choisi de répartir le nombre de sujets nécessaire à notre étude sur 12 cabinets, ce qui correspondait à 5 sujets inclus par cabinet. Or, chaque médecin traitant a une approche éducative différente pour ses patients. Chaque médecin traitant consacre un certain temps pour expliquer à son patient ses pathologies et le rôle et les effets des médicaments qu'il lui a prescrits.

Pour éviter un biais de confusion, nous devions inclure 58 sujets dans 58 cabinets de médecine générale différents. Cela aurait été possible mais aurait pris beaucoup plus de temps avec un risque accru de perdus de vue.

Le recueil de données nécessaire pour ce travail a été long, et a nécessité un investissement personnel et logistique important pour limiter le nombre de perdus de vue.

Nous avons essayé de limiter ce biais en tirant au sort les 12 cabinets de médecine générale.

### **6-2-2-3 Biais d'investigation**

Ce biais se caractérise dans notre étude par le fait que le questionnaire a été élaboré par moi-même et mon directeur de thèse. J'ai réalisé seul tous les entretiens de l'étude. Le choix de réaliser seul les entretiens a été judicieux car malgré la clarté et la simplicité des questions, certaines réponses se sont avérées inadaptées aux questions et j'ai pu reformuler la question pour une meilleure compréhension.

Nous aurions peut être pu limiter ce biais en demandant à un autre étudiant en médecine de faire passer le questionnaire.

## 6-3 VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE





### 6-3-1 COMPARAISON AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

Notre étude se rapproche d'une étude parue récemment dans le journal « *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement* »<sup>18</sup>, qui a étudié les effets du mode de présentation des prescriptions médicales sur leur compréhension, selon un format verbal ou imagé chez des sujets âgés en bonne santé et des patients atteints de maladie d'Alzheimer.

Les participants ont été interrogés sur des prescriptions médicales présentées selon deux formats : avec instructions verbales seules ou avec instructions verbales combinées à leurs représentations imagées.

Les résultats ont montré que la compréhension des prescriptions médicales par les sujets âgés sains et par les patients avec maladie d'Alzheimer était facilitée par la présentation combinée des deux formats.

L'aide imagée était apportée par un tableau d'aide analogique. Dans une première colonne étaient indiqués les noms complets des médicaments. Chacune des 4 colonnes suivantes correspondait à un des 4 moments usuels de prise des médicaments, indiqués par les mentions « matin », « midi », « soir » et « coucher » et suivis d'une icône.

	<i>Matin</i> 	<i>Midi</i> 	<i>Soir</i> 	<i>Coucher</i> 
<i>Voltarène</i> 25 mg	●	●	●	
<i>Efferalgan</i> 500 mg	●	●	●	●
<i>Clastoban</i> 400 mg	●●		●●	
<i>Loxen</i> 20 mg	●	●	●	
<i>Motilium</i>	●●	●●	●●	
<i>Ludiomil</i> 25 mg	●●	●●	●●	
<i>Buspar</i>	●	●	●	
<i>Novonorm</i> 1 mg	●●		●●	●●
<i>Imovane</i>				●
<i>Aspro</i> 500 mg		●	●	●

Les stratégies consistant à simplifier la présentation de l'information ont déjà fait preuve de leur efficacité pour la prise de décision chez les sujets âgés sains.<sup>22</sup>

Les niveaux d'éducation des patients sont généralement corrélés avec des niveaux de compréhension. Même chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques ou de troubles cognitifs, certaines interventions éducatives permettent de remédier aux déficits de la compréhension.<sup>22</sup>

Notre étude est complémentaire à celle présentée ci-dessus. Si cette étude traite l'apport d'une aide imagée à la compréhension des prescriptions médicales afin d'améliorer la prise médicamenteuse, notre étude traite en amont de l'apport d'aide imagée à la compréhension des pathologies, des médicaments, et le lien entre les pathologies et les médicaments.

### **6-3-2 FICHE DE SYNTHÈSE ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE**

L'éducation thérapeutique dont il est largement mentionné dans les publications récentes et qui a fait l'objet d'un guide méthodologique par la HAS<sup>23</sup> se définit par: *«une stratégie visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie».*

Elle doit se développer et concourir à l'amélioration de la connaissance des traitements par les patients.

Selon la HAS, les outils pédagogiques sont conçus pour aider à la réalisation de l'activité éducative. Ils permettent d'harmoniser les contenus éducatifs, les messages, et de remettre aux patients des documents de type outils d'aide à la décision, aide-mémoire, etc. Ils ne remplacent en aucun cas une interaction entre le soignant et le patient.<sup>23</sup>

Ont été retrouvés dans la littérature les outils pédagogiques suivants :

- Des supports d'information : affiche, brochure, synthèses.
- Des supports d'animation : classeur-imagier, bande audio ou vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, matériel de soins, jeux, etc.

La fiche de synthèse personnalisée pourrait être un des outils pédagogiques utilisés pour l'éducation thérapeutique du patient.



### **6-3-3 FICHE DE SYNTHÈSE ET OBSERVANCE**

Améliorer l'information sur les traitements et les pathologies pour lesquelles sont prescrits ces traitements permet d'améliorer l'observance ultérieure. Le manque d'information et un trop grand nombre de médicaments prescrits sont en défaveur de l'observance. Plus les patients participent à la thérapeutique, moins ils ont tendance à arrêter leurs traitements. Une meilleure compréhension de l'ordonnance permet une meilleure observance <sup>24</sup>

Notre fiche de synthèse a démontré son efficacité à améliorer la compréhension de l'ordonnance, des pathologies, et des médicaments.

Cependant, le score de Girerd n'a pas été suffisamment modifié après diffusion de la fiche de synthèse.

Cela pourrait s'expliquer par la durée relativement courte (2 mois) entre la diffusion de la fiche de synthèse et la passation du 2<sup>ème</sup> questionnaire.

Il existe aussi un item dans le questionnaire de Girerd où la diffusion de la fiche de synthèse intervient peu :(pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?)

Par ailleurs cela nous conforte dans l'idée que la démarche éducative est complexe et qu'elle comporte plusieurs axes de travail qui permettront d'atteindre un objectif primordial : une meilleure compliance au traitement pour chaque patient.

La compréhension de l'ordonnance médicamenteuse et des pathologies ne permet pas à elle seule d'assurer une meilleure compliance au traitement.

Le médecin généraliste se doit d'établir avec son patient une relation de confiance.

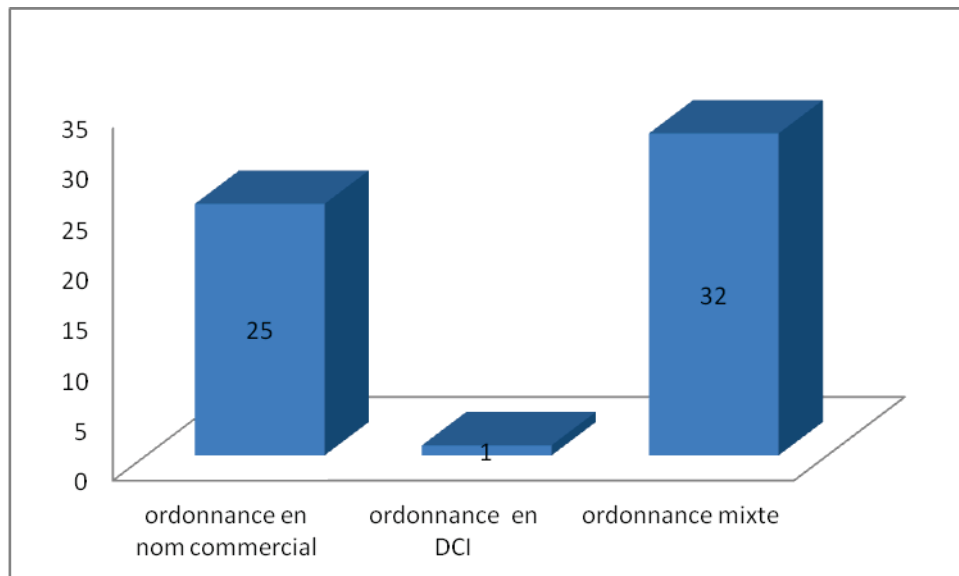
Ce climat d'assurance et de confiance va permettre au médecin traitant d'avoir une force de conviction quant aux traitements qu'il prescrit à son patient.

### **6-3-4 INFLUENCE DES MEDICAMENTS GENERIQUES**

L'élaboration de la fiche de synthèse personnalisée s'est faite en se référant exactement à la prescription médicamenteuse inscrite sur l'ordonnance du patient.

Les ordonnances des sujets inclus étaient établies avec des prescriptions médicamenteuses en nom commercial ou en dénomination commune internationale (DCI). Plusieurs ordonnances comportaient des prescriptions de médicaments en nom commercial et des médicaments en DCI.

Un seul sujet avait son ordonnance avec uniquement des prescriptions en DCI.



J'ai constaté pendant la passation du questionnaire phase 1 que les sujets interrogés qui détenaient des prescriptions en DCI, avaient des difficultés à se souvenir du nom des médicaments et des indications relatives à ces médicaments.

Dans son livre traitant des génériques<sup>24</sup>, le docteur Boukris cite « *les personnes âgées, fortes consommatrices de médicaments, reconnaissent leur médicaments à la forme, la taille, la couleur, parfois le goût et, plus rarement, à son nom. Imposer DCI*

*comme on le fait avec les génériques, vouloir faire mémoriser une formule chimique à une personne âgée et malade, donc en situation de vulnérabilité, c'est ne rien comprendre à la relation entre soignants et soignés !*

Dans un article paru dans le magazine *Thérapie*<sup>25</sup>, il est cité le cas «chez une patiente de 75 ans, insuffisante cardiaque, un épisode de décompensation cardiaque aiguë à minima ne s'améliorait pas malgré le traitement diurétique prescrit parce qu'elle ne prenait pas le furosémide délivré à la place du lasilix® car elle ne connaissait pas ce médicament. »

Une autre étude publiée dans le magazine *Thérapie* avait comme objectif d'évaluer l'attitude des patients de plus de 50 ans envers les médicaments génériques. L'étude a conclu que les patients interrogés sont globalement satisfaits des médicaments génériques. Les médecins traitants sont dans une position idéale pour informer leurs patients sur l'équivalence des médicaments génériques avec les princeps.

Une étude<sup>26</sup> a été réalisée en Allemagne sur 804 patients âgés de plus de 66 ans dans 31 cabinets de médecine générale. Ces patients ont été interrogés à l'aide d'un auto-questionnaire pour étudier l'influence de l'âge, du sexe, de l'éducation, de la maladie, et de la connaissance des médicaments génériques, sur leur utilisation. Près des deux tiers des patients (509/804) ont déclaré qu'ils savaient la différence entre les médicaments de marque et les médicaments génériques. De ce nombre, un tiers n'étaient pas satisfaits de l'information fournie par leurs médecins généralistes et 37% des patients ont exprimé leur scepticisme général pour les médicaments génériques en raison de leur prix inférieur.

Cette attitude était plus fréquente chez ceux qui estiment que la prescription des génériques a été "inventé" pour résoudre la crise financière dans le système d'assurance de santé allemand à leur frais.

Les Médecins sont dans une position idéale pour informer leurs patients de manière adéquate sur l'équivalence de marque et les médicaments génériques.

Des efforts doivent être développés pour délivrer une information adéquate aux patients.

L'éducation des patients est la meilleure méthode pour une bonne utilisation des médicaments génériques.

De même, Rémi Ringuier et al<sup>27</sup> rapportent que les patients de plus de 75 ans, connaissent moins bien le rôle et la définition des médicaments génériques que les autres et que leur potentiel d'acceptation de la substitution est moins grand. Or ces patients font partie des plus « gros consommateurs » de médicaments.

La « sous information » de ce groupe de patients, qui représente près de 12 % de la population, est probablement en partie liée au fait que l'introduction des médicaments génériques est récente et postérieure à l'initiation de la plupart de leurs traitements

Compte tenu de l'importance des dépenses qui leur sont consacrées, ils doivent cependant rester une « cible » pour leurs médecins traitants avec un message qui reste probablement à adapter

L'Académie de Médecine propose, dans son communiqué sur la prescription des médicaments chez la personne âgée, que la réglementation régissant la prescription des génériques impose que la substitution soit plus claire et non ambiguë, aussi bien du fait de l'aspect et de la présentation des produits, que des interventions des prescripteurs et des dispensateurs.<sup>28</sup>

### **6-3-5 Dossier Médical Personnel**

#### **6-3-5-1 Description**

Le dossier médical personnel (DMP) est un projet public lancé par le ministère français de la Santé visant à ce que chaque Français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant tout son passé et son actualité médicale. Le projet est lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.<sup>29</sup>

Face aux défis majeurs que représentent notamment le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, le Dossier Médical Personnel est un outil moderne et performant qui permet d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins pour tous grâce à la traçabilité de l'information, à une meilleure communication médecin/malade, et à la transmission des informations entre professionnels de santé.

Conçu pour faciliter l'accès du patient à ses données de santé, le DMP entend aussi l'inciter à participer davantage à sa prise en charge et à devenir acteur de sa propre santé. Proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'assurance maladie, il est mis en place par l'agence des systèmes d'information partagés de santé sous l'égide du ministère des affaires sociales et de la santé.<sup>30</sup>

Le but de la création du DMP est d'améliorer la prise en charge des malades par un partage de l'information médicale au moyen d'un outil moderne associant le patient et son/ses médecin(s). Les progrès attendus concernaient :

- une meilleure prise en compte de la santé de la personne dans sa globalité, dans un contexte marqué par une très grande spécialisation et donc un risque de parcellisation.
- une meilleure coordination des intervenants, médecins de ville et praticiens hospitaliers, et une prise en charge plus adaptée.
- une continuité des soins mieux assurée.
- la suppression des actes répétitifs inutiles et des accidents liés à une mauvaise association de médicaments (iatrogénie).
- une plus grande qualité des soins résultant de l'effort de collecte et de partage de l'information utile, le malade et les différents professionnels de santé participant, chacun dans son rôle, à l'acte de soins.<sup>31</sup>

Le système est opérationnel depuis mai 2011, et au 14 février 2015, 532 596 DMP ont été créés.<sup>30</sup>

### **6-3-5-2 Contenu**

Le Dossier Médical Personnel contient notamment les informations suivantes :

I – des données permettant d'identifier le titulaire du dossier médical personnel comportant son nom de famille, ou le nom d'usage si l'intéressé le demande, son prénom usuel, sa date de naissance, l'identifiant permettant l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel, les informations permettant d'identifier son médecin traitant ainsi que les informations techniques, permettant de s'assurer de l'identification de la personne.

II - l'ensemble des données suivantes concourant à la coordination, la qualité, la continuité des soins et la prévention, notamment :

- Des données médicales générales : les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels, les synthèses, les certificats médicaux, l'historique des consultations médicales et chirurgicales, les allergies et intolérances reconnues, les vaccinations, les prothèses et appareillages en place.

- Des données de soins : les résultats d'examens biologiques, les comptes rendus d'actes diagnostiques, les comptes rendus d'actes thérapeutiques, le bilan d'évaluation de la perte d'autonomie, les bilans fonctionnels par auxiliaire médical, les conclusions de télé médecine, les comptes rendus de séjours hospitaliers et les lettres de sortie, les pathologies en cours, les traitements prescrits ou administrés, le suivi de soins par auxiliaire médical, les protocoles de soins, notamment ceux relatifs aux affections de longue durée.
- Des données de prévention : les facteurs de risques individuels, les comptes rendus d'acte diagnostique à visée préventive, les comptes rendus d'acte thérapeutique à visée préventive, les traitements préventifs prescrits ou administrés, le calendrier des vaccinations et des actes de prévention.
- Des images radiologiques ou toute autre imagerie médicale.

III - un espace d'expression du titulaire comportant les informations qu'il inscrit pour les porter à la connaissance des professionnels de santé et comprenant notamment la mention indiquant qu'il a eu connaissance des dispositions de la réglementation sur le don d'organe ainsi que les coordonnées d'une personne à prévenir en cas de nécessité. Cet espace peut également contenir les informations rendant accessibles les directives anticipées.<sup>31</sup>

### **6-3-5-3 Utilisation par les généralistes**

Une étude récemment réalisée <sup>32</sup>, auprès de 185 médecins généralistes, dont le but était d'évaluer les connaissances des médecins généralistes interrogés sur le DMP, a montré qu'une grande majorité (82%) de médecins ne connaissaient pas les principes du DMP, ni ses différents aspects, et ceci indépendamment de leur âge, leur mode d'exercice ou leur lieu d'installation.

Or, une majorité des médecins interrogés possédaient un logiciel métier compatible avec le DMP. Ils sont majoritaires à désirer participer à une action de formation sur le DMP.

Le manque d'information semble être responsable de la faible proportion de DMP créé.

### **6-3-5-3 Fiche de synthèse et DMP**

L'originalité de notre fiche de synthèse personnalisée tient au lien établi entre les maladies et les médicaments prescrits respectivement pour le traitement de ces maladies. La création d'une fiche de synthèse personnalisée est simple, rapide, et ne nécessite aucune formation.

En attendant la bonne installation du DMP en France, il serait utile de créer une fiche de synthèse personnalisée pour chacun des patients ayant une maladie chronique nécessitant une polymédication.

Dans le futur, nous pourrions aussi envisager l'inclusion de notre fiche de synthèse personnalisée dans le DMP.

## 7-CONCLUSION

---

Le vieillissement progressif de la population vient souligner l'augmentation avec l'âge de la fréquence des maladies chroniques et la consommation de médicaments.

L'association de telles affections incite à une prescription pluri-médicamenteuse qu'il est important de réévaluer régulièrement. Ces multiples prescriptions peuvent être source d'erreurs potentiellement dangereuses pour leur santé, elles peuvent entraîner des confusions de médicaments et de leur posologie.

Le bon usage des médicaments chez les personnes âgées est donc un véritable enjeu de santé publique.

Le médecin généraliste doit se préoccuper quotidiennement de l'observance d'un traitement chronique. Il est nécessaire qu'il soit davantage sensibilisé à cette problématique, pour mieux la détecter, et trouver des solutions avec le patient. Vérifier que le patient adhère au traitement est une des missions du médecin traitant.

L'éducation thérapeutique semble être un outil précieux aussi bien pour le patient que pour le soignant.

Le médecin traitant se doit d'apporter à ses patients les outils et les moyens qui leur permettent de prendre leur santé en mains, d'effectuer les bons choix et d'adopter de meilleures habitudes d'utilisation des médicaments.

L'élaboration d'une fiche de synthèse personnalisée illustrant le lien entre les pathologies et les médicaments prescrits pour les traiter a un impact majeur sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse par des patients âgés de plus de 60 ans polymédiqués sans trouble cognitif.



La majorité des sujets inclus dans notre étude ont confirmé que la fiche de synthèse les a aidés à mieux comprendre leurs médicaments et leurs pathologies, leur a apporté une aide dans la prise de leurs médicaments, et a amélioré le dialogue avec leur médecins traitants. De plus, la majorité a exprimé son intention de continuer d'utiliser la fiche de synthèse.

Par contre, notre fiche de synthèse n'a pas eu d'effet sur l'observance médicamenteuse des patients. Cela peut s'expliquer par un délai relativement court (2 mois) entre la passation des deux questionnaires. Il serait intéressant d'étudier l'impact de notre fiche de synthèse sur l'observance après une période plus longue (6 mois, 1 an) mais également d'appréhender les autres composantes intervenant dans une meilleure compliance thérapeutique du patient.

## 8-RESUME

---

**Introduction-** La polymédication chez le sujet âgé, est fréquente et souvent légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, et diminue l'observance des traitements. La fréquence de la non-adhésion chez la personne âgée souffrant de pathologies sévères concerne 40 à 60% de la population analysée. Certaines études montrent que la connaissance des médicaments, et la compréhension de leur rôle ont un impact sur l'adhésion au traitement médicamenteux.

**Objectifs-** L'objectif principal de notre étude est de mesurer l'impact d'une fiche de synthèse personnalisée sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse par des patients âgés de plus de 60 ans sans trouble cognitif polymédiqués et atteints de maladies chroniques. L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact de cette fiche de synthèse sur l'observance du traitement.

**Matériels et méthodes-** une étude prospective comparative, multicentrique, par questionnaire, avant et après l'élaboration et la diffusion d'une fiche de synthèse personnalisée expliquant l'association entre les médicaments prescrits et les pathologies traitées, a été menée entre juin et décembre 2014. Nous avons inclus 58 patients âgés de plus de 60 ans sans trouble cognitif avéré, atteints de pathologies chroniques, et prenant plus de quatre médicaments par jour.

**Résultats-** La diffusion de la fiche de synthèse a amélioré de façon statistiquement significative le score de la première partie du questionnaire de 62.8% ( $p < 0.05$ ). Cette amélioration a été homogène sur l'ensemble des questions de cette première partie. Sur la deuxième partie du questionnaire comportant le score d'observance de Girerd, la différence avant et après diffusion n'a pas été statistiquement significative (5,4% ;  $p = 0.08$ ).

**Conclusion-** L'élaboration d'une fiche de synthèse personnalisée, illustrant le lien entre les pathologies et les médicaments prescrits pour les traiter, a un impact majeur sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse. Une étude de l'ensemble des composantes qui contribuerait à améliorer l'observance thérapeutique est à réaliser. Notre fiche de synthèse traite seulement le facteur de la non compréhension.

**Mots clés -** Etude quantitative ; fiche de synthèse personnalisée ; compréhension de l'ordonnance ; observance.

## 9-BIBLIOGRAPHIE

---

1. LEGRAIN Sylvie. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé, consommation, prescription, iatrogénie et observance. HAS. (2006).
2. Cours des comptes 2012. [http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/eclairage\\_maladie\\_consommation\\_medicamenteuse\\_personnes\\_agees.pdf](http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_consommation_medicamenteuse_personnes_agees.pdf). (2012).
3. AFFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. (2008).
4. [www.ameli.fr/prevenir-la-iatrogenie-medicamenteuse](http://www.ameli.fr/prevenir-la-iatrogenie-medicamenteuse).  
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevenir-la-iatrogenie-medicamenteuse.php>.
5. PMSA, Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, prévention de la iatrogénie. Plateforme d'échange HAS Plénière annuelle. (2012).
6. SOBEL A. "L'observance en matière de santé". *Presse Med.* (1997).
7. SCNHEIDER P. "L'adhésion thérapeutique du patient âgé ambulatoire : quels déterminants et quel soutien" *Rev Med Suisse.* (2013).
8. SCHENN A. "Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions". *Rev Med Liege.* (2010).
9. MICHALSEN A. "Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure". *Heart.* (1998).
10. GURWITZ JH, "Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting". *JAMA.* (2003).
11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). "Adherence to long- term therapies. Evidence for action. [Http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/](Http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/)". (2003).
12. GALLOIS, Pierre. "L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ?" *Medecine* Volume 2. (2006).
13. Baudrant-Boga Magalie. "Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2". Université Joseph-Fourier - Grenoble. (2010).

14. LEMAIRE Patrick. "Psychologie du vieillissement: Une perspective cognitive". Ouvertures psychologiques. (2005).
15. ROSSI Jean pierre. Psychologie de la mémoire: De la mémoire épisodique à la mémoire sémantique. Ouvertures psychologiques. (2006).
16. PIKETTY Eloi. "La personne âgée connaît elle ses médicaments", université paris VII. (1995).
17. Dossier de presse lancement de l'outil national Mobiquat. Ministère des affaires sociales et de la santé. Dépression/Prévention du suicide à domicile.
18. MONFORT Emmanuel." Apport d'une aide imagée à la compréhension de prescriptions médicales chez des sujets âgés et des patients atteints de maladie d'Alzheimer". *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*. (2010).
19. [http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/73/echelles\\_attitude\\_likert](http://questionnaire-pro.fr/accueil/articles/73/echelles_attitude_likert).
20. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf).
21. FRAPPE Paul. "Initiation à la recherche". La revue du praticien. (2011).
22. Laura B. "Enhancing Informed Consent for Research and Treatment". *Neuropsychopharmacology*. (2001).
23. HAS Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. (2007).
24. Boukris S. "Médicaments génériques: la grande arnaque". Editions Du Moment. (2013).
25. ADAM Magalie. "l'atrogénèse des médicaments génériques en gériatrie». *Thérapie*. (2011).
26. HIMMEL W. et al." What do primary care patients think about generic drugs?" *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.* (2005).
27. RINGUIER.R " Connaissance et perceptions des médicaments génériques après 50 ans." *Thérapie*. (2008)
28. Académie nationale de médecine. La prescription des médicaments chez la personne âgée. (2000).
29. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
30. [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr).

31. DOOR Jean Pierre. Rapport d'information, déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le dossier médical personnel. (2008).
32. OUMAKHLOUF Lydia. Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation. Université Pierre et Marie Curie, Paris VI. (2014).

# 10-ANNEXES

---

## Annexe 1 : consentement éclairé écrit

# Consentement

Je, soussigné \_\_\_\_\_ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulé :

« Ordonnance médicamenteuse en médecine générale : impact d'une fiche de synthèse personnalisée pour améliorer la compréhension des traitements par le patient ».

Investigateur principal (Docteur OSMAN ALI) :

But de l'étude : Amélioration de la compréhension et de l'intégration des traitements par les patients de plus de 60 ans atteints de maladies chroniques (ALD) en médecine de ville grâce à l'élaboration d'une fiche de synthèse individuelle et personnalisée pour le patient.

Signature :

## Annexe 2 : Mini Mental State Examination

### Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

#### Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?\*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?\*\*
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

#### Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- |            |               |                 |                          |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | <i>Clé</i>    | <i>Tulipe</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i>   | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

#### Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?\*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?\*\*

#### Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |               |                 |                          |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur  | <i>Clé</i>    | <i>Tulipe</i>   | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte  | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i>   | <input type="checkbox"/> |

#### Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?\*   
 Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?\*\*   
 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »\*\*\*

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »\*\*\*\*

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

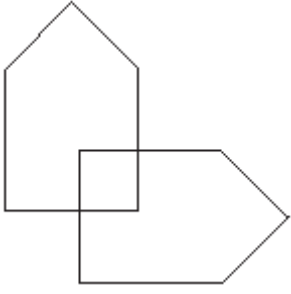
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

#### Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



**Score : /30**



### Annexe 3 : Echelle de Likert

Exemples d'échelle de Likert						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
d'accord agree	pas d'accord disagree					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
bonne good	moyenne fair	pauvre poor				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
souvent often	parfois sometimes	rarement seldom	jamais never			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
tout à fait d'accord strongly agree	d'accord agree	undecided indécis	d'accord disagree	pas du tout d'accord strongly disagree		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
toujours always	souvent very frequently	parfois occasionally	rarement rarely	jamais never		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
surement definitely	très probablement very probably	probablement probably	possible possibly	probablement pas probably not	surement pas definitely not	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
extrêmement utile extremely useful	très utile quite useful	utile slightly useful	neutre neutral	inutile slightly useless	très inutile quite useless	parfaitement inutile extremely useless

**Annexe 4 : Exemple de logos utilisés pour la fiche de synthèse**



Hypercholestérolémie



HTA



Diabète



Gastrite



Dépression



Risque cardiovasculaire



Arthrose



AVC

## **LISTE DES ACRONYMES**

OMS : Organisation mondiale de la santé.

AMM : Autorisation de mise sur le marché.

HAS : Haute autorité de santé.

ALD : Affection de longue durée.

MMSE : Mini-Mental State Examination.

CHU: Centre hospitalier universitaire.

SOS: Save Our Souls.

DCI : Dénomination commune internationale.

DMP : Dossier médical personnel.

# 11-SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## RESUME

**Introduction-** La polymédication chez le sujet âgé, est fréquente et souvent légitime. Mais elle augmente le risque iatrogénique, et diminue l'observance des traitements. La fréquence de la non-adhésion chez la personne âgée souffrant de pathologies sévères concerne 40 à 60% de la population analysée. Certaines études montrent que la connaissance des médicaments, et la compréhension de leur rôle ont un impact sur l'adhésion au traitement médicamenteux.

**Objectifs-** L'objectif principal de notre étude est de mesurer l'impact d'une fiche de synthèse personnalisée sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse par des patients âgés de plus de 60 ans sans trouble cognitif polymédiqués et atteints de maladies chroniques. L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact de cette fiche de synthèse sur l'observance du traitement.

**Matériels et méthodes-** une étude prospective comparative, multicentrique, par questionnaire, avant et après l'élaboration et la diffusion d'une fiche de synthèse personnalisée expliquant l'association entre les médicaments prescrits et les pathologies traitées, a été menée entre juin et décembre 2014. Nous avons inclus 58 patients âgés de plus de 60 ans sans trouble cognitif avéré, atteints de pathologies chroniques, et prenant plus de quatre médicaments par jour.

**Résultats-** La diffusion de la fiche de synthèse a amélioré de façon statistiquement significative le score de la première partie du questionnaire de 62.8% ( $p < 0.05$ ). Cette amélioration a été homogène sur l'ensemble des questions de cette première partie. Sur la deuxième partie du questionnaire comportant le score d'observance de Girerd, la différence avant et après diffusion n'a pas été statistiquement significative (5,4% ;  $p = 0.08$ ).

**Conclusion-** L'élaboration d'une fiche de synthèse personnalisée, illustrant le lien entre les pathologies et les médicaments prescrits pour les traiter, a un impact majeur sur la compréhension de l'ordonnance médicamenteuse. Une étude de l'ensemble des composantes qui contribuerait à améliorer l'observance thérapeutique est à réaliser. Notre fiche de synthèse traite seulement le facteur de la non compréhension.

**Mots clés -** Etude quantitative ; fiche de synthèse personnalisée ; compréhension de l'ordonnance ; observance.