



Évaluation de la compréhension de l'ordonnance par la personne âgée de plus de 65 ans non dépendante, à la sortie d'une consultation pour une pathologie aiguë en médecine générale : à propos de 55 consultations chez des patients varois

Basile Ivacheff

► To cite this version:

Basile Ivacheff. Évaluation de la compréhension de l'ordonnance par la personne âgée de plus de 65 ans non dépendante, à la sortie d'une consultation pour une pathologie aiguë en médecine générale : à propos de 55 consultations chez des patients varois. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01362235

HAL Id: dumas-01362235

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01362235>

Submitted on 8 Sep 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 DE NICE

ANNÉE 2016

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

**Evaluation de la compréhension de l'ordonnance par la personne
âgée de plus de 65 ans non dépendante, à la sortie d'une
consultation pour une pathologie aiguë en médecine générale
A propos de 55 consultations chez des patients varois**

Présentée et soutenue le 03/02/2016

Par IVACHEFF Basile

Né le 2 août 1982 à Aix-en-Provence

JURY

Président : Professeur SAUTRON Jean-Baptiste

Assesseurs : Professeur GARDON Gilles

Professeur STACCINI Pascal

Directeur de thèse : Docteur MILLOUR Patrick

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
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 VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	

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	Ophtalmologie (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-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
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)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
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)
M	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.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
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.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
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)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

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.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
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)
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	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	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	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

À Monsieur le Professeur Sautron,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury de thèse. Merci pour vos conseils qui ont été indispensables à la qualité de mon travail. Veuillez recevoir toute ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Gardon,

Vous m'avez accompagné lors de ma première année de GEASP, vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse, et je vous en remercie. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Staccini,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Veuillez recevoir ici toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Millour,

Vous m'avez fait connaître la médecine générale et son fonctionnement, vous avez accepté de diriger mon travail, je vous en remercie. Depuis quelques années déjà, je travaille à vos côtés, et je vous remercie de m'avoir mis le pied à l'étrier.

Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon amitié très sincère.

Aux médecins et aux professeurs qui m'ont formé depuis le début et à tous ceux qui m'accompagnent encore dans l'apprentissage de la médecine.

Aux Docteurs Mounaud, Vitrac, Allamandi, merci pour votre confiance et votre sympathie.

A l'équipe du Docteur Valerio et notamment Mr Mejdoubi du département d'information médicale de l'hôpital de Fréjus Saint Raphaël pour leur aide précieuse dans l'analyse des résultats.

À mon amour, avec toi ma vie à pris du sens, merci pour tout l'amour que tu m'apporte, tu m'as offert nos petits anges... Je t'aime. PS: Merci pour les heures passées à me relire... ☺

Lily-Rose, mon petit Cul-cul..., ca y est papa va arrêter de faire sa thèse... ne change rien.

Arthur, mon Cliclou, arrête de faire des bêtises! Toi aussi continu comme ça ...

Mon père, m'aurais-tu donné un certain goût pour la médecine???

Ma mère, merci de m'avoir supporté dans la première année!... lol

Merci pour votre éducation et votre amour qui m'a permis de m'épanouir dans la vie, merci d'avoir cru en moi et permis de faire ces études dans de si bonnes conditions...

À mon frère Adrien, à ma sœur Lara, et à toutes leurs valeurs ajoutées!

Ryzou, Ugo... et le petit dernier, TOTOR !

On vous Kiffe!

À toute ma famille, belle famille, proches et moins proches, je pense fort à vous...

Papi cocotte ... spéciale dédicace.

À tous nos amis, qui compte beaucoup pour nous,

Les amis d'Aix... et tous leurs bambins...

Les amis de Saint Raph....

Les amis de médecine...

Merci de nous entourer et de passer tant de bons moments ensemble...

Plan

1/ Introduction.....	12
2/Mise au point des connaissances sur le sujet	13
2.1 La population âgée, une population grandissante et fragile.....	13
2.1.1 Démographie française, la population âgée en France est en augmentation.....	13
2.1.2 Le concept de population gériatrique, un concept récent	14
2.1.3 La population gériatrique, une population fragile	14
2.1.4 Coût de la Santé des personnes âgées	15
2.2 Pathologie aigue en médecine générale.....	15
2.3 L'ordonnance en médecine générale en France.....	16
2.3.1 Etat des lieux.....	16
2.3.2 Critères de compréhension de l'ordonnance.....	18
2.4 Prise médicamenteuse et iatrogénie en gériatrie.....	19
2.4.1 La population âgée, polypathologie et multiplication des traitements.....	19
2.4.2 Iatrogénie en France.....	20
2.4.3 Pistes pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse du sujet âgé.....	20
3/Phase exploratoire de notre travail	22
3.1 Naissance du projet.....	22
3.2 Nombre de sujets à inclure dans l'enquête.....	22
3.3 Phases de test.....	23
3.4 Acquisition de la méthodologie finale.....	25
4/Matériel et Méthode.....	26
4.1 Type d'étude.....	26
4.2 Population étudiée.....	26
4.3 Les médecins participants à notre enquête.....	26
4.4 Recueil des données.....	27

4.4.1 Le questionnaire (annexe 1).....	27
4.4.2 Lieu de recueil	29
4.4.3 Mode de recueil	29
4.4.4 Collecte et analyse des donnés.....	30
4.5 Taille de l'échantillon.....	30
4.6 Critères retenus pour analyse de la compréhension de l'ordonnance par les patients.....	30
4.7 Connaissance de l'indication et des effets indésirables des traitements prescrits.....	32
5/Résultats.....	33
5.1. Description de l'échantillon.....	33
5.1.1 Les patients	33
5.1.2 La consultation et son ordonnance.....	36
5.1.3 La connaissance de l'ordonnance par les patients.....	38
5.1.4 Les caractéristiques des médecins participant à notre Enquête.....	40
5.1.5 Le calendrier des traitements.....	40
5.1.6 Les génériques un frein à la compréhension de l'ordonnance?.....	41
5.2 Appariement statistique.....	41
5.3 Analyse bi variée des résultats.....	43
5.3.1 Les facteurs influençant la compréhension de l'ordonnance.....	43
5.3.2 Les facteurs influençant la connaissance de l'indication des traitements.....	45
5.3.3 Les facteurs influençant la connaissance des effets indésirables des traitements	47
6/Discussion.....	49
6.1 Méthodologie.....	49
6.2 Mieux comprendre les médicaments, une exigence déontologique et un enjeu thérapeutique.....	50
6.2.1 Connaître les médicaments, un devoir déontologique.....	50
6.2.2 Connaître les médicaments, un enjeu thérapeutique.....	51
6.3 Forces de notre travail.....	51

6.4 Faiblesses de notre travail	52
6.4.1 Les biais de notre étude	52
6.4.2 Les limites de notre étude	55
6.5 Les résultats	57
6.5.1 Principaux résultats de l'étude	57
6.5.2 Les patients	59
6.5.3 Les médecins	60
6.5.4 Les erreurs de compréhension de l'ordonnance par les patients	60
6.5.5 Connaissance de l'indication et des effets indésirables des traitements	62
6.5.6 Modalité de consultation et compréhension globale de l'ordonnance	63
6.6 Comparaisons avec les autres études	63
6.7 Comment améliorer la compréhension des ordonnances	64
6.7.1 La place du médecin	64
6.7.2 La place du patient	68
6.7.3 La place du pharmacien	68
6.8 Perspectives	69
7/ Conclusion	70
8/ Bibliographie	72
9/ Annexe, questionnaire	78
10/ Serment d'Hippocrate	81

1/ Introduction

L'exercice de la médecine générale nécessite pour le médecin la maîtrise de la compétence de premier recours [54]. En dehors du suivi des patients, le médecin généraliste prend en charge les pathologies aiguës des patients [52].

Avec le vieillissement de la population, les consultations avec les seniors augmentent [1.2.3] . Cette consultation a des caractéristiques propres à la population gériatrique et nécessite une adaptation des pratiques médicales du médecin.

L'aboutissement de la consultation en médecine générale est trop souvent la rédaction d'une ordonnance médicamenteuse délivrée au patient [17.18]. Elle est le résultat d'une analyse de la situation, des comorbidités, d'une réflexion diagnostique, et d'un choix thérapeutique approprié à chaque patient après négociation [55].

La bonne compréhension de l'ordonnance est source d'efficacité thérapeutique et fait partie de l'éducation thérapeutique du patient [56.57].

L'objectif initial de notre travail est de mesurer la compréhension de l'ordonnance de médecine générale par la population âgée de plus de 65 ans, lors d'une consultation pour une pathologie aiguë.

Les objectifs secondaires recherchent un lien entre les critères socioculturels de nos patients et la compréhension de l'ordonnance, et si la remise d'un "pilulier virtuel" lors de la consultation peut être un moyen d'améliorer la prise médicamenteuse.

2/Mise au point des connaissances sur le sujet

2.1 La population âgée, une population grandissante et fragile

2.1.1 Démographie française, la population âgée en France est en augmentation

L'un des premiers facteurs responsable de l'accroissement de la population des seniors en France est le Baby-boom de la période d'après guerre. Ces années sont marquées par une forte augmentation des naissances de 1945 à 1965 où l'indice de natalité français a été l'un des plus fort en Europe occidentale avec une valeur qui varie de 2.6 à 3. Cette valeur a diminué avec un indice qui s'est stabilisé autour de 1.8 de 1975 à 1991. Cette explosion de la natalité lors des années cinquante est responsable d'une augmentation massive de la population âgée de plus de 65 ans dans les années à venir. [1]

Un autre facteur d'accroissement de la population des seniors repose sur une augmentation de l'espérance de vie, qui depuis le XVIIIème siècle augmente de façon spectaculaire. Cette augmentation est multifactorielle, et résulte de la conjonction d'immenses progrès réalisés dans les domaines économique, médical, culturel et social. En dix ans, l'espérance de vie des hommes a progressé de 2,9 ans et celle des femmes de 2,1 ans. Dans les conditions de mortalité de 2013, une femme vivrait en moyenne 85,0 ans et un homme 78,7 ans (une différence qui s'atténue avec les années). [2]

Concernant la population des seniors en France, les chiffres de l'INSEE sont sans équivoque avec une population âgée de plus de 60 ans estimée à 15.2% en 1901, 20% en 1950, 27.5% en 2000. Des projections réalisées estiment à 32.1% la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans en population générale pour les années 2060. On assiste donc à une augmentation importante de la

population vieillissante en France avec une proportion de personnes âgées dépassant un tiers de la population générale en France selon l'INSEE pour les années 2060. [3]

2.1.2 Le concept de population gériatrique, un concept récent

Le concept de gériatrie fait son apparition 1801 avec la création du premier établissement réservé aux "vieillards" à Paris. Devant la demande croissante en soins, le nombre de structures augmentera au fil des années pour atteindre 18 établissements en 1949 pour la seule ville de Paris. [9] La gériatrie va se développer avec les années et deviendra une spécialité médicale en 2004. [10,11]

Selon l'Organisation Mondiale pour la Santé, la gériatrie est définie comme un âge civil supérieur à 65 ans. Mais il s'agit plus d'un concept que d'un âge...la gériatrie est une discipline qui prend en charge les sujets âgés malades ou non. Il s'agit d'une spécialité médicale qui se définit plus par la manière de soigner que par l'âge. Elle est à différencier de la gérontologie, science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, socio-économique, culturel, démographique...

2.1.3 La population gériatrique, une population fragile

Du concept de gériatrie on peut directement rapprocher celui de fragilité. En 2008, la fragilité est reconnue de manière consensuelle comme un état de vulnérabilité consécutif à une diminution des réserves fonctionnelles des multiples systèmes physiologiques composant l'organisme. [4.5]

Selon les études cliniques [6,7], on peut estimer que chez les personnes âgées de plus de 65 ans la prévalence de la fragilité dans la population gériatrique varie entre 7 et 20%, avec 20 à 26 % chez les personnes âgées de plus de 80 ans et atteindre 32% chez les personnes ayant plus de 90 ans. Il y a donc un rapport direct entre l'âge et la fragilité, une fragilité qui va avoir tendance à augmenter parallèlement au vieillissement de la population.

2.1.4 Coût de la santé des personnes âgées

Du fait de la fragilité et de la polypathologie fréquente chez nos seniors, la consommation en soins et bien médicaux (CSBM) augmente.

En 2010, 5,7 millions de personnes sont âgées de 75 ans ou plus en France. Une sur dix vit en établissement pour personnes âgées. Parmi les personnes vivant à domicile, plus de la moitié (57 %) sont en affection de longue durée (ALD) et plus d'une sur dix (13 %) est dépendante.

Ainsi la dépense moyenne de soins de ville remboursée par l'assurance maladie aux 75 ans et plus est de 3 000 € par an, et de 2 000 € pour les 60 - 75 ans. Selon le rapport des comptes nationaux de la santé de 2013, les personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière, seules 12 % d'entre elles n'ont aucune pathologie identifiable à partir des données de l'assurance maladie. En 2010, un tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées en court séjour, contre environ un quart des personnes de 60-74 ans. 40 % à 70 % des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies, un tiers d'entre elles sont traitées pour une pathologie cardio-vasculaire par le médecin traitant qu'elles voient en moyenne 8 fois par an. [8]

Chez les seniors, les dépenses qui progressent le plus sont celles de soins infirmiers, de kinésithérapie, et de matériel médical; des dépenses directement liées au niveau de dépendance. [8]

2.2 Pathologie aigüe en médecine générale

Une thèse de médecine générale réalisée en 2012, [16] montre que les médecins généralistes sont bien les médecins de référence des pathologies aiguës avec une moyenne d'au moins 0,6 résultats de consultation (RC) de type aigu par consultation. Dans cette thèse, il a été utilisé un modèle utilisant les résultats de consultations qui se différencie du motif de consultation (par exemple, le malade

consulte parce qu'il a de la fièvre, qu'il se sent fatigué et qu'il a du mal à avaler: ce sont bien les motifs de consultation. Mais le médecin après l'entretien et l'examen clinique, conclut à une angine: l'angine est le résultat de consultation). Ce concept de « résultat de consultation » a été élaboré par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) [52] et son utilisation permet une meilleure analyse des problèmes rencontrés et donc une meilleure prise en charge.

Il a permis de montrer que 60 % des consultations de médecine générale comportent un facteur aigu, accompagnant ou non un autre motif.

Cette demande en soin aigu est stable au fil des années (1.9 Résultats de consultation aigu en 1993, contre 2 en 2009), contrairement à la demande globale lors d'une consultation, qui identifie en moyenne 2.2 résultats de consultation en 2010, contre 1.8 il y a 15 ans. [16]

Dans la population âgée de plus de 65 ans, les résultats de consultations aiguës ont la même proportion qu'en population générale, cependant la chronicisation des problèmes aigus est plus importante en population gériatrique qu'en population générale.

2.3 L'ordonnance en médecine générale en France

2.3.1 Etat des lieux

La compréhension de l'ordonnance et son application sont l'un des principes fondamentaux d'une bonne application des pratiques médicales. En France, la consommation de médicament est supérieure à celle de nos voisins européens.

- Les médecins prescrivent en moyenne 2,9 médicaments par consultation en France. [19]

Selon deux études menées en 2005 [17,18] en France, le nombre de médicaments prescrits suite à une consultation est plus élevé que dans les autres pays européens. Les patients déclarent avoir consommé environ 1,6 médicaments chaque semaine prescrits par leur médecin, contre 1,2 en

Allemagne et Espagne et 0,9 aux Pays Bas. Selon les médecins interrogés dans ces études, le ratio prescription médicamenteuse par consultation, soit le nombre de consultations se soldant par une ordonnance de médicaments est plus important en France qu'ailleurs puisque 90% des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments, contre 83,1% en Espagne, 72,3% en Allemagne et 43,2% aux Pays-Bas.

- Les raisons de cette forte consommation en médicaments sont plurifactorielles.

On retrouve des facteurs objectifs influençant la prescription:

- liés au médecin : l'âge et le sexe, mais également le lieu d'installation (zone rurale ou urbaine, ou région géographique), le type d'exercice, son parcours universitaire et professionnel antérieur, le lien avec l'industrie pharmaceutique, la participation à des formations continues , l'affiliation au secteur I ou II.

- les caractéristiques du patient: telles que son âge, son sexe, ses antécédents, le fait qu'il soit en ALD, son niveau socioéconomique, le fait qu'il s'agisse d'un patient ancien ou nouveau, le motif de consultation (recours dans un contexte chronique, décompensation d'une pathologie, pathologie aigue...) et le diagnostic.[17]

Mais il existe des raisons subjectives qui influencent le médecin et sa prescription, c'est à dire des facteurs peu scientifiques. La pression ressentie par les médecins de la part du patient qui souhaite une prescription est un des facteurs expliquant cette surconsommation. Cela correspond à une demande ou une attente de médicaments, que le médecin perçoit comme étant injustifiée [20,21]. Un autre facteur subjectif est l'attente ressentie par le médecin. Il s'avère que plus encore que l'attente du patient elle-même, c'est la perception qu'a le médecin de la demande qui est le plus gros facteur de prescription de médicaments. [22]

- Malgré cette forte consommation pharmaceutique, les patients ne suivent pas les prescriptions des médecins à la lettre. [31]

On estime que 25% des traitements prescrits par les médecins ne sont jamais consommés par les patients [31]. Ainsi, selon les études, la mauvaise observance est la cause de 12000 décès par an en France. Ceci est particulièrement vrai pour les pathologies chroniques (où seulement 40% des diabétiques suivent leur traitement à la lettre) mais aussi pour les pathologies aiguës. En effet, il est très simple d'arrêter son traitement antibiotique deux jours avant la fin lorsque tout va mieux...

2.3.2 Critères de compréhension de l'ordonnance

- La bonne compréhension du mode de prise

Les critères de compréhension de l'ordonnance en médecine générale sont en partie liés aux modalités de rédaction de l'ordonnance. Ainsi d'après le site AMELI de l'assurance maladie [29], dans l'espace dédié aux professionnels, on retrouve les informations indispensables à la rédaction de l'ordonnance. Ainsi, en dehors des informations concernant le patient (nom, âge, poids...), il doit être inscrit :

- le nom de la spécialité (princeps ou générique) ou la dénomination commune d'un principe actif (DCI) assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant ;
- le dosage et la forme pharmaceutique ;
- la posologie et le mode d'emploi ; s'il s'agit d'une préparation, il faut préciser la formule détaillée ;
- la durée du traitement (exemple : traitement pour trois mois) ou le nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque (exemple : deux boîtes de 20 comprimés) ;

➤ La bonne compréhension de l'indication du traitement

D'après le code de Santé publique [12,13], c'est au médecin de transmettre les informations nécessaires au patient, concernant sa pathologie, et donc les traitements correspondants. Il doit donc s'enquérir de la bonne compréhension de chaque traitement inscrit sur son ordonnance.

➤ la bonne connaissance des effets indésirables

La connaissance des médicaments, de leurs effets indésirables et de leurs modalités d'administration est la base de l'observance des schémas thérapeutiques proposés par le médecin. La qualité de l'information délivrée au moment de la prescription contribue à la fois à améliorer l'efficacité du traitement et à réduire les risques médicamenteux, en diminuant la fréquence et la gravité d'effets indésirables grâce à une meilleure vigilance du patient. [30]

2.4 Prise médicamenteuse et iatrogénie en gériatrie

2.4.1 La population âgée, polypathologie et multiplication des traitements

La population âgée de plus de 65 ans est consommatrice du système de soin. En dehors du recours au professionnel de santé (médecin, kinésithérapeute, infirmière...), nos seniors de par leurs polypathologies consomment plus de médicaments. Le terme de polypathologie est variablement défini et non consensuel. La définition la plus acceptée est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période » [53]

En population générale, les personnes déclarent en moyenne 2,9 troubles de santé un jour donné et le nombre de maladies associées déclarées augmente avec l'âge : quatre pour les 40-64 ans, cinq pour les 65-79 ans et six pour les personnes de 80 ans et plus. [23]

Chez les plus de 65 ans, selon la cohorte PAQUID le nombre moyen de médicaments déclarés par personne est de 4,1. Parmi les sujets vivant à domicile, 40,4 % utilisent plus de quatre médicaments (ce qui représenterait 3,5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans en France). Les classes thérapeutiques les plus utilisées sont les médicaments cardio-vasculaires (67,9 % des patients) et les psychotropes (39,1 %). Puis viennent les médicaments de la sphère digestive (20,5%), les antalgiques et les anti-inflammatoires (21,6 %). [24]

2.4.2 Iatrogénie en France

En France, selon l'étude ENEIS, 1.5% des séjours hospitaliers sont directement liés à un effet indésirable d'un traitement, et l'on retrouve dans 22% des hospitalisations un épisode de iatrogénie soit 50 000 à 100 000 hospitalisations par an en France, dont la moitié pourrait être évitée. [25]

2.4.3 Pistes pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse du sujet âgé.

- L'AFSSAPS a édité un guide de bon usage des médicaments pour prévenir la iatrogénèse en gériatrie [26]

Ce livret apparut suite à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 fixe comme objectif en politique de santé publique, de parvenir à la réduction dans les 5 ans, de la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées et de la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse entraînant une hospitalisation.

Ce livret se divise en deux parties :

- La première partie donne des recommandations sur le suivi et la surveillance des traitements, nouveaux ou non en gériatrie. On y trouve un bilan clinique et paraclinique minimal à effectuer lors d'une prescription chez le senior

polypathologique afin d'éviter la iatrogénie. Il souligne l'importance de la surveillance du poids de la tension artérielle avec recherche d'hypotension orthostatique, ainsi que la réalisation du ionogramme. Lors de cette première partie on peut trouver des conseils sur la décision thérapeutique (avec l'information qui est due au patient), la rédaction de l'ordonnance ainsi que le suivi thérapeutique.

- La deuxième partie de ce livret étudie les différentes classes thérapeutiques face aux particularités clinico-biologiques en gériatrie. Elle insiste sur la surveillance propre à chaque molécule et sur les médicaments gros pourvoyeurs de iatrogénie comme les antihypertenseurs, les anti inflammatoires, les neuroleptiques....

- L'HAS , 2006 , Prescrire chez le sujet âgé [27]

Il s'agit d'un référentiel proposé aux médecins dans le cadre de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques pour prescrire chez le sujet âgé. Ce référentiel insiste sur la recherche systématique de symptômes iatrogéniques en pathologie aiguë, et sur l'analyse systématique des pathologies en cours, ainsi que sur leurs traitements. Il nous détaille également l'ensemble des outils de bonnes pratiques en libre disposition sur le site de la HAS, afin de s'auto évaluer en tant que prescripteur.

- Le Programme pilote sur la prescription médicamenteuse du sujet âgé de 2005 [28]

Il s'agit d'un espace thématique dédié aux professionnels de santé, permettant d'évaluer sa prescription en gériatrie. On peut retrouver des grilles d'évaluation de la qualité des ordonnances, des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi que des documents synthèses concernant les résultats des réunions portant sur la prescription chez le sujet âgé.

3/Phase exploratoire de notre travail

3.1 Naissance du projet

Lors d'une discussion avec mon directeur de thèse, celui-ci me relate un après-midi passé dans une maison pour seniors actifs dans laquelle il organisait un atelier sur la prise médicamenteuse. Son constat était accablant... Son atelier était pourtant simple... Il avait distribué aux seniors présents (une vingtaine ce jour là) une ordonnance type de pathologie aiguë en médecine générale, et leur avaient demandé de remplir virtuellement un pilulier pour la semaine. Les résultats n'ont pas été ceux attendus. Plus de la moitié des personnes présentes n'avaient pas rempli correctement leur pilulier. Certes c'était l'heure de la sieste, mais bon ... Nous nous sommes questionnés sur la prise médicamenteuse de ces personnes pourtant autonomes et nous avons rapidement pensé à un sujet de thèse à approfondir.

Les recherches sur la base de données de medline/pubmed ont été réalisées selon plusieurs axes, "la compréhension de la prescription par le patient", "pathologie aiguë en médecine générale" ..., et n'ont pas permis de retrouver de travail directement en lien avec notre question.

Un seul travail a été retrouvé [34], une thèse qui aborde le sujet mais en population générale, c'est à dire âgée de plus de 18 ans.

3.2 Nombre de sujets à inclure dans l'enquête

Avant de commencer notre travail nous avons dû nous intéresser à la population et au nombre de sujets à inclure dans l'enquête. Dans le cas de notre étude, il n'y a pas de comparaison chiffrée à avoir donc pas de calcul du nombre de sujets nécessaires. Il a donc fallu convenir d'un échantillon acceptable qui représente bien la population cible, c'est à dire les personnes âgées de plus de 65 ans.

Nous avons convenu de manière empirique qu'un échantillon de 80 personnes était un bon compromis entre faisabilité de l'enquête et représentativité de l'échantillon par rapport à la population source.

3.3 Phases de test

Une fois le questionnaire réalisé et validé dans ses grands axes par les statisticiens, il était nécessaire de réaliser des essais afin de valider la faisabilité et le caractère reproductif de ce questionnaire. Les premiers essais ont été réalisés en cabinet de médecine générale sur la ville de Fréjus. Lors de ces essais, nous avons fait attention à plusieurs points qui nous semblaient essentiels pour la reproductibilité de ce questionnaire et la validité des réponses que nous attendions.

➤ Le mode de recueil des résultats de ce questionnaire a fait l'objet de plusieurs interrogations. La première question qui nous a semblé pertinente concernait le recueil des informations. Le patient devait-il répondre seul au questionnaire? ou bien les questions devaient-elles lui être posées?

Nous avons donc lors d'un premier essai, distribué le questionnaire aux patients qui répondaient aux critères d'inclusion à la sortie de leur consultation.

Deux possibilités ont été explorées :

-La première était la remise du questionnaire au patient en leur demandant de remplir le questionnaire sur place, à partir de leur ordonnance, et de le remettre dans une boîte prévue à cet effet. Il en est ressorti plusieurs problèmes. Le patient n'avait pas l'air à l'aise face au questionnaire, peut être surpris de la méthode? Nous avons recueilli 6 questionnaires de cette manière. Sur les six, deux n'étaient pas terminés, un questionnaire était difficilement lisible. Sur les six questionnaires, deux patients n'avaient pas remis le double de leur ordonnance

comme demandé sur le questionnaire. La méthode employée n'était pas fiable et surtout très peu reproductible.

-La deuxième a été de remettre à la sortie de la consultation le questionnaire au patient accompagné d'une enveloppe timbrée à adresser à mon domicile. J'ai essayé cette méthode malgré les mises en garde de mon directeur de thèse. Il y avait trop de facteurs extérieurs qui parasitaient les réponses... je m'en suis vite aperçu. Il a été remis une quinzaine de questionnaires aux patients, le taux de retour a été très faible. De plus sur les questionnaires analysés, on pouvait lire des réponses manifestement sortie de notices de médicaments ou autres. Ainsi, dans les effets secondaires, on a pu retrouver "rare cas d'œdème laryngé"... La méthode a là aussi été vite abandonnée. Malgré l'anonymat, les patients ont voulu faire plaisir aux médecins!

Après analyses de ces deux modes de recueil que nous avons réalisé de manière simultanée, il nous a paru évident qu'il fallait nous même interroger les patients pour limiter les informations venues de sources extérieures. Pour savoir ce qu'avait retenu le patient de sa consultation, il ne fallait pas qu'il soit influencé par le pharmacien, par les explications d'un proche, de son infirmière...

➤ Lors d'une deuxième phase d'essai, nous nous sommes concentrés sur le questionnaire, le temps de réponse au questionnaire, la compréhension des questions par les patients. Nous avons réalisé une dizaine d'entretiens afin de valider le questionnaire. Ces entretiens ont engendré quelques modifications pour rendre plus simple la compréhension des questions par les patients. Aucun changement majeur n'a été réalisé suite à cette phase préliminaire. La durée de réalisation du questionnaire était convenable, environ 3 minutes et 30 secondes, durée acceptable pour le patient. Lors de cette phase d'essai, nous n'avons pas eu de refus de la part des patients. Certes nous n'avons interrogé qu'une dizaine de patients mais aucun n'a refusé d'y répondre.

3.4 Acquisition de la méthodologie finale

En accord avec mon directeur de thèse, nous avons convenu de recueillir les réponses au questionnaire comme suit :

- Je serai l'unique investigateur de ce projet. Les questionnaires seront donc remplis par entretien entre moi et le patient à la sortie de sa consultation avec son médecin.

- Concernant le nombre de patient à inclure dans l'enquête, il n'a pas été si facile de recruter des patients entrants dans les critères de la population étudiée, et parfois il pouvait se passer des heures sans avoir de patients à interroger. Il a semblé qu'interroger 60 patients serait plus réalisable, en terme de volume horaire passé à recueillir les réponses. Je me suis laissé deux mois pour l'obtention des réponses, à raison de 2 à 4 demi-journées par semaine.

4/Matériel et méthode

4.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective quantitative, observationnelle (descriptive et analytique), multicentrique.

4.2 Population étudiée

- La population étudiée dans notre étude a été définie:
 - Patient âgé de plus de 65 ans
 - Consultant dans un cabinet de médecine générale
 - Pour une pathologie aigue. Les renouvellements d'ordonnances avec une pathologie aigue associée ont été admises en faisant abstraction du renouvellement.

- Le seul critère d'exclusion retenu : l'existence de troubles cognitifs marqués (difficulté à la communication, propos incohérents, désorientation ...)

4.3 Les médecins participants à notre enquête

Pour réaliser notre travail nous avons contacté dix médecins des villes de Fréjus et Saint-Raphaël. La sélection des médecins participants à l'enquête s'est faite à partir de relations de travail et de connaissances personnelles. Nous avons ciblé les cabinets de groupe pour pouvoir interroger un maximum de patients.

Un courrier leur a été adressé pour expliquer les objectifs de notre enquête et les modalités de réalisation. Six médecins ont accepté de participer, quatre médecins n'ont pas donné suite à notre demande (pas de réponse de leur part à notre relance).

4.4 Recueil des données

4.4.1 Le questionnaire (Annexe 1)

Nous avons réalisé un questionnaire sous forme de questions à choix multiples et de deux tableaux.

➤ Première partie: Caractéristiques du patient

- son état civil, son sexe et son âge (sous forme de tranche d'âge pour optimiser l'analyse des données), sa couverture sociale (sécurité sociale, CMU, aide médicale d'état, existence ou non d'une mutuelle)
- son niveau d'étude à partir de la Nomenclature simplifiée des niveaux de formation [32] de l'éducation nationale.
- Sa catégorie socioprofessionnelle à partir de la Nomenclature simplifiée des Professions et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés d'Entreprise (PCS-ESE) [33].

➤ Deuxième partie: La consultation et son ordonnance.

Nous nous sommes intéressés au motif de la consultation ainsi qu'à l'ordonnance qui a été remise au patient. Les items renseignent :

- la pathologie traitée
- la durée de la consultation.
- le type d'ordonnance (manuscrite ou dactylographiée)

- l'explication de l'ordonnance par le médecin et sa relecture éventuelle avec le patient.
- Les caractéristiques du médecin: sexe et mode d'exercice (conventionné ou non).

➤ Troisième partie: La compréhension de l'ordonnance

Nous avons demandé aux patients de remplir à l'aide de leur ordonnance un "pilulier virtuel" de manière à évaluer la bonne compréhension de la prise, la bonne posologie, la bonne durée de traitement.

Un Item renseigne sur la connaissance des molécules prescrites et leurs éventuels effets indésirables.

Il est demandé aux patients de donner pour chaque molécule prescrite son utilité et les éventuels effets indésirables ou précautions qui l'accompagnent.

➤ Nous terminons ce questionnaire avec deux questions plus générales.

- Se fait-il habituellement aider pour comprendre son ordonnance et donc pour prendre ses traitements. Et si oui, par qui ?
- Le médicament générique représente-t-il un frein à la compréhension de leur ordonnance?

L'élaboration de ce questionnaire s'est faite en plusieurs étapes. La première version de ce questionnaire a été soumis à l'avis de deux statisticiens qui ont émis des remarques: questions trop ouvertes, avec des textes libres, trop difficile à exploiter informatiquement... J'ai donc modifié le questionnaire afin de proposer un maximum de questionnaires à choix multiples. Deux items de ce

questionnaire n'ont pu être transcrits en questions à choix multiples, ce sont les items répondants directement à l'objectif principal de ce travail.

4.4.2 Lieu de recueil

Les réponses aux questionnaires ont été effectuées chez 6 médecins généralistes de la ville de Fréjus et Saint Raphael. Les questionnaires ont donc été réalisés dans les locaux de ces médecins, dans un bureau, une pièce annexe... nous avons essayé à chaque fois et lorsque c'était possible de placer le patient dans une ambiance calme, de manière à ne pas influencer négativement les résultats.

4.4.3 Mode de recueil

Les questionnaires ont été remplis lors d'entretiens entre l'interne et les patients.

- L'entretien était directif pour ces questions à QCM.
- Pour les questions ouvertes (question 6, 10 et 12) il s'agissait d'entretiens semi-directifs, il a fallu guider les patients sans les influencer. J'ai rempli moi-même les tableaux sous la dictée des patients.

J'ai présenté le questionnaire et le but de notre étude aux patients interrogés. Puis nous nous sommes mis à l'écart dans un endroit calme, à chaque fois que cela était possible. J'ai retranscrit les réponses des patients sans interférer ni être suggestif, rester le plus neutre possible.

J'ai rempli moi-même les questionnaires pour gagner du temps, pour ne pas avoir de problèmes de relecture et pour éviter les refus des patients qui auraient pu trouver le questionnaire fastidieux.

4.4.4 Collecte et analyse des données

Les réponses des patients ont été collectées sur support papier. Nous avons photographié l'ordonnance des patients, en respectant l'anonymat. Les questionnaires remplis ainsi que les doubles des ordonnances ont été numérotés et associés de manière à pouvoir analyser les résultats.

Un tableur Microsoft Excel nous a permis d'obtenir des résultats sous forme de pourcentage de la population étudiée. Pour les questions à QCM nous avons rempli le tableau de façon binaire, 0 et 1 en fonction des réponses.

Pour les questions plus ouvertes, nous avons retranscrit les réponses après les avoir analysées selon les modalités du paragraphe 4.6. Ainsi, nous avons retenu des patients qui avaient compris leur ordonnance, d'autres qui ne l'avaient comprise que partiellement, ou pas comprise.

Pour l'analyse des résultats, nous avons été aidés par l'équipe de statisticiens du département d'information médicale de l'hôpital Bonnet de Fréjus.

4.5 Taille de l'échantillon

Le recueil des données a été réalisé sur deux mois à raison de 3 demi-journées par semaine. Soit un total de 24 demi-journées de prospection. L'échantillon total inclut **55 patients** répondants aux critères de sélections.

4.6 Critères retenus pour l'analyse de la compréhension de l'ordonnance par les patients

Pour répondre à l'objectif principal de notre étude, nous avons utilisé un tableau (Question 10, Annexe1) nous permettant d'évaluer la prise médicamenteuse à l'aide de leur ordonnance.

La compréhension de l'ordonnance et donc la bonne prise médicamenteuse repose sur plusieurs critères:

- La fréquence de prise des traitements
- La posologie prescrite par le médecin
- La durée de prise médicamenteuse
- Les précautions particulières, si spécifiées

Nous avons arbitrairement classé les patients en trois catégories après avoir analysé les questionnaires :

➤ Ordonnance "comprise" :

Une Ordonnance a été considérée comme comprise lorsque le patient a respecté pour la prise de chacun des médicaments qui lui ont été prescrits : La fréquence et la posologie des prises médicamenteuses ainsi que la durée des traitements prescrits.

➤ Ordonnance "partiellement comprise":

Une ordonnance a été considérée comme "partiellement comprise" lorsqu'il existe une erreur de prise d'un des médicaments:

- Ne concernant pas le traitement curateur (par exemple, lors d'une bronchite, si le patient prend mal son traitement antibiotique, l'ordonnance est considérée comme non comprise)
- Ne nuisant pas au patient (par exemple: l'oubli d'une prise de Paracétamol n'est pas dangereux donc considéré comme partiellement comprise, à l'inverse si le patient prend 6 grammes de paracétamol par jour l'ordonnance sera considérée comme non comprise car potentiellement dangereux pour le patient).

Nous avons créé cette catégorie pour ne pas considérer comme "non comprise" toutes les ordonnances comprenant une erreur pouvant être qualifiée d'inattention.

➤ Ordonnance "non comprise":

Nous avons considéré comme ordonnance "non comprise" toute ordonnance présentant une ou plusieurs erreurs, portant sur la molécule curative ou sur toute autre situation nuisant au patient et à sa guérison.

4.7 Connaissance de l'indication et des effets indésirables des traitements prescrits

La question 12 (Annexe 1) a pour but d'évaluer la connaissance des traitements qui ont été prescrits aux patients. Dans le deuxième tableau, nous avons demandé aux patients interrogés de nous renseigner sur: l'indication des traitements prescrits, et les éventuels effets indésirables ou précautions liés à la prise de ces médicaments.

➤ Concernant l'indication des traitements.

Nous avons retenu deux cas. Tout d'abord les patients qui connaissent l'indication des traitements. Nous avons accepté les réponses familières des patients, comme "anti douleur" ou "lutte contre le vertige" du moment qu'elles étaient bien employées. Dans les cas où les patients ignoraient l'utilité des traitements ou s'ils donnaient une mauvaise indication, ils entraient dans la catégorie des patients ne connaissant pas l'indication des traitements.

➤ Concernant les effets indésirables des traitements.

Effets indésirables connus ou non. Nous avons accepté les réponses familières de manière à ne pas fausser les résultats.

5/Résultats

Les résultats de notre enquête montrent que **41.8% des patients prennent mal leur traitement** et que **80% d'entre eux ne connaissent pas les effets indésirables** des traitements qui leurs sont prescrits.

5.1 Description de l'échantillon

L'échantillon total compte **55 patients**. Tous les patients répondants aux critères d'inclusions ont été comptabilisés dans l'enquête. Nous n'avons essuyé aucun refus de la part des patients.

5.1.1 Les patients :

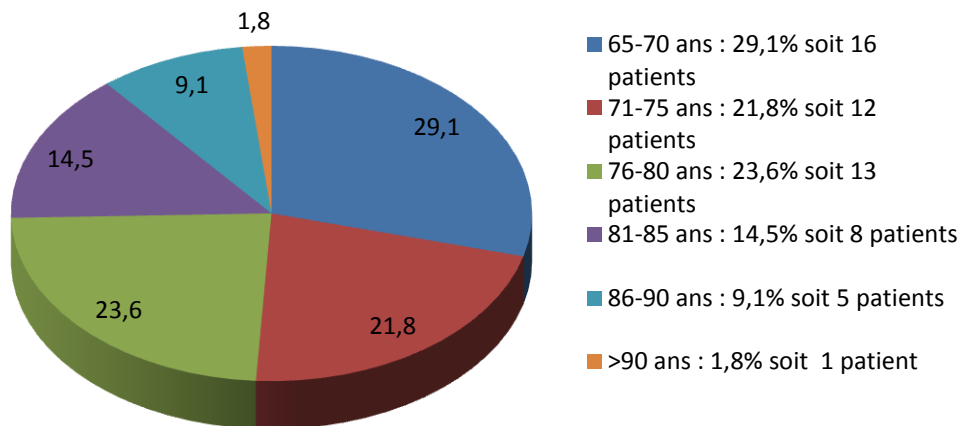
➤ Sexe, question 1

31 personnes sont de femmes (56.4%), 24 hommes (43.6%)

➤ Age, Question 2

L'échantillon total a été divisé en 6 tranches d'âge.

Age de l'échantillon

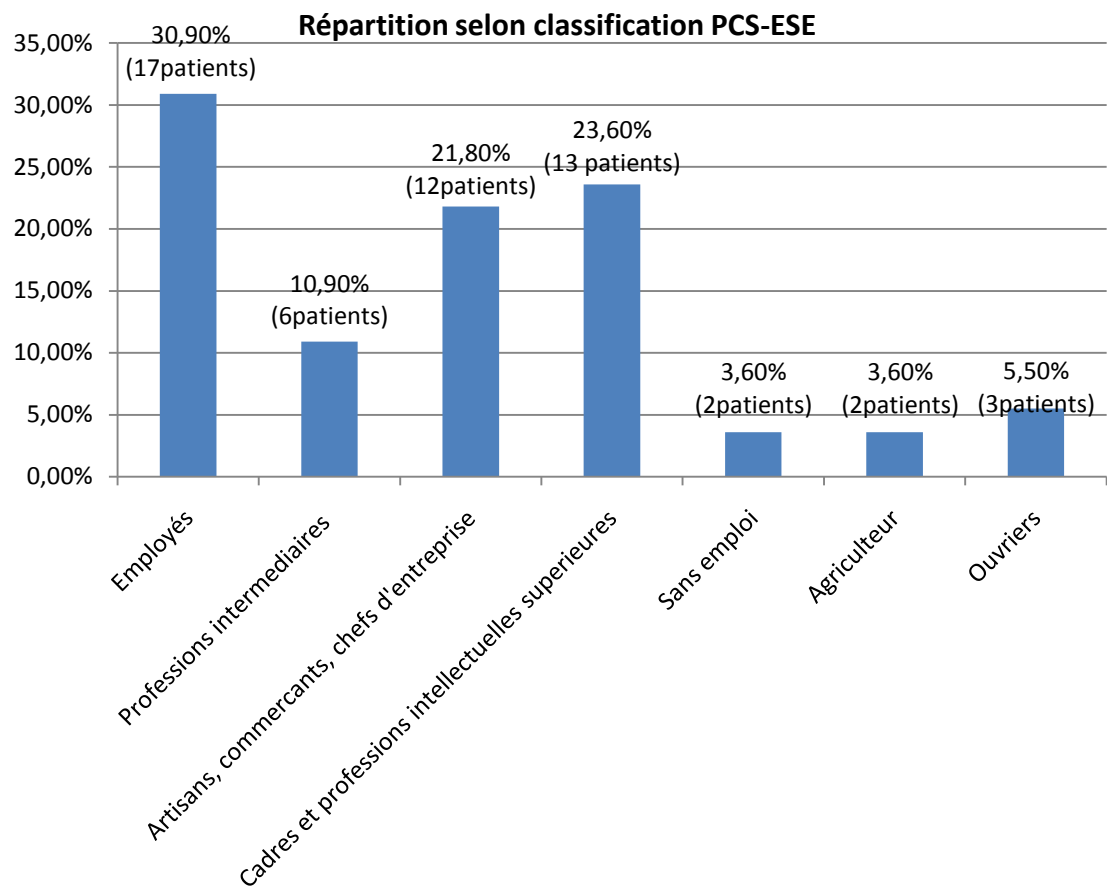


➤ Couverture médicale, Question 3

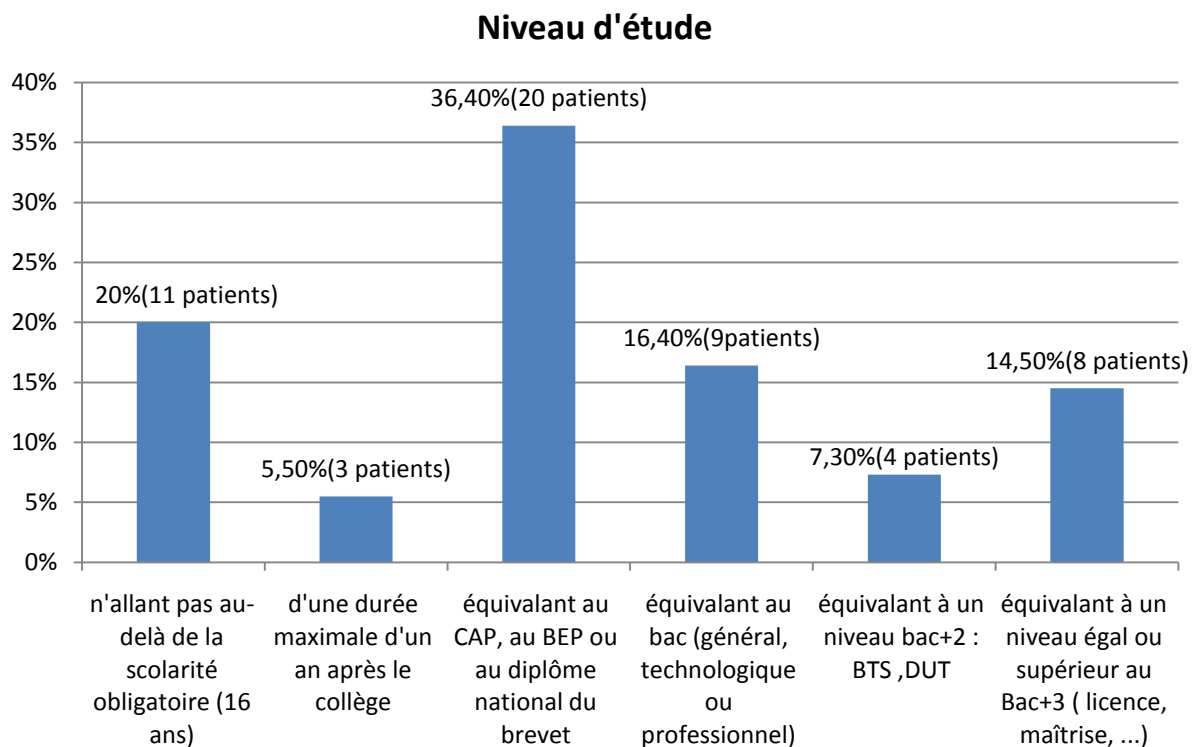
100% des patients interrogés étaient couverts par la sécurité sociale.

Notre échantillon a retrouvé chez 42 patients (76.4%) une couverture par une mutuelle, 12 patients (21.8%) n'avaient pas de complémentaire santé, et une personne (1.8% de l'échantillon) avait la couverture médicale universelle (CMU). Nous n'avons pas interrogé de patient bénéficiant de l'aide médicale d'état dans notre enquête.

➤ Profession exercée, Question 4



➤ **Niveau d'étude, question 5**



Le niveau de scolarité moyen de notre échantillon est de 4.3 selon la classification de l'éducation nationale, soit un niveau légèrement supérieur au baccalauréat.

5.1.2 La consultation et son ordonnance

➤ **L'ordonnance, question 7**

49 patients (89.1%) sont ressortis de leur consultation avec une ordonnance dactylographiée, seulement 6 patients ont reçu une ordonnance manuscrite (10.9%).

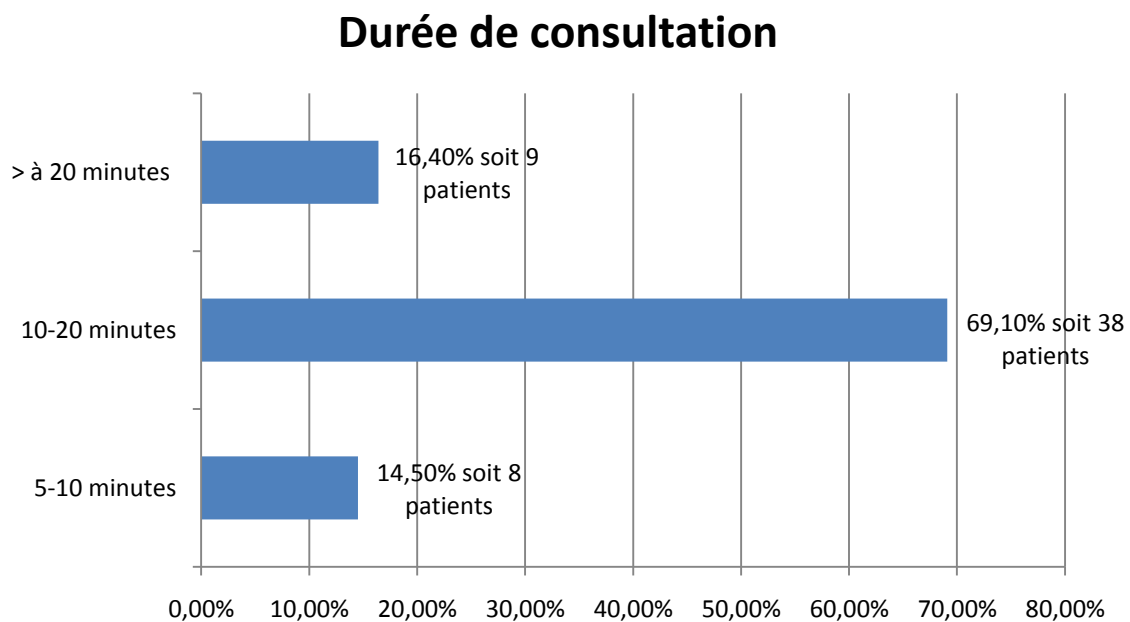
Concernant la lisibilité de leur ordonnance, sur les 6 patients ayant reçu une ordonnance rédigée à la main, 2 patients ont trouvé qu'elle était lisible, 1 patient l'a trouvée non compréhensible et 3 patients ne se sont pas prononcés.

➤ **L'explication et la relecture de l'ordonnance par les médecins, question 9**

L'ordonnance a été expliquée par leur médecin pour 51 patients (92.7%). 4 patients n'ont pas eu d'explication de leur ordonnance (7.3%).

Concernant la relecture de celle-ci, 13 patients (23.6%) des patients de l'étude ont relu leur ordonnance avec leur médecin. Chez 42 patients (76.4%), l'ordonnance n'a pas été relue après les explications données par le médecin.

➤ **Durée de la consultation, Question 8**



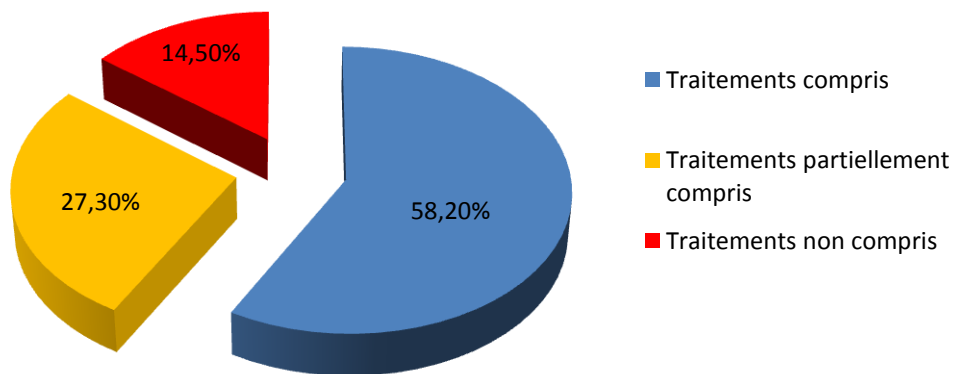
La majorité des consultations soit 69.1% des patients interrogés ont eu une consultation d'une durée comprise entre 10 et 20 minutes.

5.1.3 La connaissance de l'ordonnance par les patients

➤ La compréhension du mode de prise des médicaments de l'ordonnance, Question 10

32 patients (58.2%) sur 55 ont compris et prennent bien leurs traitements, 15 patients (27.3%) ont partiellement compris leur ordonnance et 8 patients (14.5%) ne savent pas prendre correctement leurs médicaments.

Compréhension du mode de prise des traitements



➤ **La compréhension de l'indication des traitements, Question 12**

Dans notre échantillon, 40 patients connaissent l'indication des traitements qui leurs ont été prescrits (72.7%). **15 patients (27.3%) ne savent pas donner l'indication des traitements qui leurs ont été prescrits.**

➤ **Connaissance des effets indésirables des traitements prescrits, question 12**

44 patients (80%) de notre échantillon ne connaissent pas les effets indésirables liés aux traitements qui leurs ont été prescrits. 11 patients (20%) ont pu nous donner les effets indésirables des traitements de leur ordonnance.

➤ **L'aide à la compréhension de l'ordonnance, Question 14**

Dans notre échantillon, 19 patients (34.5%) se faisaient aider pour la compréhension de leur prescription médicale. 36 patients (65.5%) prenaient leur traitement seul.

Les personnes ressources aidant les patients à mieux comprendre leur ordonnance se trouve dans le tableau ci joint:

	Effectif	Pourcentage de l'effectif total
IDE	4	7,3%
Pharmacien	6	10,9%
Autre	1	1,8%
Association pharmacien et proche	2	3,6%
Proche	6	10,9%

5.1.4 Les caractéristiques des médecins participant à notre Enquête, Question 13

45 Patients (81.8%) ont consulté un homme. Pour 10 patients (18.2%) il s'agissait d'une femme. 50 patients (90.9%) ont consulté un médecin non conventionné à honoraires libres (secteur 2). Seulement 5 patients (9.1%) ont consulté un médecin conventionné (secteur 1).

5.1.5 Le calendrier des traitements, Question 11

13 patients (23.6%) ont reconnu qu'un "pilulier virtuel" leur serait utile pour une meilleure prise médicamenteuse. Pour 42 patients (76.4%), il n'y avait pas d'intérêt à leur remettre à l'issue de la consultation un tel calendrier.

5.1.6 Les génériques un frein à la compréhension de l'ordonnance? Question 15

Pour 30 patients, soit 54.5% de l'effectif, le médicament générique représente un frein à la bonne prise médicamenteuse. 25 patients (soit 45.5%) ne semblent pas avoir de souci avec la généralisation des génériques.

5.2 Appariement statistique

Nous avons réalisé une analyse bi variée de nos résultats afin de gagner en puissance vu l'effectif limité de notre étude et nous avons réalisé des appariements pour avoir une analyse plus homogène.

Ainsi, nous avons modifié deux variables :

➤ Les classes d'âge de nos patients:

Ainsi, nous passons de six sous groupes à seulement quatre. Les résultats obtenus se trouvent dans le tableau ci joint:

	Effectif	Pourcentage
65-70	16	29,1%
71-75	12	21,8%
76-80	13	23,6%
81 et plus	14	25,5%

➤ **La compréhension de l'ordonnance par le patient :**

Les patients qui n'avaient pas compris leur ordonnance ont été regroupés avec ceux qui l'avaient partiellement compris. Ainsi nous ne considérons plus que deux groupes pour l'analyse bi variée:

	Effectif	Pourcentage
Compris	32	58,18%
Non compris	23	41,81%

5.3 Analyse bi variée des résultats

5.3.1 Les facteurs influençant la compréhension de l'ordonnance

		Ordonnance Comprise	Ordonnance non comprise	p
		Effectif (Pourcentage colonne)	Effectif (Pourcentage colonne)	
Sexe	Féminin	17 (53,13%)	14 (60,87%)	
	Masculin	15 (46,88%)	9 (39,13%)	
Age patient	65-70	11 (34,38%)	5 (21,74%)	Chi² de Pearson p:0,679962
	71-75	6 (18,75%)	6 (26,09%)	
	76-80	8 (25%)	5 (21,74%)	
	81 et plus	7 (21,88%)	7 (30,43%)	
Couverture médicale	Mutuelle	26 (81,25%)	17 (73,91%)	Chi² de Pearson
	Sans Mutuelle	6 (18,75%)	6 (26,09%)	p:0,515792
Catégorie socio professionnelle	Employés	9 (28,13%)	8 (34,78%)	Chi² de Pearson p:0,074550
	Professions intermédiaires	6 (18,75%)	0	
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	7 (21,88%)	5 (21,74%)	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	9 (28,13%)	4 (17,39%)	
	Sans Emploi	0	2 (8,70%)	
	Agriculteur	0	2 (8,70%)	
	Ouvriers	1 (3,13%)	2 (8,70%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Niveau d'étude	Niveau 6	5 (15,63%)	6 (26,09%)	Chi² de Pearson p:0,511828
	Niveau 5	11 (34,38%)	9 (39,13%)	
	Niveau 5 bis	2 (6,25%)	1 (4,35%)	
	Niveau 4	6 (18,75%)	3 (13,04%)	
	Niveau 3	4 (12,50%)	0	
	Niveau 1 et 2	4 (12,50%)	4 (17,39%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Ordonnance	Dactylographiée	29 (90,63%)	20 (86,96%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,49514
	Manuscrite	3 (9,38%)	3 (13,04%)	

Durée de consultation	10-20 minutes	23 (71,88%)	15 (65,22%)	Chi² de Pearson p:0,847271
	>20 minutes	5 (15,63%)	4 (17,39%)	
	5-10 minutes	4 (12,50%)	4 (17,39%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Ordonnance expliquée	Oui	30 (93,75%)	21 (91,30%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,56007
	Non	2 (6,25%)	2 (8,70%)	
Ordonnance relue	Non	24 (75%)	18 (78,26%)	Chi² de Pearson p:0,778884
	Oui	8 (25%)	5 (21,74%)	
Calendrier des traitements	Utile	4 (12,50%)	9 (39,13%)	Chi² de Pearson p:0,021851
	Inutile	28 (87,50%)	14 (60,87%)	
Générique frein à la compréhension	Oui	14 (43,75%)	16 (69,57%)	Chi² de Pearson p:0,057890
	Non	18 (56,25%)	7 (30,43%)	
Médecin	Homme	27 (84,38%)	18 (78,26%)	Chi² de Yates p:0,82158
	Femme	5 (15,63%)	5 (21,74%)	
	Secteur 1	4 (12,50%)	1 (4,35%)	Chi² de Yates
Secteur 2	28 (87,50%)	22 (95,65%)	p:0,57419	
Aide à la compréhension de l'ordonnance	Oui	9 (28,13%)	10 (43,48%)	Chi² de Pearson p:0,237559
	Non	23 (71,88%)	13 (56,52%)	
Indication des traitements connus	Oui	26 (81,25%)	14 (60,87%)	Chi² de Pearson p:0,094132
	Non	6 (18,75%)	9 (39,13%)	
Effets indésirables connus	Oui	9 (28,13%)	2 (8,70%)	Chi² de Yates p:0,15124
	Non	23 (71,88%)	21 (91,30%)	

5.3.2 Les facteurs influençant la connaissance de l'indication des traitements

		Indications connues	Indications non connues	p
		Effectif (Pourcentage colonne)	Effectif (Pourcentage colonne)	
Sexe	Féminin	21 (52,50%)	10 (66,67%)	Chi² de Pearson p:0,345432
	Masculin	19 (47,50%)	5 (33,33%)	
Age patient	65-70	15 (37,5%)	1 (6,67%)	Chi² de Pearson p:0,144646
	71-75	7 (17,50%)	5 (33,33%)	
	76-80	9 (22,50%)	4 (26,67%)	
	81 et plus	9 (22,50%)	5 (33,33%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieur à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Couverture médicale	Mutuelle	31 (77,50%)	12 (80,00%)	Chi² de Yates p:0,86768
	Sans Mutuelle	9 (22,50%)	3 (20,00%)	
Catégorie socio professionnelle	Employés	11 (27,50%)	6 (40,00%)	Chi² de Pearson p:0,782704
	Professions intermédiaires	5 (12,50%)	1 (6,67%)	
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	9 (22,50%)	3 (20,00%)	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	10 (25,00%)	3 (20,00%)	
	Sans Emploi	1 (2,50%)	1 (6,67%)	
	Agriculteur	1 (2,50%)	1 (6,67%)	
	Ouvriers	3 (7,50%)	0	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Niveau d'étude	Niveau 6	8 (20,00%)	3 (20,00%)	Chi² de Pearson p:0,636351
	Niveau 5	13 (32,50%)	7 (46,67%)	
	Niveau 5 bis	3 (7,50%)	0	
	Niveau 4	6 (15%)	3 (20,00%)	
	Niveau 3	4 (10,00%)	0	
	Niveau 1 et 2	6 (15,00%)	2 (13,33%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Ordonnance	Dactylographiée	36 (90,00%)	13 (86,67%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,52712
	Manuscrite	4 (10,00%)	2 (13,33%)	
Durée de	10-20 minutes	27 (67.50%)	11 (73.33%)	

consultation	>20 minutes	6 (15,00%)	3 (20,00%)	Chi² de Pearson p:0,576778 Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies	
	5-10 minutes	7 (17,50%)	1 (6,67%)		
Ordonnance expliquée	Oui	38 (95,00%)	13 (86,67%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,29750	
	Non	2 (5,00%)	2 (13,33%)		
Ordonnance relue	Non	31 (77,50%)	11 (73,33%)	Chi² de Yates p:0,97416	
	Oui	9 (22,50%)	4 (26,67%)		
Calendrier des traitements	Utile	8 (20,00%)	5 (33,33%)	Chi² de Yates p:0,49635	
	Inutile	32 (80,00%)	10 (66,67%)		
Générique frein à la compréhension	Oui	19 (47,50%)	11 (73,33%)	Chi² de Pearson p:0,086607	
	Non	21 (52,5%)	4 (26,67%)		
Médecin	Homme	32 (80,00%)	13 (86,67%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,44529	
		8 (20 ,00%)	2 (13,33%)		
	Femme			Exact Fisher, unilatéral p:0,18915	
		Secteur 1	5 (12,50%)		0
		Secteur 2	35 (87,50%)		15 (100%)
Aide a la compréhension de l'ordonnance	Oui	11 (27,50%)	8 (53,33%)	Chi² de Pearson p:0,072759	
	Non	29 (72,50%)	7 (46,67%)		

5.3.3 Les facteurs influençant la connaissance des effets indésirables des traitements

		Effets indésirables connus	Effets indésirables non connus	p
		Effectif (Pourcentage colonne)	Effectif (Pourcentage colonne)	
Sexe	Féminin	6 (54,55%)	25 (56,82%)	Chi² de Yates p:0,83842
	Masculin	5 (45,45%)	19 (43,18%)	
Age patient	65-70	5 (45,45%)	11 (25,00%)	Chi² de Pearson p:0,448951
	71-75	1 (9,09%)	11 (25,00%)	
	76-80	3 (27,27%)	10 (22,73%)	
	81 et plus	2 (18,18%)	12 (27,27%)	
Couverture médicale	Mutuelle	9 (81,82%)	34 (77,27%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,55142
	Sans Mutuelle	2 (18,18%)	10 (22,73%)	
Catégorie socio professionnelle	Employés	4 (36,36%)	13 (29,55%)	Chi² de Pearson p:0,844348
	Professions intermédiaires	2 (18,18%)	4 (9,09%)	
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	2 (18,18%)	10 (22,73%)	
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	3 (27,27%)	10 (22,73%)	
	Sans Emploi	0	2 (8,70%)	
	Agriculteur	0	2 (8,70%)	
	Ouvriers	0	3 (6,82%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Niveau d'étude	Niveau 6	2 (18,18%)	9 (20,45%)	Chi² de Pearson p:0,609491
	Niveau 5	4 (36,36%)	16 (36,36%)	
	Niveau 5 bis	0	3 (6,82%)	
	Niveau 4	1 (9,09%)	8 (18,18%)	
	Niveau 3	2 (18,18%)	2 (4,55%)	
	Niveau 1 et 2	2 (18,18%)	6 (13,64%)	
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies			
Ordonnance	Dactylographiée	10 (90,91%)	39 (88,64%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,65558
	Manuscrite	1 (9,09%)	5 (11,36%)	
Durée de	10-20 minutes	9 (81.82%)	29 (65.91%)	

consultation	>20 minutes	0	9 (20,45%)	Chi² de Pearson p:0,259586	
	5-10 minutes	2 (18,18%)	6 (13,64%)		
	Certaines cases des effectifs attendus inferieurs à 5. Les conditions de validité du Chi2 ne sont pas remplies				
Ordonnance expliquée	Oui	10 (90,91%)	41 (93,18%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,60197	
	Non	1 (9,09%)	3 (6,82%)		
Ordonnance relue	Non	8 (72,73%)	34 (77,27%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,51369	
	Oui	3 (27,27%)	10 (22,73%)		
Calendrier des traitements	Utile	1 (9,09%)	12 (27,27%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,19564	
	Inutile	10 (90,91%)	32 (72,73%)		
Générique frein à la compréhension	Oui	3 (27,27%)	27 (61,36%)	Chi² de Pearson p:0,042257	
	Non	8 (72,73%)	17 (38,64%)		
Médecin	Homme	9 (81,82%)	36 (81,82%)	Exact Fisher, unilatéral p:0,68473	
		2 (18,18%)	8 (18,18%)		
	Femme			Exact Fisher, unilatéral p:0,04918	
		Secteur 1	3 (27,27%)		2 (4,55%)
		Secteur 2	8 (72,73%)		42 (95,45%)
Aide à la compréhension de l'ordonnance	Oui	4 (36,36%)	15 (34,09%)	Chi² de Yates p:0,83158	
	Non	7 (63,64%)	29 (65,91%)		

6/Discussion

6.1 Méthodologie

Nous nous sommes inspirés pour ce travail, d'études qui ont étudié la capacité des patients à restituer leurs connaissances de leur prescription. Le terme anglo-saxon qui désigne la faculté des patients à connaître leur ordonnance est "patient's medication knowledge". Elle est définie par la connaissance du nom des traitements, de leurs indications, du mode de prise, du schéma posologique, de leurs effets indésirables et des précautions éventuelles.

Pour notre étude, nous avons utilisé la méthode du "Teach back". Cette méthode consiste à faire retranscrire par le patient les données acquises lors de sa consultation avec le médecin. Cette méthode semble une bonne méthode d'évaluation des capacités cognitives du patient à prendre ses traitements mais n'est qu'un reflet partiel de la réalité.

Notre étude utilise le principe de "Concordance", où l'on confronte la prescription du médecin, avec les explications données par le patient. En analysant les deux versants, nous obtenons des discordances ou écarts qui constituent les bases de notre réflexion.

La compréhension d'un traitement et les erreurs engendrées sont des notions complexes à aborder avec les patients, celles-ci faisant intervenir des notions de jugement et de performance, qui ont une importance implicite, gage de réussite dans la société.

[35.36.37.38]

6.2 Mieux comprendre les médicaments, une exigence déontologique et un enjeu thérapeutique

6.2.1 Connaître les médicaments, un devoir déontologique

De part sa profession, le médecin a des obligations qu'il accepte implicitement en prêtant le serment d'Hippocrate. Le code de santé publique, à travers le code de déontologie médicale énonce les grands principes des bonnes pratiques médicales. La connaissance des médicaments et la bonne compréhension de ses traitements par le patient en font partie.

Le code de Santé publique stipule que:

" Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution." [12]

"Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension". [13]

La place du patient dans le système de santé a changé au cours des dernières décennies. Ainsi, la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, s'ajoute à ces principes élémentaires. Cette loi Kouchner, place les patients au centre de leur santé, où ils jouent un rôle plus actifs, tant dans leur prise en charge que dans les politiques de santé. [14]

La bonne compréhension des traitements prescrits aux patients est un devoir du médecin, un droit du patient mais aussi un gage d'efficacité thérapeutique et de sécurité.

6.2.2 Connaître les médicaments, un enjeu thérapeutique

La prise médicamenteuse est une des conséquences de la consultation en médecine générale. Elle est le résultat d'une analyse médicale de la situation, d'un échange entre patient et médecin afin d'arriver à l'amélioration de la situation initiale. La bonne connaissance du médicament semble donc indispensable, et sa mauvaise utilisation entraîne une absence d'efficacité ou des complications parfois graves. [15]

6.3 Forces de notre travail

Choix de la population

Le choix de la population étudiée fait beaucoup dans l'originalité de ce travail. En effet, malgré les moyens de recherche performants dont nous disposons à l'heure actuelle, nous n'avons pas trouvé de travaux portant sur la pathologie aigue en gériatrie en médecine générale. Pourtant, la pratique actuelle montre qu'elle représente une part non négligeable de nos patientèles.

Le questionnaire

L'enquête par questionnaire nous a paru la meilleure solution. En effet, c'est une méthode simple et efficace pour étudier quantitativement les réponses des individus. Cette méthode nous a permis d'avoir un moyen fiable et reproductif pour interroger les patients.

Le questionnaire comportait volontairement un nombre de questions limitées (15 items). En effet, une enquête plus longue aurait dissuadé beaucoup de personnes d'y participer et nous n'aurions pas eu un taux de réponses équivalents. Un plus grand nombre de questions aurait pu apporter des informations plus précises mais avec une participation probablement plus restreinte.

La plupart des questions sont de type fermées avec choix unique ou multiple pour une facilité de réponse et d'analyse.

Deux autres questions, plus ouvertes et semi-directives ont dû être traitées de manière à avoir des résultats exploitables statistiquement. Le fait de ne pas avoir de questions ouvertes dans notre questionnaire limite l'expression des individus interrogés aux choix proposés, là aussi pour une analyse plus aisée.

Recueil des données

Nous avons évalué les patients avec une prescription réelle, personnalisée. Dans la plupart des études ayant une méthodologie semblable, les auteurs évaluaient la compréhension d'une prescription virtuelle standardisée.

Nous avons choisi de recueillir nos données directement après la consultation de médecine générale. Ainsi nous n'avons évalué que la part de compréhension liée à la relation médecin-patient, avant l'explication par le pharmacien, l'aide d'un proche ou de la consultation des notices.

Nous avons nous-mêmes posé les questions et rempli les questionnaires, évitant un biais de recueil. Le questionnaire était volontairement simple et court permettant de limiter le nombre de refus et d'avoir des réponses complètes. La réalisation d'un pré-test avait permis de réajuster certaines questions et de gagner en efficacité.

6.4 Faiblesses de notre travail

6.4.1 Les biais de notre étude sont liés :

Au type d'étude:

- Notre étude est observationnelle, elle implique des réponses à un moment donné qui mesurent les erreurs de compréhension de l'ordonnance. Ces erreurs potentielles ne sont donc pas encore

avérées. Nous mesurons donc dans cette étude des faits latents ou potentiels, et non la réalité.

La réalisation du pilulier virtuel n'est qu'un reflet partiel de la réalité et ne peut être assimilé à de véritables situations.

- Dans notre étude, l'analyse des résultats n'a pas été confrontée à l'avis du prescripteur. Nous avons jugé la compréhension de l'ordonnance par le patient sur sa seule ordonnance. Nous avons donc pu passer à côté de consignes ou conseils donnés à l'oral, ou encore de nuances concernant la prescription faite par le médecin.

A la puissance de l'étude:

Notre étude a été réalisée sur un échantillon dont le nombre de sujet a été décidé arbitrairement. Nous avons convenu d'un nombre plus grand de sujets que celui attendu. Il a fallu trouver un compromis entre faisabilité de l'enquête et représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible.

A posteriori, pour certaines variables de notre enquête notre puissance est insuffisante, un échantillon plus grand serait nécessaire pour répondre aux objectifs secondaires de notre étude.

Lors de la préparation de notre travail, nous nous étions laissés deux mois à raison de 2 à 3 demi-journées par semaine pour l'acquisition des résultats. Nos espérances en terme de taille d'échantillon ont dû être revues à la baisse.

A des biais de sélection:

- Des patients:

La sélection des patients pour notre enquête n'a pu se faire de manière probabiliste. Pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pu faire une sélection aléatoire. Nous avons donc pris le parti d'inclure

tous les patients répondants aux critères d'inclusions dans l'étude. Nous avons donc obtenu un échantillon dit de convenance. Dans une seconde partie (paragraphe 6.2) nous allons comparer notre échantillon à la population cible (âge, niveau socioculturel), pour pouvoir projeter les résultats en population générale.

Nous n'avons essuyé aucun refus lors de la phase de recueil des résultats, ce qui limite le biais de sélection, car parfois un refus masque des difficultés de compréhension de la part du patient.

Les patients ont été interrogés sur les communes de Fréjus et Saint-Raphaël, ils ont donc des particularités qui sont propres à leur région. On peut donc parler d'un échantillon spécifique, difficilement comparable à la population générale.

Dans notre étude, nous n'avons pas considéré les consultations réalisées en dehors des cabinets médicaux, pourtant la pathologie aigue chez les personnes âgées de plus de 65 ans est l'une des causes fréquentes de visite à domicile. Ceci introduit un biais de recrutement.

➤ Des médecins:

Là aussi, pour la sélection des médecins participant à notre travail, le recrutement n'a pu se faire de manière probabiliste. Nous avons contacté dix médecins au début de l'enquête, six d'entre eux ont répondu positivement, et ont participé au recueil des résultats. Les refus ont pu sous-estimer les erreurs en n'incluant que les médecins à l'aise avec le sujet.

Les médecins qui ont participé à l'enquête étaient au courant des objectifs de l'étude. Leurs explications devant l'ordonnance ont donc pu être modifiées sans qu'ils ne s'en rendent compte. Peut être ont-ils donné plus d'explications? Là aussi, les erreurs de compréhension de la part des patients ont pu être sous-estimées par ce biais non volontaire.

Sur les dix médecins sélectionnés pour participer à notre étude, six d'entre eux étaient conventionnés secteur un et quatre autres au secteur deux c'est à dire aux honoraires libres.

Parmi les six médecins qui ont accepté de participer à l'étude, nous retrouvons deux médecins conventionnés secteur un et quatre médecins conventionnés secteur deux.

Il existe un biais de sélection, le panel de médecin participant à l'étude étant différent de la population médicale cible.

➤ Du moment de l'étude:

Les patients interrogés venaient d'avoir leur consultation et donc les explications du médecin concernant leur prescription. On peut donc considérer que c'est à ce moment là qu'ils étaient le plus à même de répondre au questionnaire [39]. Ceci a pu engendrer des biais dans les réponses des patients, en effet le même questionnaire réalisé un jour après, après l'expertise du pharmacien, l'aide d'un proche ou d'une infirmière aurait eu des résultats bien différents...

Nous avons choisi de réaliser le questionnaire à la sortie de la consultation pour éviter les explications données dans un second temps qui peuvent parasiter ce que le patient a vraiment compris de la consultation et de son entretien avec son médecin.

6.4.2 Les limites de notre étude

Notre étude n'a pas évalué :

➤ l'état émotionnel ou de fatigue des patients.

Les patients que nous avons interrogés dans cette étude consultaient pour une pathologie aigue dans un cabinet de médecine générale. Toute pathologie aigue chez nos patients sous entend une

altération des capacités physiques et cognitives, et donc une diminution des performances lors des réponses au questionnaire. Notre étude n'a pas pris en compte ce phénomène malgré qu'il soit implicite au sujet de notre recherche.

Outre la fatigue physique, nous n'avons pas tenu compte non plus de l'état émotionnel des patients, or, plusieurs études ont montré que l'état émotionnel du patient interrogé est important à prendre en compte dans l'analyse de tests impliquant ses capacités. [40-41]

➤ Le nombre de traitements prescrits

Notre analyse n'a pas tenu compte du nombre de médicaments que contenait l'ordonnance des patients. A posteriori il aurait été intéressant de rechercher un lien entre compréhension de l'ordonnance et nombre de molécules prescrites, notamment en gériatrie, où la complexification peut être source de confusion chez les patients.

➤ La pathologie aiguë pour laquelle le patient a consulté

Nous n'avons pas tenu compte de la pathologie pour laquelle le patient a consulté dans l'étude statistique. Notre questionnaire a pourtant recueilli la pathologie pour laquelle le patient était traité. Les pathologies rencontrées étaient principalement infectieuses ou liées à des douleurs, une analyse rapide a montré que l'étude de ces variables n'apportait pas de réponses intéressantes se ramenant à notre sujet.

➤ Les capacités sensorielles des patients

Dans le questionnaire, nous n'avons pas évalué les capacités sensorielles de nos patients. Celles-ci sont pourtant primordiales chez les personnes âgées et sont directement en rapport avec la compréhension de leur ordonnance. Nous n'avons volontairement pas évalué la vue, ou encore l'ouïe

des patients qui ont répondu à l'enquête. Nous avons préféré nous en tenir à nos objectifs, à savoir, si la compréhension de l'ordonnance est facteur de critères sociaux ou culturels.

L'évaluation des performances sensorielles des patients pourrait faire l'objet d'un travail à part entière, de manière à évaluer le retentissement des déficits sensoriels sur la compréhension de l'ordonnance.

➤ Les connaissances médicales des patients

Tous les patients ne sont pas égaux en matière de problème de santé. La compétence des patients en santé diffère selon les antécédents ou l'intérêt porté par la personne à sa santé. Certaines personnes ayant un passé médical plus lourd que d'autres, liront plus facilement une ordonnance, question d'habitude. Les américains utilisent le terme de "Health literacy", qui regroupe la faculté qu'ont les patients à obtenir, lire, comprendre et utiliser des données de santé et à suivre les instructions d'un traitement. Aux Etats-Unis on estime que 1 patient sur 2 a un niveau bas ou inadapté, dans les études portant sur la compréhension d'informations. [42]

6.5 Les résultats

6.5.1 Principaux résultats de l'étude.

Notre étude a conforté nos attentes en termes de résultats attendus en début de travail. Malgré notre faible effectif, seulement 58.20 % des patients prennent correctement leurs traitements.

41.80% des patients interrogés prennent mal leurs traitements.

- Parmi les patients prenant mal leurs traitements, 34.78% des patients interrogés avaient une mauvaise prise médicamenteuse, induisant l'absence de résultats ou une iatrogénie potentiellement dangereuse.

- Pour 65.21% d'entre eux, la prise médicamenteuse ne respectait pas l'ordonnance du médecin, entraînant donc un traitement de la pathologie aigue moins efficace.

Concernant la connaissance de l'indication des traitements, 72.7% des patients connaissaient les molécules qui leurs étaient prescrites. **27.3% des patients de notre échantillon n'étaient pas capables de dire à quoi servaient les médicaments de leur ordonnance.**

Dans notre échantillon, **80% des personnes interrogées ne connaissaient pas d'effets indésirables ou de précautions d'emploi** liés à la prise médicamenteuse de leur ordonnance.

Nous avons dans notre étude statistique étudié la corrélation entre compréhension de l'ordonnance et connaissance de l'indication des traitements ou des effets indésirables. Malheureusement, au vu de la taille de notre échantillon nous n'avons pu montrer de différences significatives, malgré une puissance proche du seuil de $p:0.05$ ($p:0.094$ pour la corrélation entre compréhension de l'ordonnance et connaissance des indications, et $p:0.15$ pour la corrélation entre compréhension de l'ordonnance et la connaissance de effets indésirables).

L'étude statistique des résultats montre un lien significatif :

- entre la compréhension de l'ordonnance et l'utilité d'un calendrier des traitements.
($p:0.021$)
- entre la connaissance des effets indésirables et la gêne liée à l'utilisation du médicament générique. ($p:0.042$)
- entre la connaissance des effets indésirables et le conventionnement de leur médecin.
($p:0.04918$)

6.5.2 Les patients

Notre échantillon est homogène en ce qui concerne la répartition des sexes, avec une légère prédominance du sexe féminin (56.4% de l'échantillon) en accord avec les données démographiques actuelles d'une plus forte médicalisation féminine. [43]

La répartition en terme d'âge est semblable à celle de notre région selon les chiffres de l'INSEE de 2011. [43]

Au niveau de leur couverture santé, la totalité de nos patients bénéficiaient de la sécurité sociale et 78.2% des patients de l'échantillon avaient une couverture médicale par le biais d'une mutuelle ou de la CMU. Ces chiffres se rapprochent de ceux que l'on retrouve en population générale, avec en France environ 95% de la population couverte par une complémentaire santé. [45]

Le niveau d'étude de notre échantillon est lui aussi en accord avec les chiffres de l'INSEE de 2011 de la région PACA. [46]

Les catégories socioprofessionnelles retrouvées lors de notre étude diffèrent de celle de la population générale selon les chiffres de l'INSEE [47], avec une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que des artisans commerçants et chefs d'entreprise. Ce phénomène est lié au fait que la majorité des médecins participants à notre étude étaient conventionnés aux honoraires libres, et donc pratiquent des tarifs supérieurs à ceux de la sécurité sociale. Le prix de la consultation conditionne fortement la population retrouvée.

6.5.3 Les médecins

Notre échantillon de médecin ne peut être superposé à la population cible. Nous n'avons pu réunir que peu de médecin, ce qui a évidemment créé des disparités avec la population cible. Seulement 6 médecins ont participé à notre étude.

Sur les questionnaires recueillis, 81.8% des patients avaient consulté un médecin homme, contre 18.2% avec un praticien de sexe féminin. 90.9% des patients interrogés avaient consulté un médecin conventionné aux honoraires libres.

Les chiffres obtenus sont peu représentatifs de la population médicale française. En France, la population masculine chez les médecins généralistes représente deux tiers de la population totale. Cette profession est exercée par des femmes dans un tiers des cas. Ces résultats diffèrent de ceux de notre étude.

Il en est de même avec le secteur conventionnel des médecins de notre échantillon, où l'on retrouve moins de 10% de médecins au secteur 1. En France la tendance s'inverse avec environ 10 % de médecins généralistes exerçant en secteur 2. [48]

6.5.4 Les erreurs de compréhension de l'ordonnance par les patients

Nous n'avons pas retrouvé d'étude concernant le lien entre mauvaise compréhension et mauvaise observance du traitement. On peut cependant s'inquiéter du risque d'accident iatrogène et d'inefficacité thérapeutique résultant de la mauvaise compréhension du mode de prise des traitements.

➤ Compréhension et patients:

Concernant le sexe de nos patients, il y a une répartition homogène chez les patients n'ayant pas compris leur ordonnance avec un peu plus de femmes que d'hommes, (60.87% contre 39.13%) chiffre que l'on peut rattacher au plus grand nombre de femmes dans notre échantillon.

Si l'on se concentre sur l'âge de patients, on retrouve chez les patients n'ayant pas compris leur ordonnance, une homogénéité des résultats avec cependant chez les plus de 81 ans autant de patients ayant compris leur ordonnance que ceux ne l'ayant pas compris.

Ces résultats peuvent être le reflet du manque de puissance de notre étude. Un échantillon plus grand aurait montré des disparités dans les résultats, avec plus d'incompréhension chez les patients plus âgés.

➤ Compréhension de l'ordonnance, niveau d'étude et catégorie socio professionnelle

Concernant la compréhension du mode de prise des médicaments, notre étude ne montrait pas de différence statistiquement significative de compréhension liée au niveau social évalué par la catégorie socio professionnelle ou le niveau d'étude. Cependant, tous les résultats montraient une différence non significative statistiquement en faveur des personnes socialement favorisées. Ces résultats sont cohérents avec ce qui suit, et pourraient correspondre au manque de puissance statistique de notre étude.

➤ Compréhension de l'ordonnance et calendrier des traitements

Dans notre étude nous avons proposés aux patients un "pilulier virtuel", qui modélise un calendrier des traitements. Nous leur avons demandé si un tel calendrier leur semblait utile pour améliorer la compréhension de l'ordonnance. Nous avons montré qu'il existait un lien entre compréhension de l'ordonnance et utilité d'un tel calendrier. Ce résultat constitue donc une proposition d'amélioration de l'application des consignes médicales chez nos seniors.

6.5.5 Connaissance de l'indication et des effets indésirables des traitements

27.3% des patients ne connaissaient pas l'indication des traitements qui leurs avaient été prescrits. Ces chiffres peuvent être superposés à ceux de la compréhension de l'ordonnance. Il semble exister un lien entre connaissance des traitements et compréhension de l'ordonnance. Notre étude manquant de puissance n'a pu le prouver statistiquement ($p:0.094$), malgré une puissance se rapprochant du seuil de $p<0.05$.

De la même manière que pour la compréhension des traitements, nous n'avons pu montrer de lien entre connaissance de l'indication des traitements et catégorie socio professionnelle, mais il existe cependant dans nos résultats une meilleure connaissance des traitements chez les personnes les plus favorisées.

Concernant les effets indésirables, les résultats sont plus marqués que ceux attendus. 80% des patients interrogés ne connaissent pas les effets indésirables éventuels de leurs traitements. Selon nos résultats on retrouve là aussi, et de manière non significative, un lien entre catégorie socio professionnelle et connaissance des effets indésirables.

Nos recherches n'ont pas trouvé d'étude traitant de la connaissance de l'indication des traitements et leurs effets indésirables en population gériatrique. Les résultats que nous avons retrouvés ne peuvent faire l'objet d'une comparaison. Une enquête avec plus de puissance pourrait confirmer nos résultats.

6.5.6 Modalité de consultation et compréhension globale de l'ordonnance

L'ensemble des résultats présentés représentent des tendances que le manque de puissance de notre étude ne permet pas d'affirmer. Il semble cependant que tous les facteurs étudiés influencent la compréhension globale de l'ordonnance par les patients.

Lorsque l'on étudie la durée de consultation, le fait que l'ordonnance soit relue et ou expliquée, on retrouve de manière non significative une amélioration de la compréhension des patients. Le temps passé en consultation semble jouer sur la compréhension globale de l'ordonnance.

De la même façon, le type d'ordonnance utilisé (manuscrite ou dactylographiée) semble améliorer là aussi la compréhension globale de l'ordonnance par les seniors.

6.6 Comparaisons avec les autres études

Nos recherches sur le thème de la compréhension de l'ordonnance en pathologie aiguë ont été peu fructueuses. La majorité des études réalisées le sont sur le traitement de fond ou lors d'hospitalisation des patients.

Nous avons retrouvé une thèse de médecine générale [34] en population générale et non gériatrique, à la sortie des officines de ville. Les résultats obtenus concordent avec ceux de notre étude. Dans leur enquête, presque un patient sur trois, 29,8% (contre 41.81% dans notre étude) n'avait pas bien compris comment prendre le traitement prescrit pour un problème aigu à la sortie de la consultation de médecine générale et 59.5% (contre 80% des patients dans notre étude) ne connaissaient pas les effets indésirables très fréquents ou graves encourus avec les médicaments prescrits. Cette étude a été réalisée sur 121 patients dans le 15ème arrondissement de Paris.

Ces résultats sont superposables aux nôtres avec une accentuation des erreurs de compréhension et de connaissance de l'indication et des effets indésirables. Les résultats sont difficilement

comparables car ils ne visent pas la même population. Les différences retrouvées semblent liées aux différences d'âges des populations étudiées.

Une étude française nommée IPOP est en cours de réalisation. Cette étude concerne la compréhension des patients de plus de 65 ans polymédiqués autonomes et vivants à domicile. Cette enquête est en cours de réalisation par le service ICAR du Groupe Hospitalier Universitaire de la Pitié Salpêtrière (Paris) dirigé par le Pr Gilbert Deray [49]. Les premiers résultats (environ 500 prescriptions évaluées contre 1000 souhaitées) montrent que 30% des patients interrogés ne savent pas pourquoi leurs sont prescrits leurs médicaments. Cette enquête conforte nos résultats d'autant plus qu'elle porte sur le traitement de fond de nos patients. Si les patients ne connaissent pas leur traitement chroniques, qu'en est-il lors de l'utilisation de médicaments inconnus pour eux ?

6.7 Comment améliorer la compréhension des ordonnances ?

6.7.1 La place du médecin

➤ Améliorer la lisibilité de l'ordonnance

L'ordonnance est la clef de voûte du traitement. Elle matérialise la consultation entre le médecin et le patient. Elle assure la continuité avec le pharmacien et représente la référence essentielle lorsque le patient se retrouve seul face à ses boîtes de médicaments. Les problèmes les plus fréquents d'observance apparaissent lors de l'introduction de nouveaux traitements, d'un arrêt de traitement ou lors d'une substitution.

Il s'agit en premier lieu de favoriser l'ordonnance dactylographiée. Les ordonnances manuscrites peuvent être sources d'incompréhension et de iatrogénie. [15]

Concernant la population étudiée dans notre étude, il semble nécessaire que la rédaction soit précise et lisible, d'adapter la taille de l'écriture à la personne soignée. De même, une ordonnance aérée,

comportant peu de traitement est plus lisible, et donc plus facilement applicable en population gériatrique.

➤ S'adapter à la prescription en gériatrie

Il existe quelques principes nécessaires à une bonne application des pratiques médicales, notamment en gériatrie où la fragilité des patients est accrue. Le choix du traitement est fondamental. Ainsi, nous nous orienterons vers des molécules ayant le moins d'effets secondaires et d'interactions, ayant la marge de sécurité la plus large, avec la demi-vie la plus courte, le plus simple à prendre (1 prise/jour si possible). La voie d'administration et la forme galénique doivent être les plus adaptées aux handicaps du patient (tremblements, troubles visuels, troubles cognitifs, difficultés de préhension manuelle, mobilisation limitée de l'épaule pour les collyres...). En cas de médicament à élimination rénale, adapter la posologie à la fonction rénale. En cas de médicament à marge thérapeutique étroite, commencer par des posologies faibles et augmenter progressivement. Limiter les doses de charge qui exposent à des pics sériques excessifs et à une majoration de la toxicité.

La prescription de toute nouvelle molécule en gériatrie nécessite de connaître l'ensemble des antécédents, des traitements pris par le patient.

➤ Diminuer le nombre de médicaments prescrit

Plus une ordonnance est simple, plus son application est simple. Le prescripteur doit veiller à ne pas multiplier les traitements, seul les médicaments adaptés à la situation médicale et ayant un bénéfice attendu doivent être prescrits.

Le nombre de prises par jour doit retenir notre attention. Il faut privilégier les médicaments ayant peu de prise journalière pour diminuer la complexité de l'ordonnance et donc favoriser la bonne prise médicamenteuse.

Pour chaque traitement, le rapport bénéfice / risque doit être évalué : quel bénéfice apporte-t-on au patient avec ce traitement par rapport au risque qu'il encourt si il ne lui est pas donné et au risque qu'il encourt si il lui est donné ?

➤ Structurer l'ordonnance

Lors de la rédaction de l'ordonnance, disposer les lignes de traitement en fonction de l'importance de chaque molécule. Pour un épisode infectieux, il semble licite de commencer par le traitement antibiotique et de prescrire les autres médicaments en fonction de leur importance thérapeutique. Les premières lignes de traitement retiennent plus l'attention que les dernières.

➤ Identifier les patients à risque

En médecine générale, le suivi des patients nous permet de connaître les patients à risque et donc d'adapter la prescription à la personne soignée. En pathologie aigue, le patient traité n'est pas toujours connu du prescripteur, il n'est donc pas toujours aisé de repérer les patients à risque. Nous ne disposons pas en France à ce jour d'outils de dépistage rapide des patients ayant une bonne compétence informationnelle en matière de santé, comme le REALM R dans les pays anglophones [50]. Il semblerait donc intéressant de développer de tels outils surtout pour les médecins confrontés à des populations socialement défavorisées. L'identification rapide des patients à faible compétence en matière de santé pourrait permettre une adaptation des instructions médicales et une meilleure compréhension.

➤ Ne pas négliger les explications orales.

Comme nous l'avons vu précédemment l'ordonnance est la preuve écrite de la consultation. Mais l'information orale est aussi capitale, si l'on en croit l'étude française de Durand et al [51], «Ce sont les explications orales données par le médecin au moment de la rédaction de l'ordonnance qui sont jugées les plus importantes» par le patient et doivent donc retenir notre attention. Les recommandations orales sont donc primordiales et doivent donc ne pas être négligées du fait de la

présence de l'ordonnance. Faire reformuler l'ordonnance par le patient est un très bon moyen de vérifier la compréhension de son ordonnance.

➤ L'éducation thérapeutique des patients.

L'éducation du patient et la continuité des soins sont des compétences du médecin généraliste. Ces compétences sont importantes lors du suivi de pathologies chroniques. Le médecin doit accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et à améliorer sa santé. Il a donc un rôle de prévention et d'éducation. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.[58]

Les connaissances médicales du patient sont importantes lors de pathologies chroniques, et participent à l'amélioration de la compréhension lors de pathologie aiguë. L'éducation thérapeutique réalisée par le médecin lors du suivi des patients participe à améliorer la compréhension de l'ordonnance en situation aiguë.

➤ Délivrer un pilulier virtuel

La mise en place d'un pilulier chez nos séniors fait déjà ses preuves dans le cadre de pathologies chroniques. Il est souvent mis en place par l'infirmière, un proche... Mais son utilisation est pour le moment limitée à la pathologie chronique. Il est difficilement envisageable de faire réaliser pour toutes les personnes de plus de 65 ans un pilulier lors de leurs pathologies aiguës. D'où l'idée de mettre en place et de délivrer un pilulier virtuel, plus facile à réaliser, pour faciliter la prise médicamenteuse lors des pathologies aiguës.

Nos résultats montrent que seulement 23.60% des séniors considéraient comme utile un calendrier des traitements lors de la pathologie aiguë. Pourtant, suite à l'analyse de nos résultats, on montre un lien significatif ($p:0.021$) entre compréhension de l'ordonnance et utilité d'un calendrier des traitements remis par le médecin.

On peut donc en déduire que les patients ne comprenant pas leur ordonnance auraient trouvé un bénéfice à la remise d'un pilulier virtuel.

La remise systématique d'un pilulier virtuel est donc un facteur d'amélioration de la compréhension de l'ordonnance en pathologie aigue chez nos seniors. Il s'agit d'une piste pour améliorer la prise médicamenteuse et donc pour un meilleur traitement de nos patients.

6.7.2 La place du patient

La consultation est un échange entre le médecin et son patient. Le médecin après examen médical doit informer le patient sur la pathologie et lui donner les clefs pour une prise en charge optimale. Cela passe par ses explications verbales et par l'ordonnance qu'il délivre. Il parait indispensable que lors de cet échange, médecins et patients participent tout deux activement pour de meilleurs résultats. Le patient, comme le médecin a donc son rôle à jouer lors de la consultation, et sa participation fait partie intégrante de la réussite du traitement entrepris.

6.7.3 La place du pharmacien

Notre étude a été réalisée directement à la sortie de la consultation de manière à ne pas faire intervenir de facteurs externes à la consultation pouvant parasiter les explications du médecin. Il ne faut cependant pas oublier l'expertise du pharmacien qui vient s'ajouter et complète celle du médecin.

6.8 Perspectives

- Les résultats de notre étude sont limités par la puissance statistique de notre échantillon. Ils sont néanmoins préoccupants et nécessiteraient d'être confirmés par des études de plus fortes puissances, incluant une population plus nombreuse et plus hétérogène socialement.
- Confirmer l'amélioration de la compréhension de l'ordonnance par nos seniors avec la remise d'un pilulier ou calendrier virtuel des traitements. Une étude comparative pourrait confirmer nos résultats.
- Réaliser la même enquête à la sortie de l'officine de manière à comparer les résultats avec ceux que nous avons obtenus. L'expertise du pharmacien améliore-t-elle la compréhension de nos seniors?

7/Conclusion

Les résultats de notre étude ont évalué la prise médicamenteuse lors de la pathologie aigue en médecine générale. Nous avons confirmé les attentes que nous avions en début d'étude. Malgré le manque de puissance de l'analyse statistique des résultats, ceux-ci montrent des tendances, notamment la difficulté qu'ont certaines personnes âgées à lire et à appliquer la prescription de leur médecin.

41,8% de nos patients n'avaient pas compris leur ordonnance pouvant entrainer une mauvaise prise médicamenteuse, et donc une mauvaise efficacité des traitements prescrits. Dans notre échantillon, 27,3% des patients ne connaissaient pas l'indication des traitements qui leur étaient prescrits et 80 % d'entre eux ne pouvaient pas citer d'effets indésirables aux traitements qu'ils allaient prendre. Ces chiffres sont intéressants du fait du peu de données sur le sujet.

Notre échantillon a un niveau de scolarité plus élevé que celui retrouvé en population générale, la répartition des métiers exercés est différente, avec plus de métiers considérés comme favorisés. Il est probable que les résultats obtenus en population générale soient encore plus accentués que dans notre échantillon.

Les patients présentant des difficultés dans la compréhension de leur ordonnance tireraient profit de la remise par leur médecin d'un semainier ou "pilulier virtuel" pour une meilleure prise médicamenteuse et donc une meilleure efficacité thérapeutique. Il s'agit d'un moyen facile à mettre en place et facilement applicable à l'ère de la prescription informatique. Il permettrait aussi de limiter la iatrogénie, d'améliorer le service médical rendu et donc de diminuer les dépenses de santé.

Concernant le rôle des facteurs socioculturels sur la compréhension de l'ordonnance, notre étude manque de puissance pour affirmer statistiquement le lien entre compréhension et niveau socioculturel, mais il se dégage une tendance en faveur de ce critère.

En médecine générale, l'éducation thérapeutique des patients est primordiale pour obtenir une efficacité thérapeutique. Ceci est particulièrement vrai en pathologie chronique, mais n'est pas dénuée de sens lors d'épisodes aigus. L'éducation thérapeutique en gériatrie est nécessaire pour améliorer la compréhension de l'ordonnance. Le facteur limitant l'éducation des patients reste le temps que peut demander une consultation avec la personne âgée.

Une meilleure compréhension des ordonnances par nos seniors pourrait diminuer la iatrogénie qui est importante dans cette tranche d'âge. Les tendances de ces résultats pourraient être confortées par de nouvelles études de plus grande puissance qui contribueraient aussi à améliorer les pratiques médicales.

8/Références bibliographiques

- 1 - Insee , Daguët Fabienne, *La parenthèse du Baby boom* , N 479 Aout 1996, Consulté le 26/01/2015 Disponible sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip479.pdf
- 2- Insee, *Évolution de l'espérance de vie à divers âges* Consulté le 26/01/2015 Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229
- 3-Insee, Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, *Projections de population à l'horizon 2060*, N° 1320 Octobre 2010 Consulté le 26/01/2015 Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>
- 4-Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, et al.: *Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 2006; 54(6): 991-1001.
- 5-Abellan van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Vellas B: *The I.A.N.A Task force on frailty assessment of older people in clinical practice*. J Nutr Health Aging 2008; 12(1): 29-37.
- 6-Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.: *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A biol Sci Med Sci 2001; 56(3): M146-56.
- 7-Ottenbacher KJ, Ostir GV, Peek MK, Snih SA, Raji MA, Markides KS: *Frailty in older Mexican americans*. J Am Geriatr Soc 2005; 53(9): 1524-31
- 8-Dress, Rapport " *Les comptes nationaux de la santé en 2012*", édition 2013 , page 21- 22
- 9-Nardin A , *La vieillesse à l'hôpital* , La revue du praticien, 30 avril 2008, Vol 58, p 922-923
- 10-Aquino Jc, Jeandel C , *La gériatrie devient une spécialité*, Mars 2005, Volume 3, numéro 1
- 11- Kuntzmann F. *Spécialité de gériatrie et capacité de gérontologie*. La Revue de Gériatrie ; 2004 ; 29 : 477
- 12-France, Article R.4127-34 [monographie en ligne] Code de santé publique [réf. Du 8aout 2014]. Consulté le 29/01/2015 ,Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DE6E6198BB93E816791FF4D6D72A36>

OD.tpdjo09v_3?idArticle=LEGIARTI000006912896&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080505

13-France , Article R4127-35 34 [monographie en ligne] Code de santé publique [réf. Du 8aout 2014].Consulté le 29/01/2015 Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210>

14-France, *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* [Réf. Du 29 janvier 2015] Consulté le 29/01/2015 Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

15-Alzieu M, Trivin F. *Complication grave d'une ordonnance illisible*. La Presse Médicale. 2000;29(22):1263

16- SIGNORET Julien, *Evolution du contenu de la consultation de Médecine Générale en termes de maladies chroniques, aiguës et de prises en charge non pathologiques entre 1993 et 2010*. [Thèse Médecine Générale]., Université de Versailles, 2012.

17- Amar E., Pereira C. « *Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants* », DREES : Études et Résultats n°440. 2005

18- IPSOS Santé pour la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie , *Les Européens, les médicaments et le rapport à l'ordonnance : synthèse générale*, Février 2005

19- Géraldine LABARTHE DRESS *Etudes et résultats, Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie* N°315 Juin 2004

20- BRITTEN N, UKOUMUNNE O. *The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey*. BMJ. 1997; 315 (7121): 1506-10. 76

21- BEDEL C. *Pression de prescription: étude de 599 consultations auprès de 4 médecins généralistes* [Thèse Médecine Générale].Université de Toulouse III; 2002.

22- COCKBURN J, PIT S. *Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patient's expectations- a questionnaire study*. Br Med J. 1997; 315: 520-3.

23- Allonier C, Guillaume S, Sermet C. *De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France*. Paris : IRDES, Questions d'économie de la santé ; 2006. N°123.

24- FourrierA, Letenneur L, Dartigues JF, DecampsA, Begaud B. *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé vivant à domicile et en institution à partir de la cohorte Paquid : importance de la polymédication et utilisation de psychotropes*. Rev Geriatr 1996;21:473-6.

25- Michel P et Al *les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé. étude ENEIS* . DRESS étude et résultats 2005. 398 p1-16

26-AFSSAPS-Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *Mise au point: Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé*. 2005.

27-HAS-Haute Autorité de Santé. *Evaluation et amélioration des pratiques: Prescrire chez le sujet âgé*. 2006.

28- HAS-Haute Autorité de Santé. *Impact clinique des programmes d'amélioration de la qualité* [en ligne] Haute Autorité de Santé [consulté le 3 mars 2015]. Mis à jour le 14 novembre 2011. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_927433/de-l-experienceclinique-a-l-amelioration-des-pratiques-pmsa

29-Ameliie.fr , *L'assurance maladie, Règles générales de prescription des médicaments* , [en ligne] l'assurance maladie [consulté le 3 mars 2015]. Mis à jour le 5 décembre 2015 , disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/regles-generales-de-prescription-des-medicaments.php>

30- Herxheimer A. *The role of consumers*. Thérapie 2001 ; 56 : 285-6.

31- Prigent A. , *Bien suivre son traitement ne va pas de soi*, Article en ligne, Le quotidien du médecin numérique, consulté le 08/03/2015 .

32-Education nationale, *NOMENCLATURE DES NIVEAUX DE FORMATION* Circulaire N°67-300 DU 11.7.1967

33-France, *Décision du 20 janvier 2003 relative à la mise en oeuvre d'une nouvelle version de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles*, Journal officiel du 20 février 2003 page 3108 texte n° 31 , consulté le 16/03/2015 disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/eli/decision/2003/1/20/ECOS0360002S/jo/texte>

34- VILLEROY de GALHAU du PASSAGE, *MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR UNE PATHOLOGIE AIGUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :- LES PATIENTS COMPRENNENT-ILS LES MODALITÉS DE PRISE ET LES RISQUES D'EFFETS INDÉSIRABLES ?- DES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES SONT-ELLES ASSOCIÉES À CETTE COMPRÉHENSION ?*Thèse de médecine générale UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES (PARIS 5) , 2013.

35- Farris KB, Phillips BB. *Instruments assessing capacity to manage medications*. Ann pharmacother. Juillet 2008;42(7):1026-1036.

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

37- Brulebois A, Coupe J-D. *Analyse des écarts de prescriptions médicamenteuses entre domicile, admission et sortie d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Voiron: vers la conciliation des traitements médicamenteux*. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2011.

38- Simon Zenklusen et Al. *Compétences en santé déficientes : obstacle à une prise en charge optimale*. Médecine Voyag. 9 mai 2012;Volume 340(18):1016-1021.

39-Monette J, Monette M. *Médicaments et personnes âgées : obstacles à une utilisation optimale*. Médecin Québec. déc 2008;43(12):53-58.

40- Guerreiro E. *Evaluation de la compréhension du diagnostic, du traitement et des consignes de sortie des patients d'un service d'accueil des urgences: recherche de facteurs prédictifs* [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2011

41- Kessels RPC. *Patients' memory for medical information*. J R Soc Med. 5 janv 2003; 96(5):219-222.

42- Davis TC, Wolf MS, Bass I, Thompson JA, Tilson HH, Neuberger M, et al. *Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels*. Ann Intern Med. 19 déc 2006;145(12):887-894.

43- Legrain S. *Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé* Consommation, Prescription, iatrogénie et Observance [Internet]. HAS; 2005. Disponible sur: www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf*

44-INSEE, *Evolution et structure de la population en 2011*, région PACA, disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP1A&millesime=2011&niveau=1&typege o=REG&codgeo=93.

45-IRDES , *la couverture complémentaire santé dans l'enquête santé et protection sociale de 2010* disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/CouvertureComplementaire/Donnees Gnles.html>

46-INSEE, *Chiffres clés Diplômes - Formation*, région PACA 2011, disponible sur:

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=FOR&millesime=2011&typgeo=REG&search=93.

47-INSEE, *Des spécificités socioprofessionnelles régionales*, 2007, disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1317

48-AMELI, *Informations relatives à la démographie des professionnels de santé (PS) libéraux*, 9 février 2015, disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/secteur-conventionnel.php>

49- Evelyne Delicourt, EGORA, *Des ordonnances mal comprises des patients et des pharmaciens*, 23 juin 2015

50- Pat F Bass, John F Wilson and Charles H Griffith, *A Shortened Instrument for Literacy Screening*, J Gen Intern Med. 2003 Dec; 18(12): 1036–1038.

51- Durand G, Piette C. *Médicament : la parole est aux usagers*. Prescrire, Novembre 2002; 22 (233): 793-795.

52- Société française de Médecine Générale, *Dictionnaire des Résultats de consultation®*, disponible sur :

http://www.sfmng.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/

53- Almirall, J,; FORTIN, M. *The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases*. Journal of Comorbidity, [S.l.], v. 3, n. 1, p.4-9,oct. 2013.

54- Collège de médecine générale de Nice, *médecine de premier recours*, disponible sur :

http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php3?id_rubrique=65

55- SFMG, *Démarche décisionnelle de la maladie à la personne malade*, disponible sur :

http://www.sfmng.org/theorie_pratique/demarche_decisionnelle/

56- HAS, *Education thérapeutique du patient, définition, finalités et organisation*, Juin 2007, disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf

57- Haut conseil de la santé publique. Rapport. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours*. 2009. Disponible sur:

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprre.pdf

58- HAS , *L'éducation thérapeutique des patients*, le 19 juin 2014 , disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

9/Annexe, questionnaire

Questionnaire: La personne âgée de plus de 65 ans non dépendante, quelle est la compréhension de son ordonnance lors d'une pathologie aigue en médecine générale?

Questionnaire à remplir avec l'ordonnance du médecin que vous venez de consulter.

1/ **SEXE** : ☐ Homme ☐ Femme

2/ **AGE** : ☐ 65-70 ☐ 71-75 ☐ 76-80 ☐ 81-85 ☐ 86-90 ☐ >90

3 / Avez vous: ☐ Sécurité sociale ☐ CMU ☐ Mutuelle ☐ Aide médicale d'état

4/ Votre **Catégorie socio professionnelle**:

- 1 Agriculteur ☐
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprises ☐
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures ☐
- 4 Professions intermédiaires ☐
- 5 Employés ☐
- 6 Ouvriers ☐
- 7 Sans emploi ☐

5/Votre **niveau d'étude** :

- 6 n'allant pas au-delà de la scolarité obligatoire (16 ans) ☐
- 5^{bis} d'une durée maximale d'un an après le collège ☐
- 5 équivalent au CAP, au BEP ou au diplôme national du brevet ☐
- 4 équivalent au bac (général, technologique ou professionnel) ☐
- 3 équivalent à un niveau bac+2 : BTS ,DUT ☐
- 1 et 2 équivalent à un niveau égal ou supérieur au Bac+3 (licence, maîtrise, ...) ☐

6/ Pour quelle **motif / maladie / pathologie** avez vous consulté votre médecin?

7/ votre ordonnance est-elle: ☐ écrite à la main (**manuscrite**)

☐ à l'ordinateur (**dactylographiée**)?

Si manuscrite vous semble-t-elle assez **lisible**?

☐ OUI

☐ NON

8/ **Combien de temps a duré la consultation** : ☐ 5-10 min ☐ 10-20min ☐ >20min

9/ Votre Ordonnance vous a-t-elle été : **-expliquée** par votre médecin ☐

-Relue ☐

10/ Pourriez-vous remplir ce tableau? Mettre le nom du médicament dans les cases concernées avec le nombre de comprimés, le moment de la prise ainsi que la durée du traitement.

	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7
MATIN							
MIDI							
SOIR							

11/Pensez vous qu'un **calendrier des traitements** tel que réalisé ci dessus, remis par votre médecin, vous aide à mieux prendre vos traitements?

☐ OUI

☐ NON

12 / Pouvez vous me dire a quoi servent les médicaments qui vous ont été prescrits?

Votre médecin vous a-t-il parlé d'effet indésirable liés aux médicaments que vous allez prendre?

Existe-t-il des précautions liées à la prise de vos médicaments?

Remplissons ce tableau:

NOM DU MEDICAMENT	A QUOI SERT IL ?	EFFET INDESIRABLE /PRECAUTION

13/ Votre **médecin** est-il : ☐ Un homme ☐ une femme

☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2

14/ Habituellement, avez-vous l'habitude de **vous faire aider** pour améliorer la compréhension de votre ordonnance ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui , par qui ? ☐ pharmacien ☐ IDE ☐ Proche ☐ Autre

15/ La généralisation du **médicament générique** vous semble -t-il un frein à la compréhension de votre ordonnance ? ☐ OUI ☐ NON

10/Serment d'Hippocrate

*« En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant
l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice
de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail.*

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ;
ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou
de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

