

UFR DE SANTE DE ROUEN NORMANDIE

ANNEE 2020

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

Marianne LEMORDANT épouse GRARE

Née le 15 novembre 1992 à Evreux (27)

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2020

**Quelles connaissances les patients de plus de 75 ans
ont-ils de leurs médicaments ?**

Président du jury :	Monsieur le Professeur Jean DOUCET
Directrice de thèse :	Madame le Docteur Brigitte SALLE
Membres du jury :	Madame le Professeur Yveline SEVRIN Monsieur le Docteur Julien WILS

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESSEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie

Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG)	UFR	Médecine générale
------------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG)	UFR	Médecine générale
-------------------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mme Laëtitia BOURDON	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile PELLERIN	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean Doucet, vous m'avez donné un premier aperçu de la gériatrie et de sa complexité durant l'externat. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Professeur Yveline Sevrin, vous avez accepté de faire partie de mon jury, mais surtout vous m'avez accompagné sur mon chemin sinueux à la recherche d'une prévoyance. Je vous suis très reconnaissante pour cette implication et vous remercie très sincèrement.

Au Docteur Julien Wils, vous avez accepté sans aucune hésitation de faire partie de mon jury et vous avez toujours été très réactif. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt porté à ce travail.

Au Docteur Brigitte Sallé, vous m'avez accompagné durant tout mon internat pour me faire (re)découvrir et aimer la gériatrie. Vous avez toujours répondu avec bienveillance à l'ensemble de mes questions et surtout vous m'avez guidé pendant toute la réalisation de ce travail. Merci mille fois pour votre gentillesse, votre implication, votre disponibilité. Travailler à vos côtés a été une réelle richesse, je ne serais pas le médecin que je suis aujourd'hui si nos chemins ne s'étaient pas croisés. Encore une fois merci.

Au Docteur Messaouda Marguier, tu as été mon premier et mon dernier maître de stage, mais tu as été bien plus que cela. Toi aussi tu fais partie des médecins qui ont eu un réel impact sur le médecin que je suis en train de devenir. Toujours présente, toujours disponible, toujours à 200%. Parce qu'aucune phrase ne doit faire plus de 3 lignes et qu'il faut supprimer les mots superflus. ~~Tout simplement~~ MERCI.

Au Docteur Mihailescu, vous m'avez grandement aidée dans ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre réactivité.

A tous les Docteurs, croisés durant l'internat comme co-interne ou comme maître de stage. Particulièrement Antoine, Jean-Loup, Messaouda, Pauline et Ségolène pour avoir accepté de distribuer les questionnaires.

Au Docteur Strauss et au Docteur Gilles, vous m'avez mis sur la voie il y a bien des années et ce fut un honneur et un plaisir de travailler avec vous par la suite.

A l'ensemble des équipes du CH d'Evreux qui m'ont permis de réaliser un internat périphérique plus qu'agréable. Notamment l'équipe des Urgences, de Pédiatrie et de Gériatrie.

A l'équipe de Gériatrie au grand complet bien évidemment:

- Alexandra, Florence, Hélène et Sabine les super secréteuses !
- Annick, Marino, Sophie les 3 drôles de dames sans qui rien n'aurait été pareil !
- Aux « Professeurs » Bumba, Empis, Fly et Krouchi pour ces moments partagés entre le CSG, l'EG et l'équipe mobile.
- A toute l'équipe para-med du CSG et de l'EG.

Au Docteur Dubois et au Docteur Thiebaut, oui oui vous le méritez déjà amplement ce titre ! Merci de faire partie de notre vie, de ma vie. J'espère que nous partagerons plus de moments inoubliables à 6 (7 ou 8) que nous n'en avons déjà partagés à 4!

A Antoine et Mathilde, nous avons pris un peu de temps pour se découvrir mais maintenant vous faites également partie des indispensables !

A toute ma famille et mes amis qui m'ont soutenue durant ce parcours. Pensée particulière pour Amandine et Tata, Tonton.

A mes grands-parents, qui m'ont transmis les valeurs du travail et de la réussite.

A Monique, tu as rendu ces années d'études plus confortables. Par ce travail sur les personnes âgées qui te tenait tant à cœur, je souhaite te rendre hommage.

A mon frère Baptiste, toujours présent et inquiet malgré sa « grande gueule ». Ainsi qu'à Annabelle et Gauthier pour tous ces moments partagés et toutes les bêtises apprises à Eloïse pendant que maman travaille !

A mes Parents sans qui rien n'aurait été possible. Je ne pourrai jamais vous remercier assez. J'ai parfois été dure, et malgré cela vous avez été et vous êtes toujours d'une aide inestimable. Merci pour votre présence inconditionnelle à mes et maintenant à nos côtés. Je vous aime, prenez soin de vous.

A toi, Maxime, mon N'Amour, qui partage chaque jour cette aventure. Tu m'as toujours soutenue quel que soit les projets du moment (quoique bouchère-charcutière cela t'emballait moyennement dans mes souvenirs...). Merci d'avoir « pensé » que tu mesurais 1m80, sans cela nous n'en serions sûrement pas là. Merci d'être présent pour construire Notre famille un peu plus chaque jour. Je t'aime.

A Eloïse, mon bébé devenue grande. J'apprends chaque jour à devenir une Maman à tes côtés. Sache que je fais de mon mieux et que tous les moments partagés ensemble sont précieux. Je t'aime tellement, ne l'oublie jamais.

ABREVIATIONS

ADL : Activité de la vie quotidienne

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

aGLP-1 : Analogue du Glucagon-Like Peptide-1

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

APA : Allocation Personnalisée Autonomie

ARA2 : Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II

AVK : Anti-Vitamine K

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DCI : Dénomination Commune Internationale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

IADL : Activités instrumentales de la vie quotidienne

IC : Inhibiteur Calcique

IDPP-4 : Inhibiteur de la Dipeptidyl Peptidase 4

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

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

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

MDRD : Modification of the Diet in Renal Disease

NACO : Nouveaux Anticoagulants Oraux

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de femmes et d'hommes selon l'âge

Figure 2 : Distribution du nombre de médicaments selon l'âge et le sexe

Figure 3 : Pourcentage de patients recevant au moins un médicament selon les classes thérapeutiques

Figure 4 : Réponses aux questions concernant les antihypertenseurs

Figure 5 : Réponses aux questions concernant les antidiabétiques

Figure 6 : Réponses aux questions concernant les antidépresseurs

Figure 7 : Réponses aux questions concernant les hypolipémiants

Figure 8 : Réponses aux questions concernant les antalgiques

Figure 9 : Réponses aux questions concernant les anticoagulants

Figure 10 : Réponses à la question « classe médicamenteuse » selon la prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires

Figure 11 : Réponses aux questions concernant les hypnotiques

Figure 12 : Réponses aux questions concernant les protecteurs gastriques

Figure 13 : Réponses aux questions concernant les laxatifs

Figure 14 : Réponses à la question « autres médicaments »

Figure 15 : Etat des connaissances selon la classe médicamenteuse

Figure 16 : Etat des connaissances selon la classe médicamenteuse et le nom

Figure 17 : Etat des connaissances selon la classe médicamenteuse, le nom et la posologie

Tableau 1 : Nombre de patients prenant au moins un médicament selon les classes thérapeutiques

Tableau 2 : Réponses aux questions concernant les antihypertenseurs

Tableau 3 : Réponses aux questions concernant les antidiabétiques

Tableau 4 : Réponses aux questions concernant les antidépresseurs

Tableau 5 : Réponses aux questions concernant les hypolipémiants

Tableau 6 : Réponses aux questions concernant les antalgiques

Tableau 7 : Réponses aux questions concernant les anticoagulants

Tableau 8 : Informations concernant les antiagrégants plaquettaires

Tableau 9 : Réponses aux questions concernant les hypnotiques

Tableau 10 : Réponses aux questions concernant les protecteurs gastriques

Tableau 11 : Réponses aux questions concernant les laxatifs

Tableau 12 : Réponses aux questions concernant les autres médicaments

Tableau 13 : Sexe Ratio selon les catégories de connaissances médicamenteuses

Tableau 14 : Comparaison du Sexe Ratio selon les catégories de connaissances médicamenteuses

Tableau 15 : Moyennes d'âge et écarts type selon les catégories de connaissances médicamenteuses

Tableau 16 : Comparaison de l'âge selon les catégories de connaissances médicamenteuses

Tableau 17 : Nombre de médicaments selon les catégories de connaissances médicamenteuses

Tableau 18 : Comparaison du nombre de médicaments selon les catégories de connaissances médicamenteuses

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	12
ABREVIATIONS.....	15
LISTE DES FIGURES.....	17
SOMMAIRE.....	19
INTRODUCTION.....	21
GENERALITES.....	22
I. Aspects démographiques.....	22
II. Prise en charge des personnes âgées, spécificités.....	24
1. Dépendance.....	24
2. Polypathologie et polymédication.....	25
3. Observance.....	26
4. Iatrogénie.....	28
a. Vieillesse et modifications métaboliques.....	29
b. Interactions médicamenteuses.....	30
c. Effets indésirables.....	31
d. Erreurs de prescription.....	31
MATERIEL ET METHODE.....	33
I. Type d'étude et objectifs.....	33
1. Population cible.....	33
2. Questionnaire.....	34
3. Traitement des données.....	36
a. Analyse statistique.....	37
b. Données de l'ordonnance.....	37
c. Données du questionnaire.....	38
RESULTATS.....	41
I. Caractéristiques de la population.....	41
II. Réponses apportées au questionnaire.....	44
1. Avez-vous un médicament contre l'hypertension ?.....	44
2. Avez-vous un médicament contre le diabète ?.....	45
3. Avez-vous un médicament pour le moral ?.....	47
4. Avez-vous un médicament contre le cholestérol ?.....	48
5. Avez-vous un médicament contre la douleur ?.....	50
6. Avez-vous un médicament anticoagulant ?.....	51

7. Avez-vous un médicament pour dormir ?.....	54
8. Avez-vous un médicament contre les douleurs d'estomac ?.....	56
9. Avez-vous un médicament contre la constipation ?.....	57
10. Prenez vous d'autres médicaments ?.....	59
III. Etat des connaissances des patients.....	60
1. Connaissance de la classe médicamenteuse.....	61
2. Connaissance de la classe médicamenteuse et du nom.....	62
3. Connaissance de la classe médicamenteuse, du nom et de la posologie.....	63
4. Connaissances selon le sexe.....	64
5. Connaissances selon l'âge.....	65
6. Connaissances selon le nombre de médicaments.....	65
DISCUSSION.....	67
I. Limites de notre étude.....	67
1. Biais de sélection.....	67
2. Biais de mesure et de confusion.....	67
II. Comparaison à la littérature.....	68
1. Selon la population et les données sociologiques.....	68
2. Selon les classes thérapeutiques.....	69
3. Selon la définition utilisée.....	70
III. Perspectives d'amélioration.....	71
1. Limiter la polymédication et promouvoir l'éducation thérapeutique	71
2. Réaliser une prise en charge pluri-professionnelle.....	72
a. Le médecin généraliste.....	72
b. Le pharmacien.....	74
c. L'infirmier libéral.....	75
d. L'infirmier de pratique avancée.....	75
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	86
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	89
RESUME.....	90

INTRODUCTION

Lors de mes divers stages durant mon cursus, j'ai constaté que le vieillissement de la population allait avoir un impact sur ma pratique. En France, au 1^{er} janvier 2019, selon l'INSEE un patient sur dix a plus de 75 ans. Toute spécialité confondue est amenée à évoluer pour prendre en charge les patients âgés et leurs spécificités.

Durant mes stages en gériatrie et en médecine générale, j'ai remarqué que la consommation médicamenteuse augmentait considérablement avec l'âge. Cette polymédication est à l'origine d'un risque iatrogène et a des conséquences économiques. (1) (2)

Les patients âgés restent souvent spectateurs de ces prescriptions, habitués à une médecine paternaliste et ayant une grande confiance en la médecine. En comparaison, les patients plus jeunes s'interrogent fréquemment sur les traitements proposés et deviennent de réels acteurs de leur santé. (3)

De ces constats, il m'est apparu intéressant d'étudier les connaissances sur les médicaments chez les personnes âgées de plus de 75 ans en médecine générale. Différentes études ont traité ce sujet de connaissance des médicaments. Les études réalisées en médecine de ville portent sur l'ensemble de la population adulte. Celles portant sur les personnes âgées sont réalisées en milieu hospitalier. Le recrutement y est souvent plus simple et rapide. (4) (5) (6)

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive multicentrique relative à la connaissance des traitements par les personnes âgées de plus de 75 ans en médecine générale. Nous avons interrogé, par un questionnaire, les patients de plus de 75 ans rencontrés en médecine générale. Puis nous avons comparé les réponses des questionnaires avec les données de l'ordonnance habituelle. Enfin, nous avons évalué selon différents critères les connaissances acquises.

Par ces résultats, nous souhaitons montrer les connaissances thérapeutiques réelles des personnes âgées rencontrées en médecine générale. Nous voulons proposer des actions simples, possible à mettre en place en médecine de ville, afin d'améliorer leurs connaissances et limiter les risques iatrogéniques.

I. Aspects démographiques

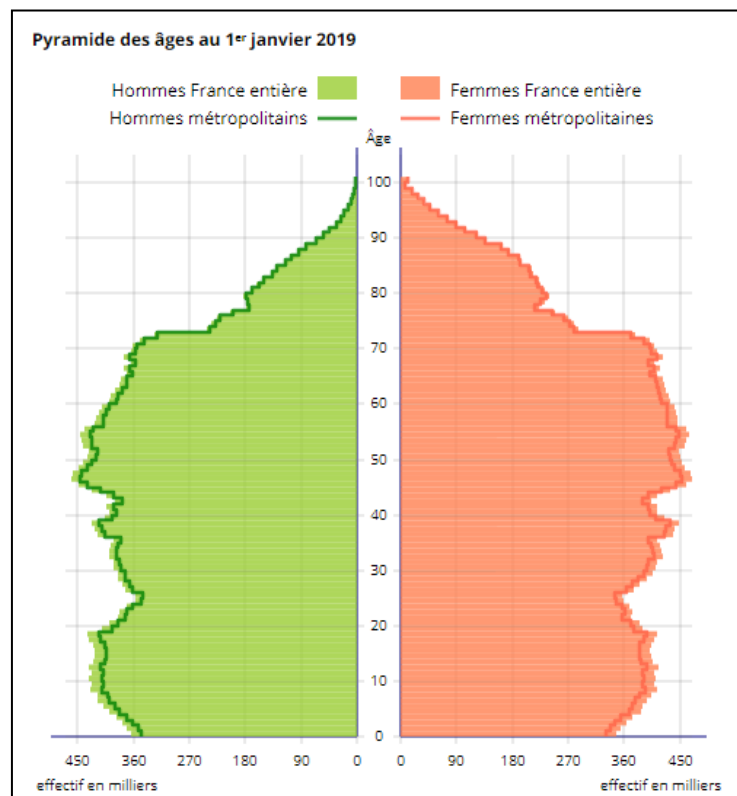
En France, à l'heure d'aujourd'hui, nous sommes confrontés au vieillissement de la population puisqu'au 1^{er} janvier 2019, selon les données de l'INSEE, près d'un habitant sur dix a plus de 75 ans.

D'après les projections, ce phénomène ne va cesser d'augmenter, notamment jusqu'en 2040 où un habitant sur quatre pourrait avoir plus de 65 ans. Après 2040, la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans, continuera à croître mais de manière plus modérée. En 2070, la France pourrait donc compter 270 000 centenaires si les tendances démographiques se maintiennent. Cette tendance est présente dans l'ensemble de l'Union Européenne puisqu'entre 2016 et 2080 la part de la population âgée de plus de 80 ans pourrait être doublée. (7)

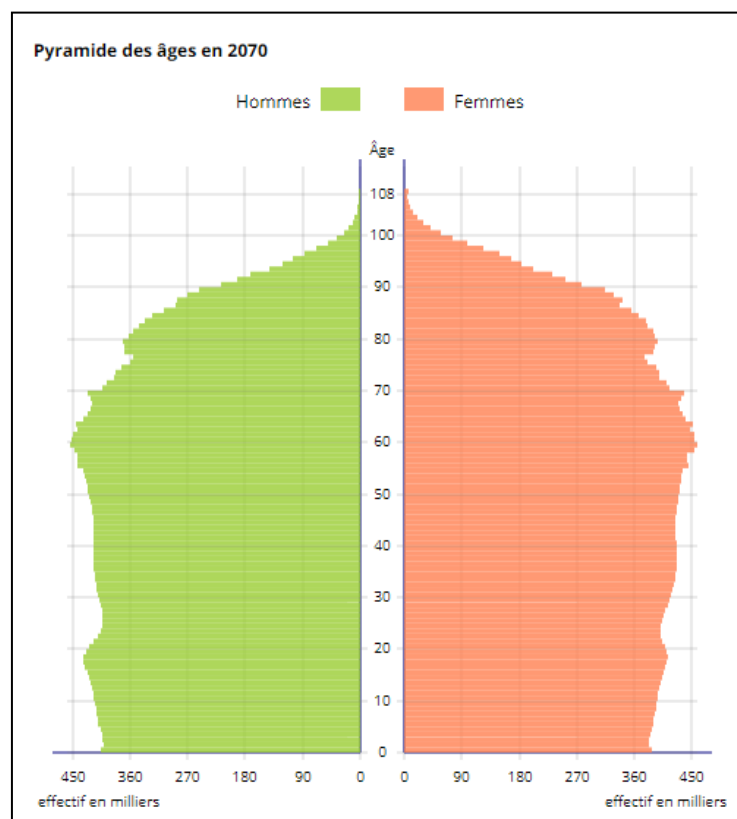
Ce phénomène s'explique par le vieillissement de la génération « baby-boom » laissant place au « papy-boom » et par l'allongement de l'espérance de vie. L'espérance de vie a augmenté au fil du temps grâce à l'amélioration des conditions de vie, aux progrès médicaux et aux programmes de santé publique. Ces modifications ont permis d'allonger l'espérance de vie à la naissance des hommes à 79.5 ans en 2019 contrairement à 62.2 ans en 1949 et pour les femmes à 85.4 ans en 2019 contrairement à 67.6 ans en 1949. (8) (9)

Depuis des années, les spécialistes alertent sur le sujet. Cela s'accélère ces dernières années. En 2018 le gouvernement s'empare de la question et lance « la concertation grand âge et autonomie ». En juin 2019 c'est au tour de Santé publique France d'ouvrir un dossier « Bien vieillir ». (10) (11)

A travers ces différents débats, la notion de « passer de la gestion de la dépendance au soutien de l'autonomie » ressort comme l'un des axes prioritaires. Cela passe par la prévention des complications des maladies chroniques. Une revue de littérature a montré que les complications des maladies chroniques étaient à l'origine d'une dépendance plus précoce. (12)



Source : Insee, Estimation de population.



Source : INSEE, Projection de population.

II. Prise en charge des personnes âgées, spécificités

1. Dépendance

D'après le Larousse, la dépendance est « l'état, la situation de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise ». (13)

Selon l'INSEE, la dépendance d'une personne âgée est « un état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne ». (14)

Elle touche en France seulement 8% des plus de 60 ans, mais s'accroît au fur et à mesure de l'avancée dans l'âge pour atteindre 20% des plus de 85 ans. (15)

Nous avons à notre disposition différents outils pour l'évaluer dans le but d'adapter au mieux le plan d'aide :

- Echelle des activités de la vie quotidienne (ADL) cotée sur 6 points (soins corporels, habillement, toilette, transfert, continence, alimentation).
- Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) cotée sur 5 points pour les hommes (téléphone, courses, transport, médicaments, argent) et sur 8 points pour les femmes (téléphone, courses, cuisine, ménage, linge, transport, médicaments, argent).
- Grille autonomie gériatrique groupes iso-ressources (AGGIR) permettant de classer les patients dans un des six groupes iso-ressources (GIR) selon le seuil de dépendance.

La grille AGGIR est inscrite dans la loi française comme outil d'évaluation de la dépendance d'un patient pour l'obtention des aides financières comme l'allocation personnalisée autonomie (APA) ainsi que le niveau d'aide nécessaire. (16)

Selon l'INSEE, 59% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile. La perte d'autonomie et l'entrée dans la dépendance affectent l'ensemble de la vie quotidienne et notamment la gestion des médicaments. Une étude réalisée chez des personnes de 80 ans et plus, dépendantes dans le cadre de troubles cognitifs, met en évidence que 85% des patients inclus ne prenaient pas correctement leur traitement à domicile. Il est nécessaire de redoubler de prudence et d'adapter les prescriptions de ces patients. (17)

2. Polypathologie et polymédication

Selon la Haute Autorité de Santé, une personne âgée est une personne de 75 ans et plus ou une personne de 65 ans ou plus atteinte de polypathologie.

Le terme polypathologie n'est pas retrouvé dans le dictionnaire mais il est utilisé pour parler d'un cumul de pathologies. Selon la HAS, nous retenons la polypathologie pour les patients ayant aux moins trois maladies chroniques. (18)

Pour la Société Française de Médecine Générale le terme est retenu dès lors qu'un patient souffre d'au moins 2 pathologies. (19)

La polypathologie est très fréquente chez les patients âgés puisque 93% des patients de plus de 70 ans déclarent souffrir d'au moins 2 pathologies et la moitié d'entre eux déclarent être atteint de 6 maladies. (20)

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, la prévalence des maladies cardio-vasculaire atteint 29% chez les plus de 75 ans. 68% des plus de 75 ans bénéficient d'un traitement antihypertenseur et 39% d'un traitement hypolipémiant (ces deux derniers étant considérés comme facteur de risque cardio-vasculaire).

Viennent ensuite les troubles cognitifs avec une prévalence de 18%, le diabète avec une prévalence de 18.1%, selon santé publique France. Puis l'insuffisance rénale dont la prévalence est estimée à 16.9%, selon l'étude REIN de 2007. (21)

Les cancers sont également des pathologies très fréquentes, puisque l'incidence de tout cancer confondu atteint 33% chez les plus de 75ans selon santé publique France. (22)

Ces patients âgés, le plus souvent polypathologiques, bénéficient d'une prise en charge pluri-professionnelle et poly-médicamenteuse les exposant à diverses complications.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la polymédication comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». (23)

L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, définit quant à lui, dans une revue de littérature, trois types de polymédication :

- La polymédication « simultanée » : nombre de médicaments pris un jour donné au hasard
- La polymédication « cumulative » : ensemble de médicaments administrés sur une période donnée.
- La polymédication « continue » : médicaments pris au long cours et de façon régulière.

Dans notre pratique quotidienne, on retient souvent le seuil de 5 médicaments en polymédication « continue » établi par l'IRDES pour parler de polymédication. (24)

Selon la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 30 à 40% des plus de 75 ans prennent au moins 10 médicaments différents par jour. (1)

Selon une étude européenne incluant 2707 patients, 51% d'entre eux prennent au moins 6 médicaments par jours. (25)

Avec la multiplication des traitements et l'éventuelle dépendance, il y a un risque d'inobservance et une majoration du risque iatrogène.

3. Observance

L'observance est définie de façon littérale comme l'action d'obéir à une habitude, de se conformer à un modèle, à une coutume. Le dictionnaire de l'Académie Nationale en Pharmacie donne la définition suivante : « Observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement ». (26)

Une bonne observance nécessite l'adhésion du patient à la prescription et une information éclairée sur les traitements. (27)

Cela passe par une relation médecin-malade de qualité ainsi qu'une cohésion médecin-pharmacien. (28)

On note une différence entre la représentation des maladies pour les professionnels de santé et celle des patients. Patient, médecin et pharmacien ne perçoivent pas les mêmes dangers et les mêmes enjeux. Les patients prennent en compte en premier lieu la qualité de vie. Les médecins voient dans un premier temps les conséquences de la maladie et le pharmacien privilégie le traitement de la maladie. (29) (30)

On distingue plusieurs facteurs influençant l'observance :

- Les facteurs liés à la maladie (sévère, silencieuse)
- Les facteurs liés aux traitements (nombre, tolérance, galénique)
- Les facteurs liés au patient (autonomie, capacités fonctionnelles, estime de soi, croyances)
- Les facteurs liés à l'entourage (compréhension, conflit)
- Les facteurs liés au médecin (relation médecin-malade, nombre d'intervenants, fréquence des modifications thérapeutiques).

Par exemple, l'infarctus du myocarde est considéré par le patient comme une maladie sévère et bruyante. L'observance sera, dans une majorité des cas, mieux respectée que pour l'hypertension artérielle qui est considérée par le patient comme banale et surtout silencieuse.

Concernant le traitement, si celui-ci est un comprimé en prise unique et n'a pas d'effet secondaire on obtiendra une bonne observance. Si celui-ci est en goutte on observera un risque d'erreur de dosage. S'il nécessite une prise pluri-quotidienne, il existe un risque d'oubli. Et s'il est responsable d'effets secondaires le patient risque d'arrêter précocement son traitement.

L'observance sera difficilement obtenue si plusieurs facteurs sont associés : une maladie silencieuse, un traitement pluriquotidien et un changement de mode de vie. (31) (32)

On parle d'erreur d'observance, si le patient ne respecte pas scrupuleusement la prescription. Celles-ci sont fréquentes puisqu'en pratique il y aurait près de 50% d'erreurs d'observance. (33)

On peut classer les erreurs d'observance en cinq catégories (34) (35) :

- Erreur d'omission (par exemple : oubli de prise)
- Erreur d'intention (par exemple : saut de prise volontaire des diurétiques le jour où le patient sort)
- Erreur de dose (par exemple : surdosage ou sous-dosage)
- Erreur de condition de prise (par exemple : médicament LP prescrit matin et soir, pris matin et midi)
- Automédication. (par exemple : prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien dans le cadre d'une douleur aiguë alors que le patient est sous anticoagulant)

Il est très difficile d'évaluer l'observance thérapeutique, car nous ne disposons pas d'une méthode type « gold standard ». Nous avons à disposition des méthodes directes : dosages urinaires ou sanguins par exemple ; et des méthodes indirectes : questionnaires, surveillance du renouvellement et décompte des comprimés restant, pilulier électronique. Mais celles-ci sont sources de nombreux biais. Si le patient prend les comprimés durant les jours précédents le dosage sanguin celui-ci peut se retrouver faussement positif. (36) (37)

L'automédication reste l'une des erreurs d'observance les plus difficiles à évaluer. Chez le sujet âgé, selon les études nous retrouvons des pourcentages allant de 3% pour une étude Toulousaine de 1990 à 25% dans une étude Suisse de 2001. (38) (39)

Ces chiffres montrent bien la grande difficulté à mettre en évidence l'automédication, son importance et les risques associés. Lors d'une étude menée par le CHU de Bordeaux, il a été observé une incidence de 3 effets indésirables dus à l'automédication pour 1000 patients de médecine générale. (40)

Actuellement plusieurs axes sont travaillés pour obtenir une meilleure observance médicamenteuse dont l'éducation thérapeutique. Une bonne connaissance des traitements permet une meilleure observance et une réaction plus adaptée en cas d'effet indésirable. (41) (42)

4. Iatrogénie

La iatrogénie est définie par la HAS comme « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».

Elle est fréquente chez les personnes âgées en lien avec :

- le vieillissement et ses modifications métaboliques perturbant la pharmacodynamie et la pharmacocinétique des thérapeutiques.
- la poly-médication à l'origine d'interactions médicamenteuses nombreuses.
- la mauvaise observance thérapeutique pouvant être à l'origine d'effets indésirables.
- les erreurs de prescriptions.

a. Vieillesse et modifications métaboliques

Le vieillissement entraîne des dysfonctionnements organiques et métaboliques. Ces dysfonctionnements ont un retentissement sur l'administration, sur la pharmacocinétique et l'action de bon nombre de médicaments. (43) (44) (45)

Tout d'abord l'administration est perturbée par les différents troubles sensoriels et moteurs : difficultés à lire les graduations, à décapsuler les comprimés par exemple. Elle peut être gênée par des troubles de déglutition conduisant à écraser des médicaments ou ouvrir des gélules qui ne doivent pas l'être. Les troubles cognitifs peuvent provoquer également des erreurs lorsque les horaires des prises ne sont pas respectés ou que différents médicaments sont confondus.

Ensuite, l'absorption est modifiée puisque les sécrétions acides, la vidange gastrique et la motilité intestinale sont diminuées entraînant un ralentissement de l'absorption. La biodisponibilité de la L-dopa est, par exemple, augmentée par ces phénomènes. (46)

Le volume de distribution est modifié en lien avec la dénutrition et la sarcopénie à l'origine d'une baisse de la masse maigre, d'une augmentation de la masse grasse et d'une baisse de l'eau totale corporelle. Les produits liposolubles seront plus facilement stockés puis relargués comme les antidépresseurs tricycliques. (47) A cela peut s'associer une hypoalbuminémie, pouvant entraîner un surdosage médicamenteux pour les molécules fortement fixées aux protéines plasmatiques comme les anti-inflammatoires. (48)

Le métabolisme hépatique est lui aussi diminué, mais son retentissement est de moindre mesure. Cela peut tout de même engendrer une toxicité pour les médicaments ayant un effet de premier passage hépatique important comme le propranolol. (49)

Enfin, l'élimination est la fonction la plus endommagée par le vieillissement. Lors du vieillissement physiologique, la filtration glomérulaire est ralentie par une diminution du flux sanguin rénal. Régulièrement les complications des pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle ou le diabète viennent s'ajouter provoquant une altération de la fonction rénale. Il est indispensable pour tous les médicaments dont l'élimination est principalement rénale d'adapter la posologie en fonction de la formule de Cockcroft et Gault ou de la formule MDRD (Modification of the Diet in Renal Disease), reflet du débit de filtration glomérulaire. (50) (51)

L'ensemble de ces modifications métaboliques et organiques doit être pris en compte avant de prescrire un médicament. Il est essentiel de réévaluer régulièrement les prescriptions pour adapter la posologie voire d'arrêter un médicament devant une aggravation de l'un de ces dysfonctionnements.

b. Interaction médicamenteuse

L'interaction médicamenteuse est retenue lorsqu'un ou plusieurs effets d'un médicament sont modifiés par un autre médicament.

On distingue deux grandes catégories d'interactions médicamenteuses :

- Les interactions pharmacocinétiques, lorsque l'interaction est à l'origine d'une modification de l'absorption, du métabolisme, de la distribution ou de l'élimination. Ces interactions pharmacocinétiques donnent souvent lieu à un surdosage ou sous-dosage par modification des concentrations plasmatiques. (52)
- Les interactions pharmacodynamiques qui sont subdivisées en trois catégories (53) :
 - Les interactions synergiques où les effets des deux médicaments s'additionnent. Par exemple, l'association d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion à un inhibiteur calcique lorsqu'une monothérapie anti-hypertensive n'est pas suffisante.
 - Les interactions potentialisatrices où l'un des médicaments augmente au moins un des effets de l'autre. Par exemple, l'association d'un diurétique de l'anse (hypokaliémie) et de risperidone (allongement du QT) majore le risque de torsade de pointe.
 - Les interactions antagonistes où l'un des médicaments diminue au moins un des effets de l'autre. Par exemple, la rifampicine diminue l'efficacité de la contraception orale.

Plus le nombre de médicaments est élevé plus ce risque d'interaction est important. Ce risque est d'environ 6% lorsqu'un patient prend 2 médicaments différents, il passe à 50% chez ceux en prenant 5 et atteint 100% chez ceux prenant plus de 10 médicaments. (2)

c. Effets indésirables

Selon l'article R5121-152 du code de la santé publique, un effet indésirable est considéré comme « une réaction nocive et non voulue à un médicament ». La notion de gravité est attribuée lorsque « l'effet indésirable est létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ». (54)

Les effets indésirables sont à l'origine de 143 915 hospitalisations soit un taux d'incidence de 3,60% dans la population générale selon l'étude EMIR de 2007. (55) Le taux d'incidence augmente avec l'âge et atteint 4,1% chez les plus de 65 ans. (56)

Certaines classes thérapeutiques sont plus à risque d'effets indésirables graves, notamment les anticoagulants, les antiagrégants plaquettaires, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les diurétiques et les psychotropes.

Chez les patients âgés, ces classes pharmaceutiques sont fréquemment prescrites. Selon le SNIIRAM, chez les plus de 75 ans, 41% consomment des diurétiques, 16% des anti-inflammatoires non stéroïdiens, 39% des agents anti-thrombotiques et 22% des anxiolytiques. (57)

Cumulés à des erreurs d'observance, cela donne lieu à une partie importante et évitable des effets indésirables graves conduisant à une hospitalisation. (58) (59)

Une meilleure connaissance de son traitement permet une meilleure observance. Ainsi les effets indésirables évitables sont diminués et le patient a une réaction plus adaptée lorsqu'un effet indésirable apparaît. Par exemple, si le patient a un INR à 10 et qu'il connaît les risques hémorragiques il pourra adapter son comportement. (60) (61)

d. Erreurs de prescription

Les erreurs de prescriptions peuvent être distinguées en 3 catégories :

- L'*overuse* est la prescription en excès. Prescription d'un médicament sans indication retrouvée ou avec une efficacité limitée.

- La *misuse* est la prescription inappropriée. Prescription d'un médicament alors que celui-ci est contre-indiqué ou d'un médicament à une posologie inadaptée.
- L'*underuse* est l'insuffisance de prescription. Non prescription d'un médicament alors que celui-ci est indiqué et qui a une efficacité prouvée.

Selon une étude de 2009 réalisée au CHU de Brest évaluant les ordonnances de 200 patients du court séjour gériatrique, la prévalence en *overuse* est de 77%, 64.5% en *underuse* et 47.5% en *misuse*. (62)

Ces constatations d'erreurs de prescription ont soulevé des réflexions et ont permis la création d'outils d'aides à la prescription. Le guide PAPA mis en place par la société française de gériatrie et gérontologie, les critères de Beers mis en place par l'American Geriatrics Society ou la liste de Laroche adaptée à la pratique française ainsi que l'application STOPP-START. Tous ces outils ont été créés dans le but de faciliter la prescription et de limiter certaines erreurs. (63)

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude et objectifs

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive multicentrique ayant pour objectif principal de déterminer chez les patients de plus de 75 ans, rencontrés en médecine générale, les connaissances acquises sur leur traitement habituel.

Dans un objectif secondaire, nous avons analysé les prescriptions médicamenteuses de cette population pour étudier l'influence de certains facteurs (nombre de médicaments et classe médicamenteuse notamment) sur les connaissances.

Cette étude a été réalisée sur 7 sites différents du territoire normand et a permis d'inclure 111 patients. La validation du protocole a été obtenue auprès du Comité d'éthique du centre de recherche du centre hospitalier Eure Seine.

Le consentement oral libre et éclairé de chaque patient est obtenu après une information orale faite par le médecin traitant et une information écrite remise avec le questionnaire.

Les questionnaires ont été distribués par les différents médecins généralistes en fin de consultation puis remplis par les patients.

Les données ont été totalement anonymisées. Seuls le sexe et l'âge étaient recueillis sur le questionnaire. L'ordonnance est anonymisée par le médecin généraliste avant la transmission des documents. Lors de la saisie informatique, l'identité du médecin n'est pas retranscrite.

II. Population cible

Dans cette étude, nous avons intégré les patients de 75 ans ou plus rencontrés en consultation de médecine générale sur une période de 4 mois du premier septembre 2019 au trente et un décembre 2019.

Les patients ont été recrutés dans différents cabinets de médecine générale du territoire normand :

- Bernay (27)

- Bourg-Achard (27)
- Evreux (27)
- La Mailleraye sur Seine (76)
- Notre-Dame de Gravenchon (76)
- Orbec (14)
- Verneuil sur Avre (27)

Les critères d'inclusions fixés pour cette étude sont les suivants :

- Patient âgé de 75 ans ou plus
- Patient ayant fourni leur consentement oral pour la participation à l'étude
- Patient consultant en médecine générale sur la période de septembre 2019 à décembre 2019
- Patient prenant au moins un médicament au long cours (minimum 6 mois)
- Patient bénéficiant d'une ordonnance informatisée

Les critères d'exclusions fixés pour cette étude sont les suivants :

- Patient vivant en EHPAD
- Patient ayant une préparation ou une délivrance des traitements par une tierce personne.
- Patient illettré ou ne parlant pas le français
- Patient ayant perdu la capacité d'écrire.
- Patient consultant pour un motif aigu (par exemple : fièvre, décompensation cardiaque)

III. Questionnaire

Pour réaliser cette étude, nous avons mis en place un questionnaire papier, complété par les patients eux-mêmes en fin de consultation de médecine générale. (Annexe 1)

Ce questionnaire a été remis à différents médecins généralistes acceptant de participer à cette étude. Chaque médecin a reçu 10 à 20 questionnaires, ainsi qu'une fiche explicative à son intention et une fiche explicative à l'intention des patients. (Annexes 2 et 3)

Il était demandé à chaque médecin de distribuer le questionnaire à chaque patient âgé de 75 ans ou plus remplissant les critères d'inclusion. Pour répondre à ce

questionnaire, les patients avaient à disposition leur ordonnance habituelle à laquelle ils pouvaient se référer.

Le questionnaire comporte une question sur leur âge et leur sexe puis 10 questions à réponses fermées et 19 questions à réponses ouvertes et courtes sur les grandes classes thérapeutiques.

Pour déterminer les classes médicamenteuses, nous nous sommes basés sur l'enquête ESPS 2000. Celle-ci indique que les médicaments à visée cardiovasculaire, les antalgiques, les médicaments du système digestif et les psychotropes sont les plus prescrits chez les personnes âgées. Nous avons alors sélectionné 9 classes thérapeutiques :

- les antihypertenseurs
- les hypolipémiants
- les anticoagulants
- les antidiabétiques
- les antidépresseurs
- les somnifères
- les antalgiques
- les protecteurs gastriques.
- les laxatifs

Nous avons volontairement, dans le questionnaire, alterné les différentes classes médicamenteuses pour ne pas induire le patient dans ses réponses. L'ordre suivant a été utilisé :

- les antihypertenseurs
- les antidiabétiques
- les antidépresseurs
- les hypolipémiants
- les antalgiques
- les anticoagulants
- les somnifères
- les protecteurs gastriques
- les laxatifs

Pour chaque classe thérapeutique 3 questions sont proposées :

- une première question est vulgarisée sous la forme, « Avez-vous un traitement pour (le moral) / contre (le diabète)... ». Les réponses proposées étant oui ou non.
- une seconde question en découle, « Si oui le(s)quel(s) ? » afin d'indiquer le ou les noms des médicaments pris. La case « Je ne connais pas son nom » peut être cochée si nécessaire.
- une troisième question concerne la posologie, « Combien en prenez-vous par jour ? » avec la possibilité d'indiquer le nombre de prise journalière.

Ce modèle est repris à l'identique pour les 9 grandes classes thérapeutiques choisies.

La dixième question à réponse fermée est rédigée pour savoir si d'autres médicaments sont pris. Elle est formulée « Prenez-vous d'autres médicaments ? » les réponses proposées étant oui ou non. Une question à réponse ouverte et courte en découle « Si oui le(s)quel(s) et pourquoi ? » avec la possibilité d'indiquer les noms, plus ou moins l'indication ou de cocher la case « Je ne connais pas son nom ».

Le questionnaire, une fois rempli par le patient, est récupéré par le médecin généraliste et celui-ci l'agrafe à l'ordonnance anonymisée.

Nous avons récolté 124 questionnaires. 13 questionnaires ont été exclus (7 car il manquait l'ordonnance associée, 2 car l'âge n'était pas respecté, 2 car au moins une question est restée sans réponse, 2 dont le questionnaire a été rempli avec l'aide d'un aidant familial). Nous avons donc analysé 111 questionnaires.

IV. Traitement des données

L'ensemble des données a été transmis par les médecins généralistes en format papier. Chaque questionnaire agrafé à l'ordonnance correspondante a été numéroté. Ensuite un traitement manuel a permis de rentrer l'ensemble des données dans deux tableurs Excel® différents : l'un concernant les réponses au questionnaire, l'autre concernant les données de l'ordonnance.

1. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Docteur Mihailescu, assistant spécialiste en santé publique au sein du centre hospitalier Eure Seine.

L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel R®, version 3.6.1. (64)

Pour les variables quantitatives : les moyennes, les écarts-types, les médianes et les quartiles ont été fournis. Pour les variables qualitatives : les effectifs et les pourcentages correspondants ont été fournis. Des tests t de Student ont été réalisés pour les comparaisons de moyennes. Des tests de Khi-2 ont été réalisés pour les comparaisons de variables quantitatives. Les intervalles de confiance à 95% ont été calculés en utilisant la méthode de Clopper-Pearson. (65)

2. Données de l'ordonnance

Pour l'analyse des ordonnances nous avons essayé de regrouper les différents médicaments en « classes médicamenteuses ».

Nous avons souhaité conserver au maximum les catégories proposées dans le questionnaire. Quelques ajustements ont tout de même été réalisés pour créer onze grandes classes médicamenteuses :

- Antihypertenseur
- Hypolipémiant
- Anticoagulant
- Antiagrégant plaquettaire
- Antidiabétique
- Antalgique
- Benzodiazépine et autre anxiolytique
- Antidépresseur
- Protecteur gastrique
- Laxatif
- Autre traitement n'appartenant pas à l'une des différentes catégories.

Nous avons souhaité préciser la distinction entre anticoagulant et antiagrégant plaquettaire et pour les catégories « moral » et « sommeil » nous avons distingué les antidépresseurs des benzodiazépines et autres anxiolytiques.

Par la suite nous avons subdivisé ces grandes classes en sous-groupes afin d'apporter un maximum de précision :

- Antihypertenseur : IEC, ARA2, IC, Bêtabloquant, Diurétique, Central
- Hypolipémiant : Statine, Fibrate, Ezétimibe
- Anticoagulant : AVK, NACO, HBPM/Calciparine
- Antiagrégant plaquettaire : Clopidogrel, Kardegic/Aspirine
- Antidiabétique : Metformine, Sulfamide, Glinide, IDPP-4, aGLP-1, Insuline
- Antalgique : Paracétamol, Tramadol, Codéine, Paracétamol + Pallier 2, Morphinique, AINS Per Os, AINS local
- Benzodiazépine et autre anxiolytique : Hypnotique, Benzodiazépine, Anxiolytique
- Antidépresseur : ISRS, IMAO, Tricyclique
- Protecteur gastrique : IPP, Anti-acide
- Laxatif : Osmotique, Paraffine, Lavement
- Autre traitement n'appartenant pas à l'une des différentes catégories.

Nous avons attribué une catégorie et une sous-catégorie à chaque ligne de prescription. Seule la catégorie « autre » n'a pas été précisée.

3. Données du questionnaire

Pour saisir les données du questionnaire nous avons défini des valeurs numériques pour une meilleure lisibilité.

Concernant le sexe, la valeur 0 était attribuée au sexe féminin et la valeur 1 au sexe masculin.

Puis pour chacune des catégories, à l'exception des catégories « anticoagulant » et « autre », les variables suivantes ont été utilisées :

- Traitement déclaré : 0 pour non, 1 pour oui.
- Traitement concordant : 0 pour non (ex. patient ayant répondu non pour le traitement antalgique mais ayant un traitement antalgique), 1 pour oui (ex. patient ayant répondu non pour le traitement antalgique et n'ayant pas de traitement antalgique).
- Nom : 0 pour une réponse fausse (ex. Paracétamol comme antidabétique), 1 pour une réponse juste (ex. Ramipril comme antihypertenseur) ou

l'absence de réponse si le patient ne prend pas de traitement de cette catégorie, 2 pour ceux ayant coché la case « je ne connais pas son nom », 3 pour l'absence de réponse quand le patient prend un traitement de cette catégorie.

- Posologie : 0 pour une réponse fausse (ex. 1 fois par jour alors que celle-ci est de 3 fois par jour), 1 pour une réponse juste ou l'absence de réponse si le patient ne prend pas de traitement de cette catégorie, 2 pour l'absence de réponse quand le patient prend un traitement de cette catégorie.

Pour la catégorie « anticoagulant », nous avons réutilisé les mêmes variables que celles décrites ci-dessus en rajoutant :

- Antiagrégant plaquettaire concordant : 0 pour absence d'antiagrégant plaquettaire et 1 pour présence d'antiagrégant plaquettaire.
- Nom : 1 pour une réponse correcte citée dans anticoagulant ou autre, 2 pas de réponse citée dans anticoagulant ou autre, 3 pas de réponse car absence d'antiagrégant plaquettaire.
- Posologie : 1 pour une réponse correcte citée dans anticoagulant ou autre, 2 pas de réponse citée dans anticoagulant ou autre, 3 pas de réponse car absence d'antiagrégant plaquettaire.

Pour la catégorie « autre » les variables suivantes ont été utilisées :

- Traitement déclaré : 0 pour non, 1 pour oui.
- Traitement concordant : 0 pour non (ex. patient ayant répondu non pour un autre traitement mais ayant au moins un autre traitement), 1 pour oui (ex. patient ayant répondu non et n'ayant pas d'autre traitement).
- Nom : 0 réponse fausse (nom ne correspondant pas à l'indication), 1 réponse exacte ou absence de réponse lorsqu'il n'y a pas d'autre traitement, 2 déclare ne pas connaître le nom, 3 pas de réponse mais prise d'un autre traitement.
- Indication : 0 réponse fausse (nom ne correspondant pas à l'indication), 1 réponse exacte ou absence de réponse lorsqu'il n'y a pas d'autre traitement, 2 déclare ne pas connaître l'indication, 3 pas de réponse mais prise d'un autre traitement.

Pour l'ensemble des questions « nom » il a été décidé de considérer les réponses justes quand le patient citait au moins un nom de médicament correctement.

Pour les questions « posologie » il a été décidé de considérer la réponse juste lorsque la posologie correspondait au médicament cité à la question « nom ».

Pour la catégorie « autre » le même principe a été utilisé, les réponses aux questions « nom » et « indication » sont considérées exactes dès lors que le patient a su citer au moins un nom de médicament et une indication correspondante ou qu'il a cité l'un de façon exacte en ne citant pas l'autre (ex. Ventoline, indication non connue ou Asthme, nom non connu). Il a été décidé de considérer la réponse fausse quand le nom et l'indication cités ne correspondaient pas (ex. Ventoline pour les troubles urinaires).

Enfin, nous avons souhaité établir différents niveaux de connaissances par rapport au pourcentage de bonnes réponses :

- ceux ayant 100% de bonnes réponses : connaissance excellente des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses > 81.81% soit 9 classes sur 11 (incluant ceux ayant 100% de bonnes réponses) : connaissance correcte des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses compris entre 81.81% et 54.55% soit entre 6 et 8 classes sur 11 : connaissance moyenne des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses compris entre 45.45% et 36.36% soit entre 4 et 5 classes sur 11 : connaissance légère des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses < 36.36% soit moins de 4 classes sur 11 : connaissance mauvaise des médicaments.

RESULTATS

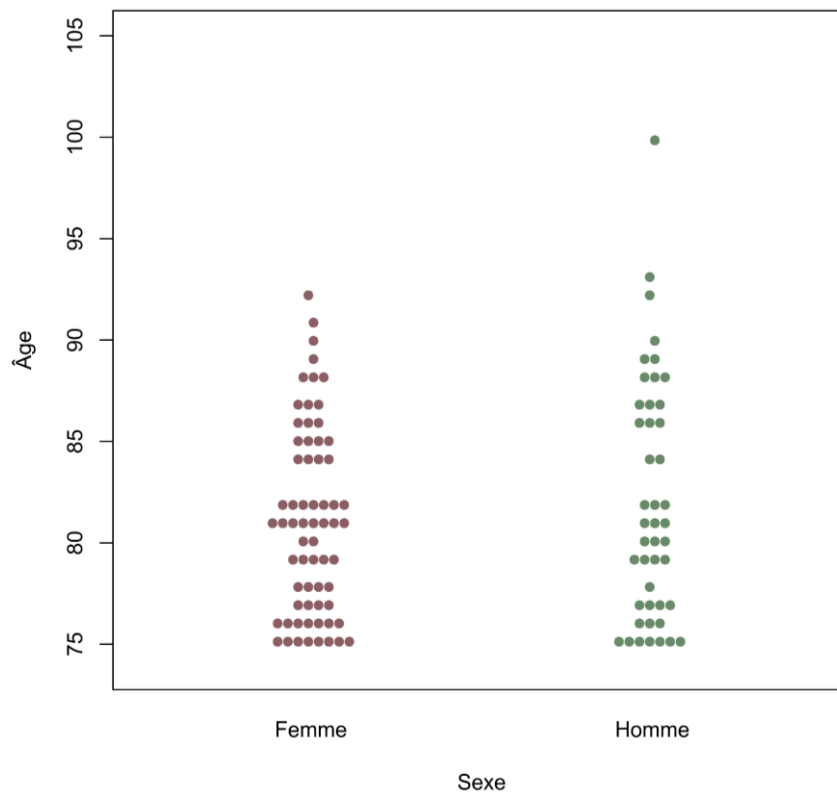
I. Caractéristiques de la population

Notre échantillon initial était de 124 personnes, après application des critères d'exclusion, celui-ci est composé de 111 personnes.

Parmi ces 111 personnes, nous retrouvons 45 hommes et 66 femmes, soit un sexe ratio de 0.68.

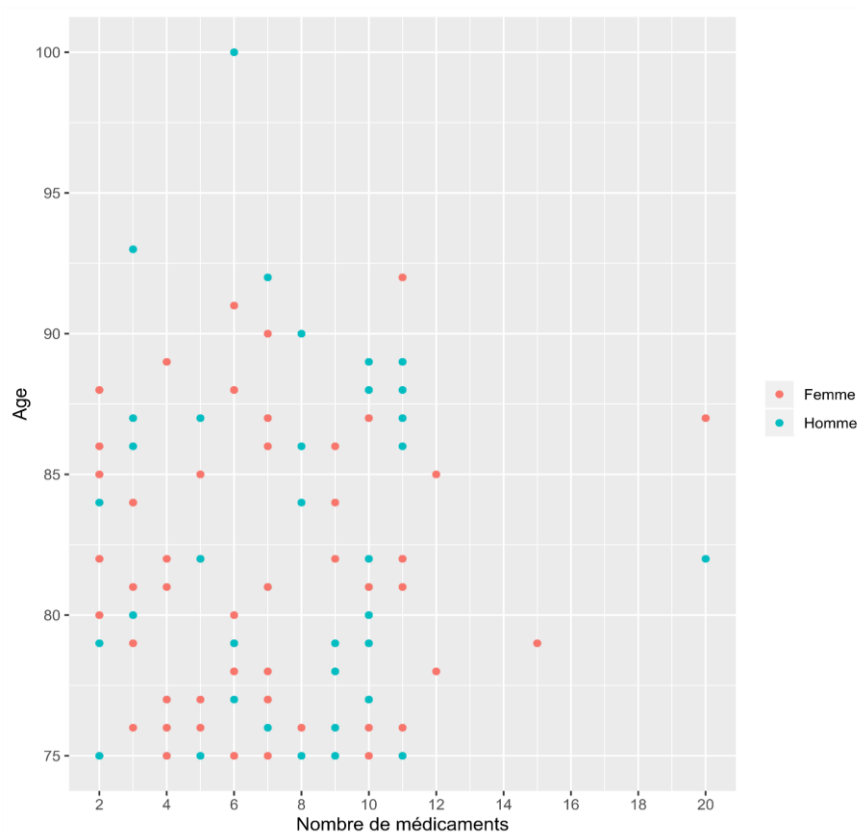
L'âge moyen est de 81.42 +/- 5.2 ans, l'âge minimum étant de 75 ans et l'âge maximum étant de 100 ans.

Figure 1 : Nombre de femmes et d'hommes selon l'âge



Le nombre moyen de médicaments pris par patient est de 7.05+/- 3.55 (minimum 2, maximum 20).

Figure 2 : Distribution du nombre de médicaments selon l'âge et le sexe.



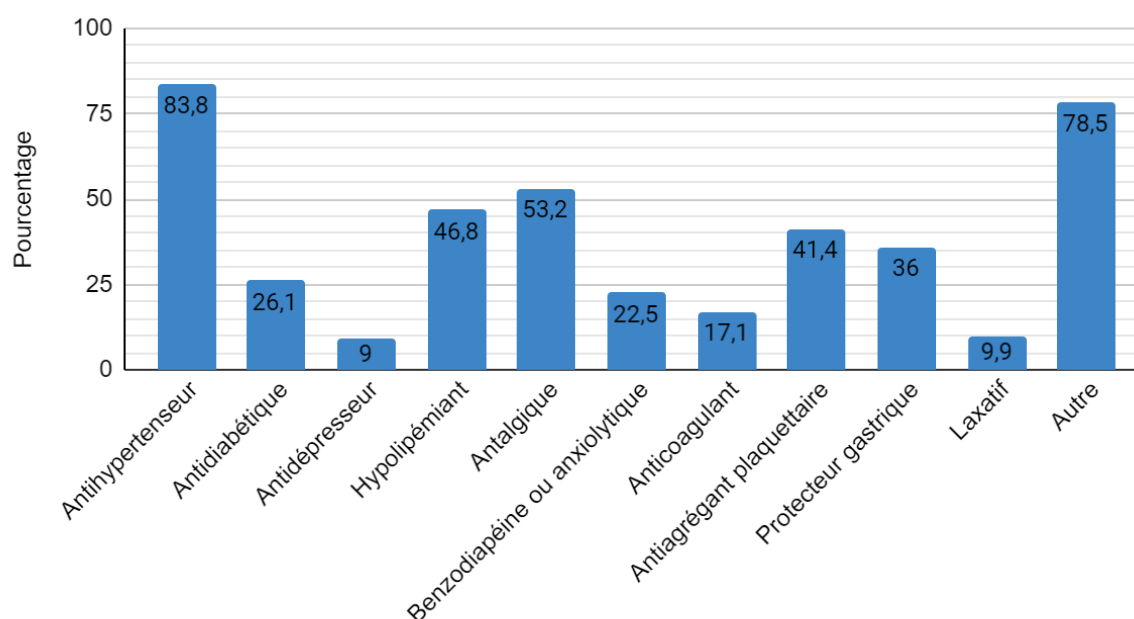
Grâce à l'analyse des ordonnances nous avons étudié les classes thérapeutiques les plus prescrites. Sans surprise, les médicaments antihypertenseurs sont prescrits chez 93 patients soit 83.8% de l'échantillon. Viennent ensuite les médicaments à visée antalgique chez 59 patients (53.2%) et les hypolipémiants chez 52 patients (46.8%) puis les antiagrégants plaquettaires chez 46 patients (41.4%).

Les autres classes sont toutes prescrites chez moins de 40% des patients. Nous notons également que 87 patients (78.4%) prennent au moins un autre médicament n'appartenant pas à ces grandes classes médicamenteuses.

Tableau 1 : Nombre de patients prenant au moins un médicament selon les classes thérapeutiques.

Classe thérapeutique	Nombre de patients prenant un médicament de la classe	%
Antihypertenseur	93	83.8
Antidiabétique	29	26.1
Antidépresseur	10	9.0
Hypolipémiant	52	46.8
Antalgique	59	53.2
Anticoagulant	19	17.1
Antiagrégant plaquettaire	46	41.4
Benzodiazépine ou anxiolytique	25	22.5
Protecteur gastrique	40	36.0
Laxatif	11	9.9
Autre	87	78.4

Figure 3 : Pourcentage de patients recevant au moins un médicament selon les classes thérapeutiques



II. Réponses apportées au questionnaire

1. Avez-vous un traitement contre l'hypertension ?

Pour les traitements à visée anti-hypertensive, 90.1% (n=100) des patients apportent une réponse correcte concernant la classe médicamenteuse, 9% (n=10) déclarent ne pas prendre de traitement antihypertenseur alors qu'il y en a un de prescrit et 0.9% (n=1) déclare prendre un traitement antihypertenseur alors qu'il n'y en a pas de prescrit.

Parmi les 90.1% (n=100) ayant répondu convenablement à la question de classe, 83 patients prennent un traitement à visée anti-hypertensive.

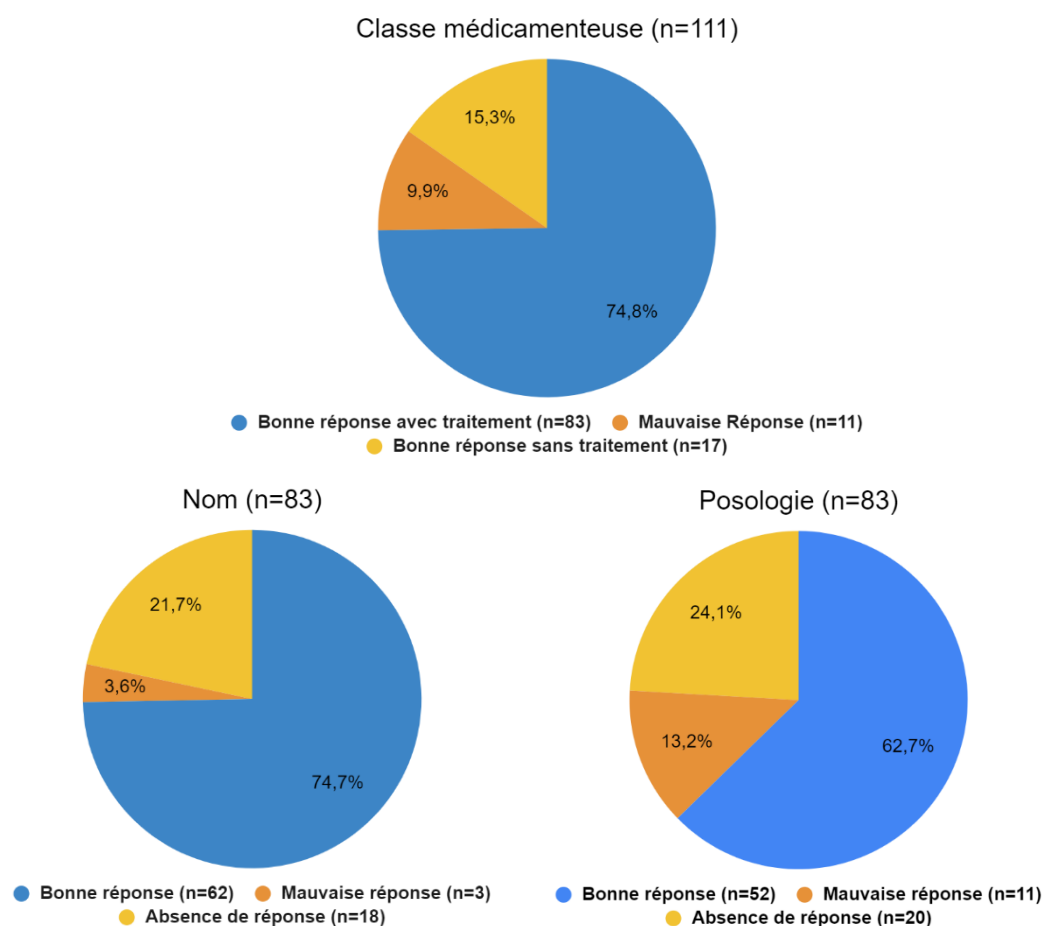
Chez ces 83 patients, 74.7% (n=62) d'entre eux donnent le nom d'au moins un médicament, 21.7% (n=18) déclarent ne pas connaître le nom de leur traitement et 3.6% (n=3) notent un médicament inadapté.

Pour seulement 62.7% (n=52) la posologie est correctement associée, 13.2% (n=11) déclarent une posologie erronée et 24.1% (n=20) ne parviennent pas à la citer.

Tableau 2 : Réponses aux questions concernant les antihypertenseurs

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	84	75,7
	Case « non » cochée	27	24,3
	Réponse juste	100	90,1
	Réponse fausse	11	9,9
Nom	A donné au moins un nom correct	62	55,9
	A cité un médicament d'une autre classe	4	3,6
	Déclare ne pas connaître le nom	18	16,2
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	17	15,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	10	9,0
Posologie	Indique une posologie correcte	52	46,8
	Indique une posologie erronée	12	10,8
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	17	15,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	30	27,0

Figure 4 : Réponses aux questions concernant les antihypertenseurs



2. Avez-vous un traitement contre le diabète ?

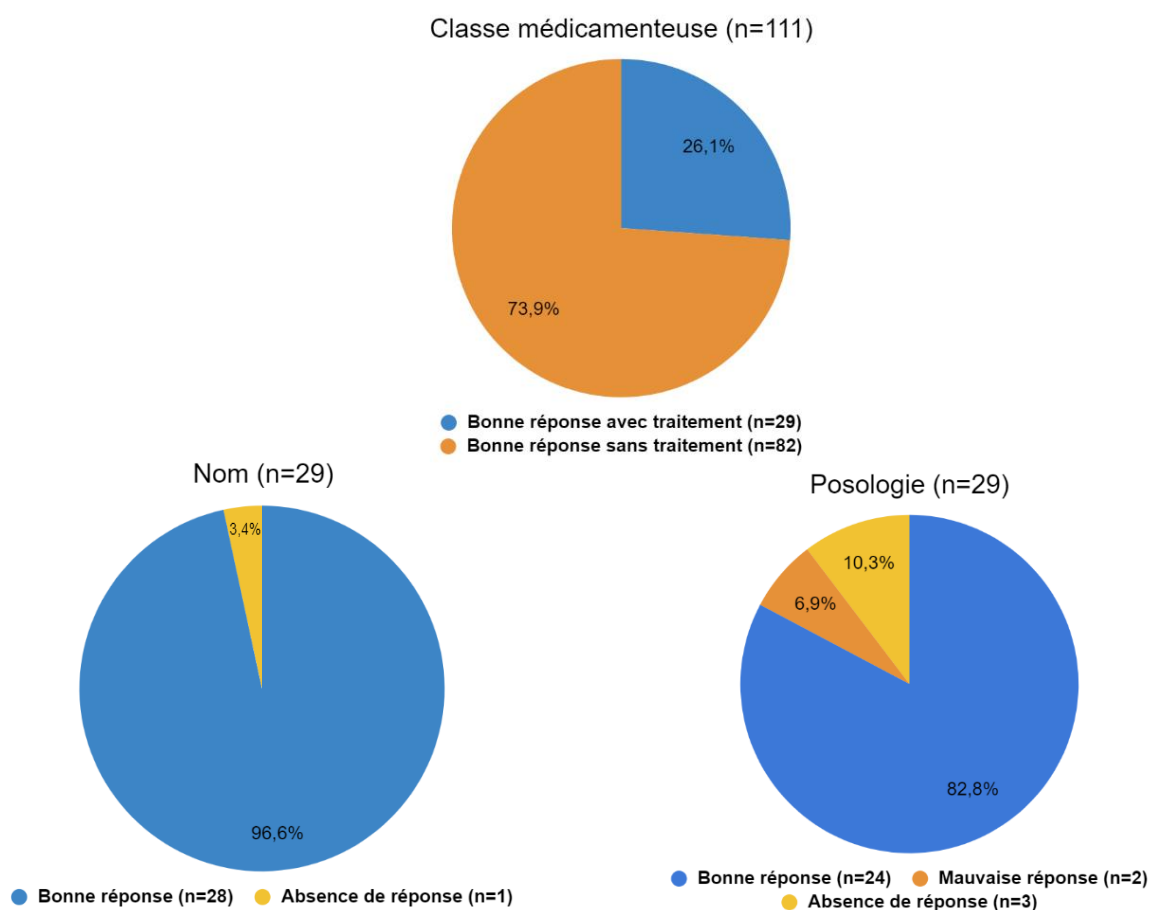
Concernant le diabète nous retrouvons 100% de bonnes réponses concernant la classe médicamenteuse. Seulement 26.1% (n=29) prennent un traitement antidiabétique.

Chez ces 29 patients prenant un traitement antidiabétique, seulement 1 patient (3.4%) déclare ne pas connaître le nom d'au moins un médicament. 24 patients (82.8%) savent y associer la posologie adaptée, 2 patients (6.9%) déclarent une posologie fausse et 3 patients (10.3%) signalent une méconnaissance.

Tableau 3 : Réponses aux questions concernant les antidiabétiques

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	29	26,1
	Case « non » cochée	82	73,9
	Réponse juste	111	100,0
	Réponse fausse	0	0,0
Nom	A donné au moins un nom correct	28	25,2
	A cité un médicament d'une autre classe	0	0,0
	Déclare ne pas connaître le nom	1	0,9
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	82	73,9
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	0	0,0
Posologie	Indique une posologie correcte	24	21,6
	Indique une posologie erronée	2	1,8
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	82	73,9
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	3	2,7

Figure 5 : Réponses aux questions concernant les antidiabétiques



3. Avez-vous un médicament pour le moral ?

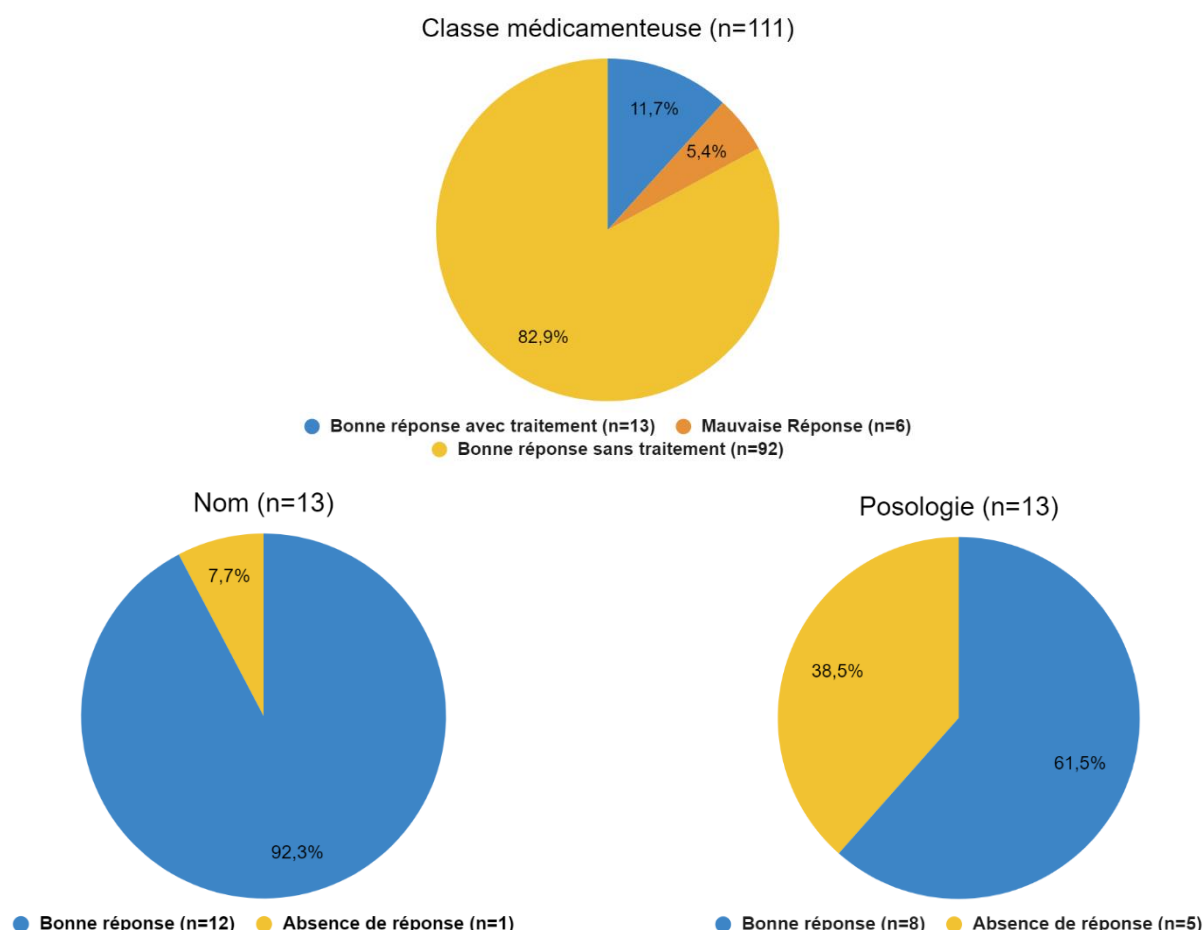
Le pourcentage de bonnes réponses concernant cette classe médicamenteuse est de 94.6% (n=105). Les 5.4% (n=6) ayant donné une mauvaise réponse sont des patients ayant déclaré ne pas prendre de traitement alors qu'il y en avait un de prescrit.

Parmi les 94.6% de bonnes réponses, seulement 13 patients (12.4%) prennent un traitement de cette classe. 12 patients (92.3%) parmi eux savent donner le nom d'au moins un des médicaments et 1 seul (7.7%) déclare ne pas le connaître. 8 patients (61.5%) y associent correctement la posologie, et 5 patients (38.5%) ne savent pas l'indiquer.

Tableau 4 : Réponses aux questions concernant les antidépresseurs

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	13	11,7
	Case « non » cochée	98	88,3
	Réponse juste	105	94,6
	Réponse fausse	6	5,4
Nom	A donné au moins un nom correct	12	10,8
	A cité un médicament d'une autre classe	0	0,0
	Déclare ne pas connaître le nom	1	0,9
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	92	82,9
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	6	5,4
Posologie	Indique une posologie correcte	8	7,2
	Indique une posologie erronée	0	0,0
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	92	82,9
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	11	9,9

Figure 6 : Réponses aux questions concernant les antidépresseurs



4. Avez-vous un médicament contre le cholestérol ?

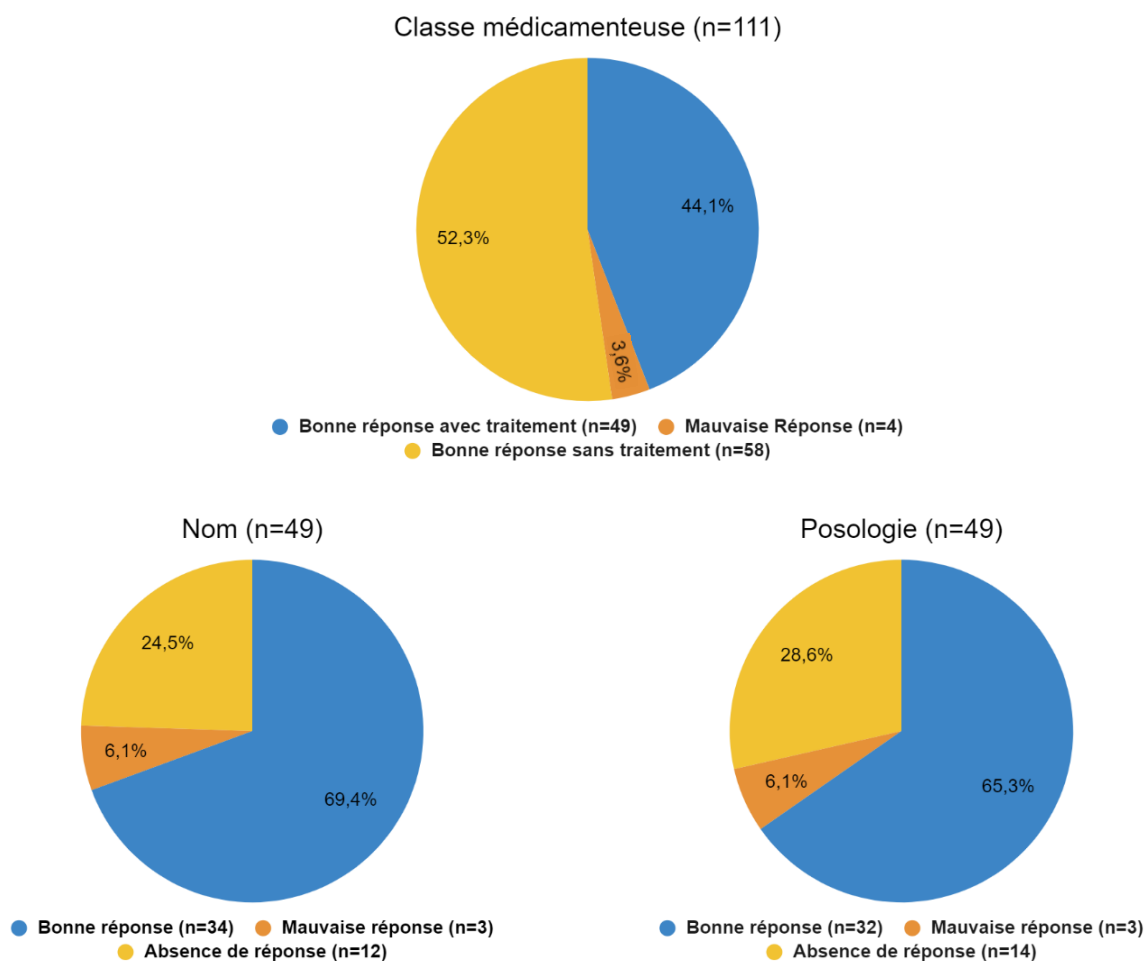
96.4% (n=107) des patients répondent juste à la question de la classe pour les hypolipémiants. 3 patients (2.7%) déclarent ne pas prendre de traitement mais en ont un de prescrit. 1 patient (0.9%) déclare avoir un traitement hypolipémiant mais n'en a pas de prescrit.

Pour les 96.4% (n=107) ayant une réponse correcte, 49 patients (45.8%) prennent un traitement hypolipémiant. Parmi ces 49 patients, 69.4% (n=34) connaissent le nom d'au moins un médicament et 65.3% (n=32) y associe correctement la posologie. 3 patients (6.1%) déclarent un médicament d'une autre classe et une mauvaise posologie. 12 patients (24.5%) déclarent ne pas connaître le nom du traitement et 14 patients (28.6%) la posologie.

Tableau 5 : Réponses aux questions concernant les hypolipémiants

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	50	45,0
	Case « non » cochée	61	55,0
	Réponse juste	107	96,4
	Réponse fausse	4	3,6
Nom	A donné au moins un nom correct	34	30,6
	A cité un médicament d'une autre classe	3	2,7
	Déclare ne pas connaître le nom	13	11,7
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	58	52,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	3	2,7
Posologie	Indique une posologie correcte	32	28,8
	Indique une posologie erronée	3	2,7
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	58	52,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	18	16,2

Figure 7 : Réponses aux questions concernant les hypolipémiants



5. Avez-vous un médicament contre la douleur ?

Concernant les traitements à visée antalgique, seulement 82% (n=91) apportent une réponse correcte à la question de classe médicamenteuse. Les mauvaises réponses sont pour 12.6% (n=14) une omission de traitement et pour 5.4% (n=6) une déclaration de prise de traitement antalgique sans correspondance avec l'ordonnance.

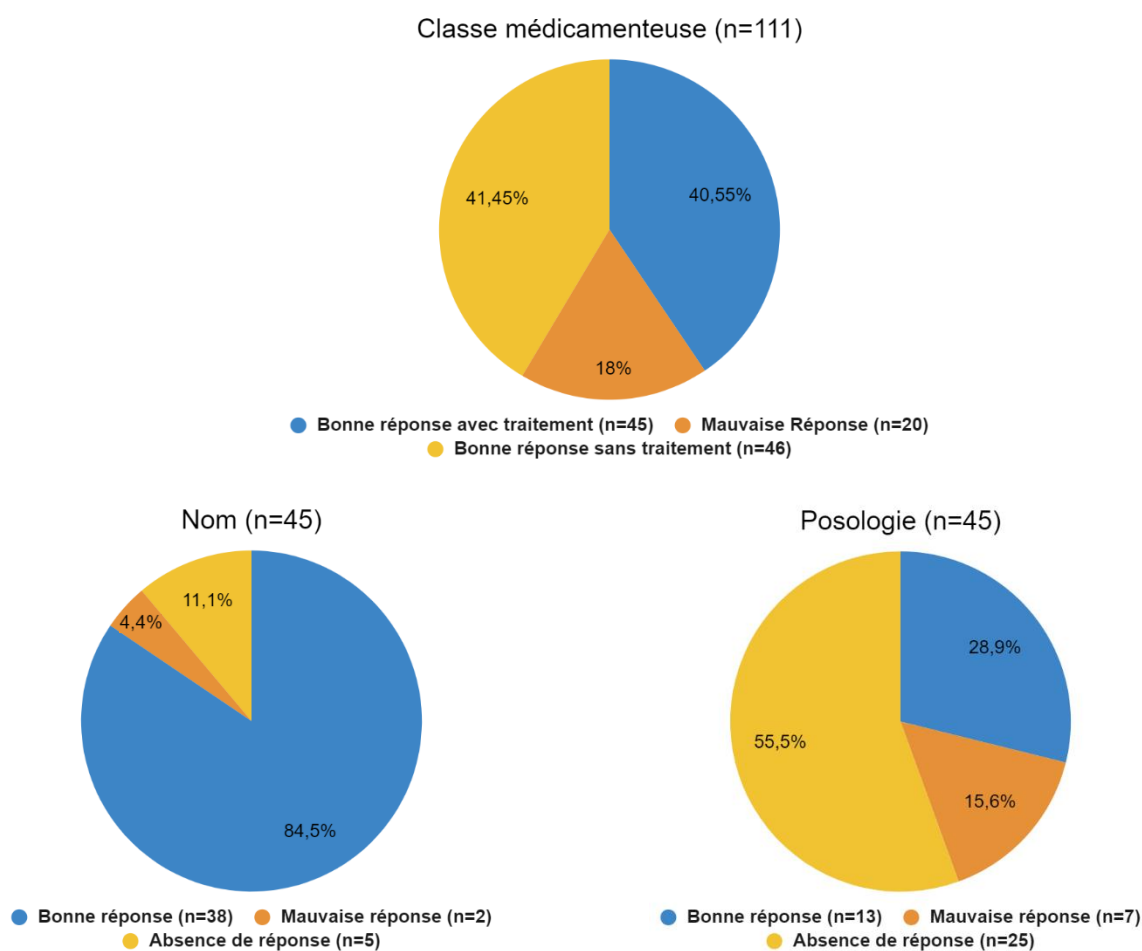
Dans les 82% ayant bien répondu, 45 patients (44.4%) bénéficient d'un traitement antalgique. Parmi ces 45 patients, 38 (84.5%) connaissent le nom d'au moins un médicament antalgique, 2 (4.4%) déclarent un autre médicament et 5 (11.1%) ne savent pas cité un médicament.

Concernant la posologie seulement 13 patients (28.9%) fournissent la posologie adaptée, 7 patients (15.6%) déclarent une posologie erronée et 25 déclarent ne pas connaître la posologie (55.5%).

Tableau 6 : Réponses aux questions concernant les antalgiques

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	51	45,9
	Case « non » cochée	60	54,1
	Réponse juste	91	82,0
	Réponse fausse	20	18,0
Nom	A donné au moins un nom correct	38	34,2
	A cité un médicament d'une autre classe	5	4,5
	Déclare ne pas connaître le nom	6	5,4
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	48	43,2
Posologie	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	14	12,6
	Indique une posologie correcte	13	11,7
	Indique une posologie erronée	8	7,2
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	48	43,2
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	42	37,8

Figure 8 : Réponses aux questions concernant les antalgiques



6. Avez-vous un médicament anticoagulant ?

Concernant cette question, comme décrit précédemment nous avons différencié anticoagulant et antiagrégant plaquettaire. Les réponses « oui » à la question « avez-vous un médicament anticoagulant ? » alors que le patient bénéficie uniquement d'un traitement antiagrégant plaquettaire ont été considérées comme fausses.

De cette manière, 76.6% des patients (n=85) ont donné une réponse juste. 20.7% (n=23) ont répondu prendre un traitement anticoagulant alors qu'il s'agissait d'un traitement antiagrégant. 2.7% (n=3) ont déclaré ne pas prendre de traitement anticoagulant alors qu'il existe une prescription.

Parmi les 85 patients ayant donné une bonne réponse, seulement 16 (18.8%) prennent un médicament anticoagulant. Pour ces 16 patients, 1 seul (6.25%) n'a pas

cité le nom du médicament mais tout de même 3 patients (18.75%) ont donné une posologie inadaptée. Les autres ont identifié correctement le nom et la posologie.

Si l'on reconsidère la question et que l'on comptabilise les réponses « oui » à la question « avez-vous un médicament anticoagulant ? » quand le patient bénéficie d'un traitement antiagrégant plaquettaire comme correcte, nous obtenons 97.3% (n=108) de bonnes réponses.

Parmi les 46 patients prenant des antiagrégants plaquettaires, 23 patients (50%) ont déclaré le nom dans la catégorie « anticoagulant » et 2 (4.3%) dans la partie « autre » en y associant la bonne indication. 20 patients (43.5%) y ont également associé la bonne posologie.

Tableau 7 : Réponses aux questions concernant les anticoagulants.

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	39	45
	Case « non » cochée	72	55
	Réponse juste	85	96,4
	Réponse fausse	26	3,6
Nom	A donné au moins un nom correct	15	30,6
	A cité un médicament d'une autre classe	21	2,7
	Déclare ne pas connaître le nom	3	11,7
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	69	52,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	3	2,7
Posologie	Indique une posologie correcte	13	28,8
	Indique une posologie erronée	20	2,7
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	69	52,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	9	16,2

Tableau 8 : Informations concernant les antiagrégants plaquettaires

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	A un antiagrégant plaquettaire	46	45
	N'a pas d'antiagrégant plaquettaire	65	55
Nom	A donné au moins un nom correct	24	30,6
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	65	
Posologie	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	22	2,7
	Indique une posologie correcte	19	28,8
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	65	52,3
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	27	16,2

Figure 9 : Réponses aux questions concernant les anticoagulants

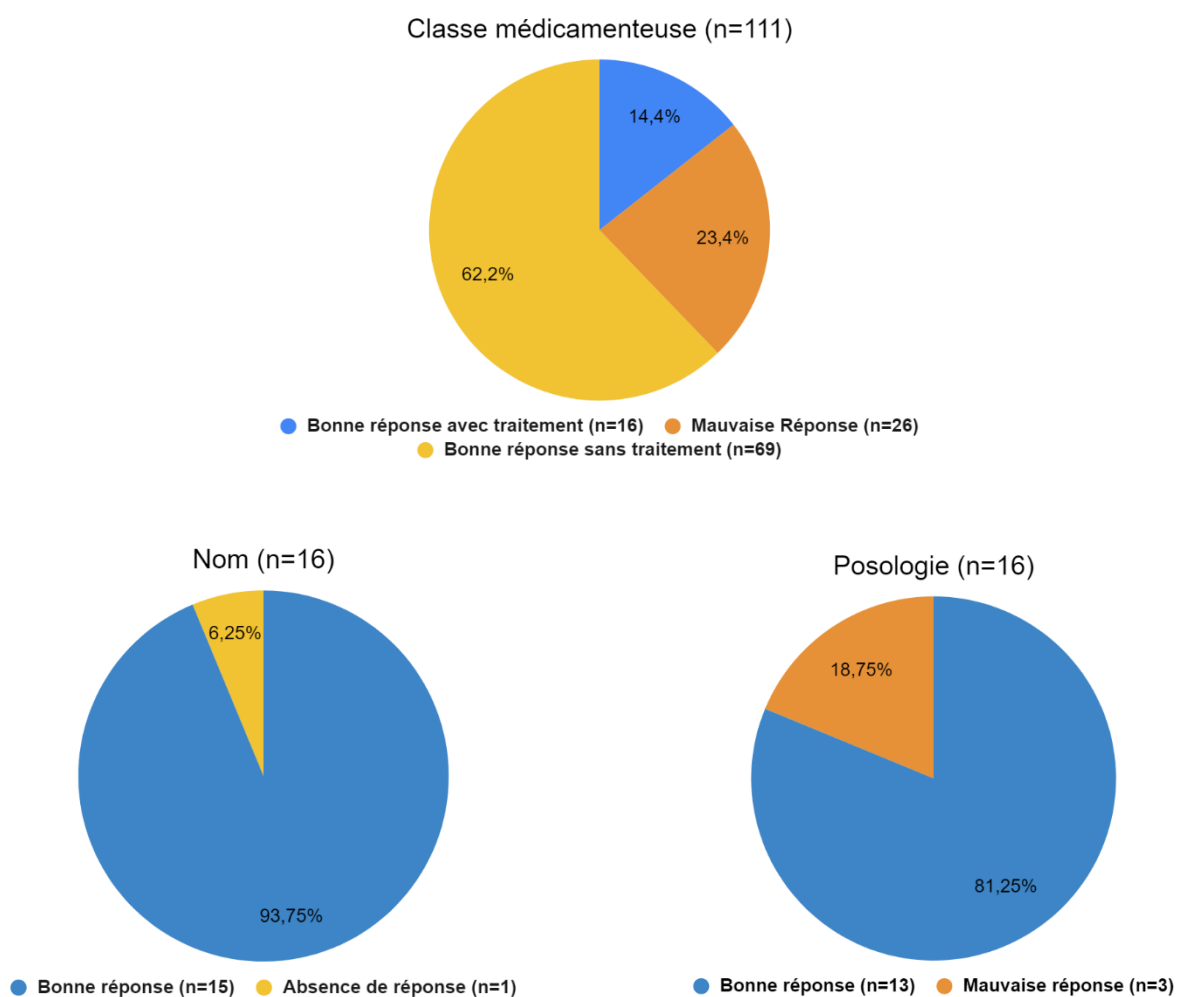
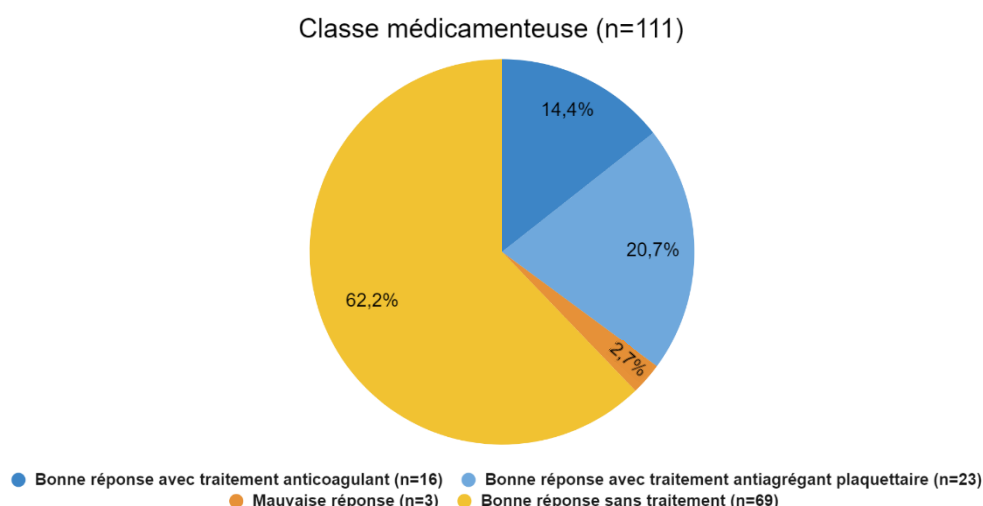


Figure 10 : Réponse à la question « classe médicamenteuse » selon la prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants plaquettaires



7. Avez-vous un médicament pour dormir ?

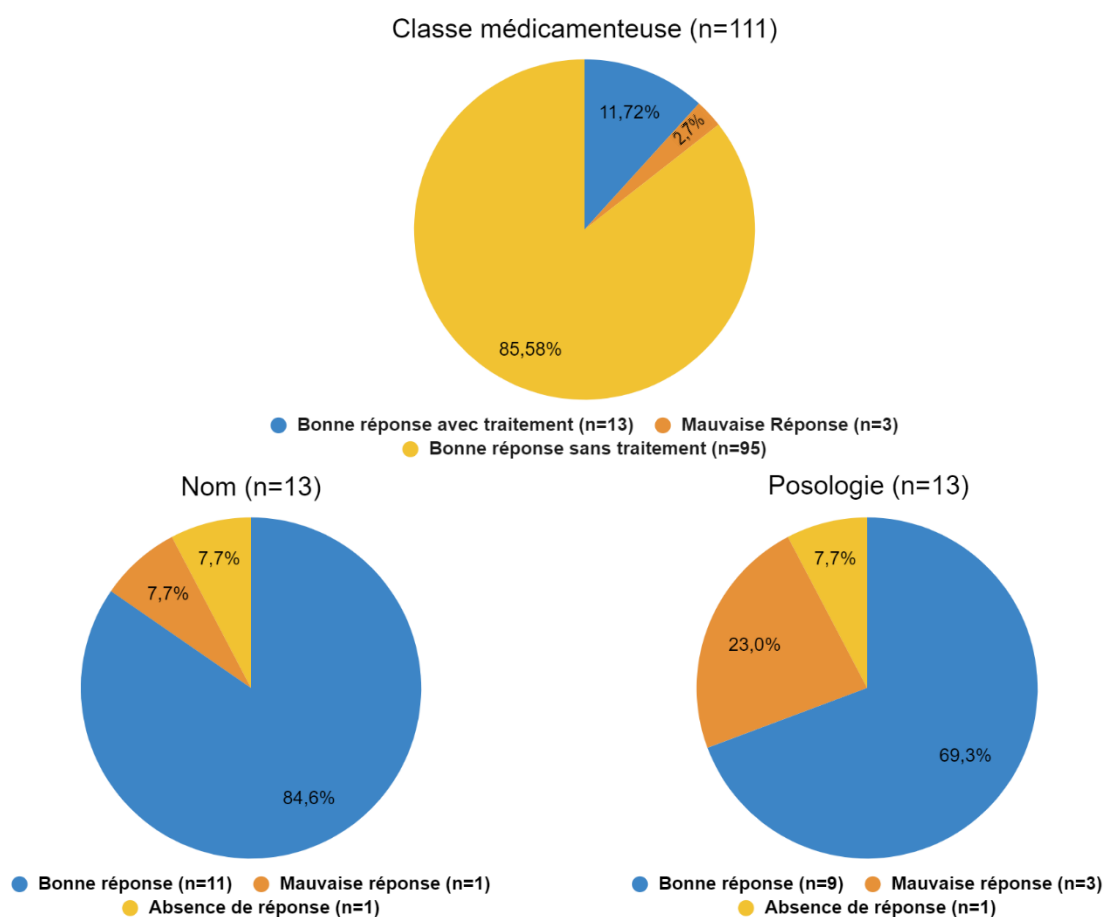
97.3% des patients (n=108) donnent une réponse correcte concernant la classe médicamenteuse. Les 3 patients (2.7%) ayant apporté une mauvaise réponse déclarent prendre un traitement à visée hypnotique mais il n'y a pas de ligne de prescription correspondante sur l'ordonnance.

Dans les 108 patients ayant apporté une bonne réponse, seulement 13 patients (12.0%) bénéficient d'un traitement hypnotique. Sur ces 13 patients, 11 (84.6%) connaissent le nom du médicament et 9 (69.2%) citent la bonne posologie. 1 patient (7.7%) indique le nom d'un traitement inadapté et 3 (23.1%) indiquent une posologie erronée. 1 patient (7.7%) déclare ne connaître ni le nom ni la posologie.

Tableau 9 : Réponses aux questions concernant les hypnotiques

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	16	14,4
	Case « non » cochée	95	85,6
	Réponse juste	108	97,3
	Réponse fausse	3	2,7
Nom	A donné au moins un nom correct	12	10,8
	A cité un médicament d'une autre classe	3	2,7
	Déclare ne pas connaître le nom	1	0,9
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	95	85,6
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	0	0,0
Posologie	Indique une posologie correcte	9	8,1
	Indique une posologie erronée	4	3,6
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	95	85,6
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	3	2,7

Figure 11 : Réponses aux questions concernant les hypnotiques



8. Avez-vous un médicament contre les douleurs d'estomac ?

Pour les protecteurs gastriques, le taux de bonne réponse concernant la classe médicamenteuse est de 93.7% (n=104). 1 patient (0.9%) déclare prendre un protecteur gastrique alors qu'il n'existe pas de prescription correspondante et 6 patients (5.4%) omettent leur traitement.

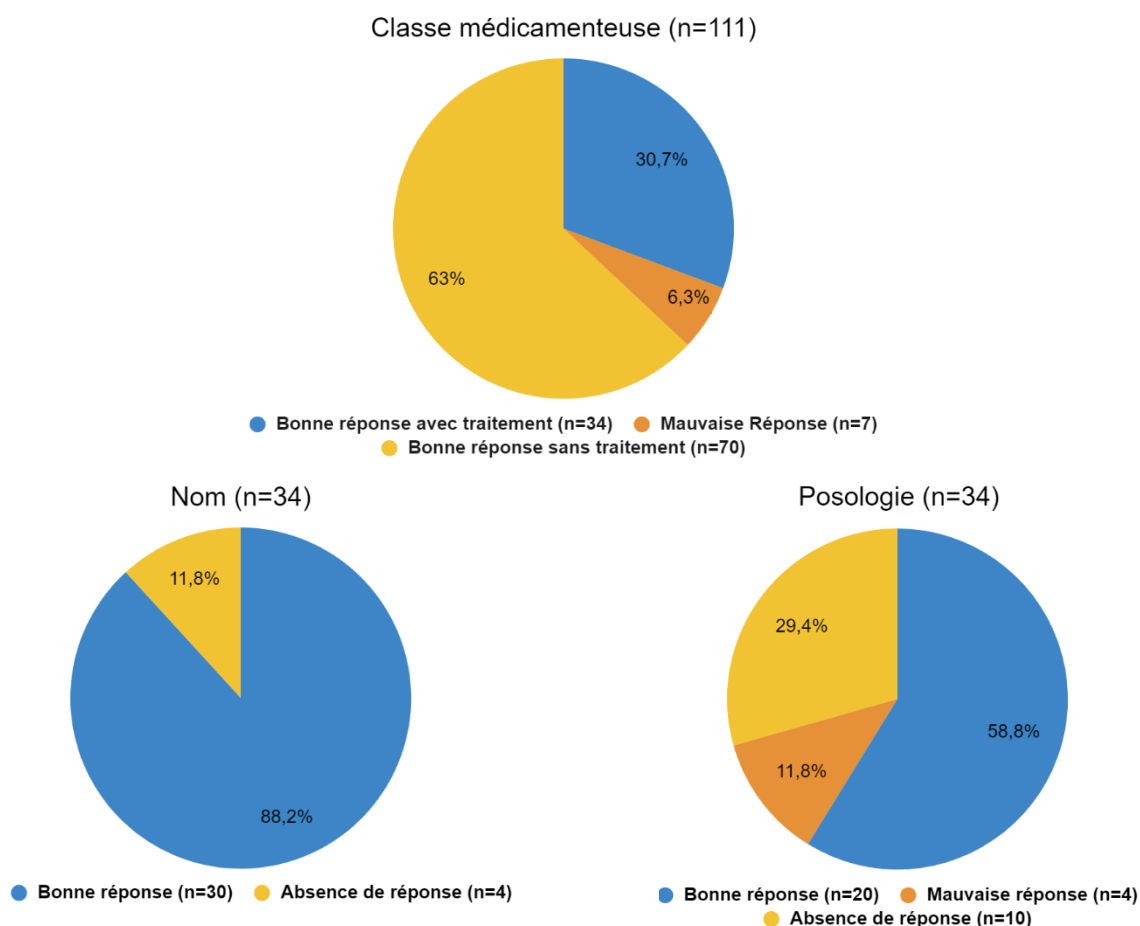
Chez les patients ayant bien répondu à la question de classe, 34 patients (32.7%) prennent au moins un protecteur gastrique. Parmi ces 34 patients, 30 patients (88.2%) donnent au moins le nom d'un médicament, les 4 autres (11.8%) méconnaissent le nom de leur traitement.

Concernant la posologie, 20 patients (58.8%) rapportent une posologie correcte, 10 (29.4%) ne connaissent pas la posologie et 4 (11.8%) notent une posologie inadaptée par rapport à la prescription.

Tableau 10 : Réponses aux questions concernant les protecteurs gastriques

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	35	31,5
	Case « non » cochée	76	68,5
	Réponse juste	104	93,7
	Réponse fausse	7	6,3
Nom	A donné au moins un nom correct	30	27,0
	A cité un médicament d'une autre classe	1	0,9
	Déclare ne pas connaître le nom	4	3,6
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	70	63,1
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	6	5,4
Posologie	Indique une posologie correcte	20	18,0
	Indique une posologie erronée	5	4,5
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	70	63,1
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	16	14,4

Figure 12 : Réponses aux questions concernant les protecteurs gastriques



9. Avez-vous un médicament contre la constipation ?

Pour cette dernière classe, 95.5% des patients (n=106) mentionnent une réponse correcte. 4 patients (3.6%) négligent avoir un traitement et 1 patient (0.9%) déclare prendre un traitement laxatif sans concordance avec son ordonnance.

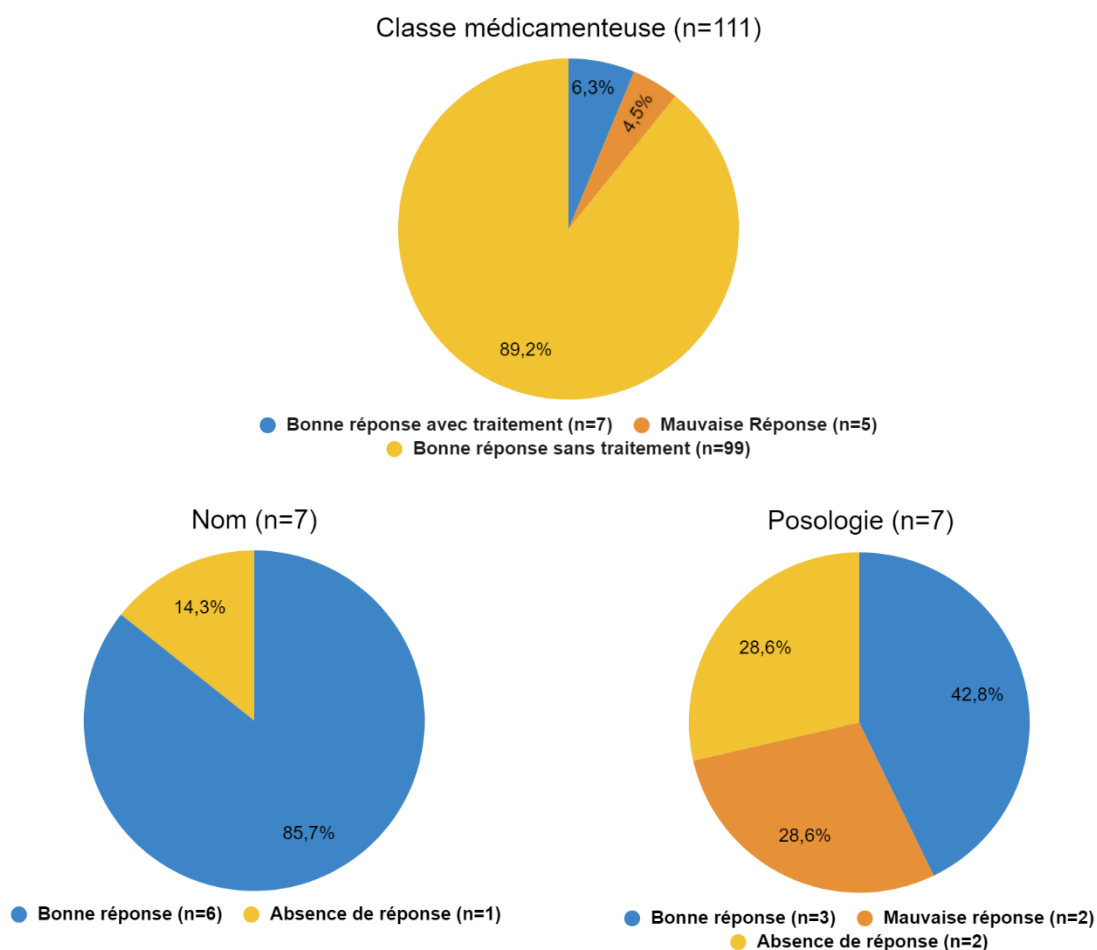
Seulement 7 patients (6.6%) parmi les 106 ayant donné une bonne réponse prennent un traitement laxatif. 1 seul (14.3%) indique ne pas connaître le nom du traitement.

Concernant la posologie seulement 3 patients (42.8%) notent une posologie correcte, 2 (28.6%) indiquent une posologie erronée et 2 (28.6%) ne connaissent pas la posologie.

Tableau 11 : Réponses aux questions concernant les laxatifs

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	8	7,2
	Case « non » cochée	103	92,8
	Réponse juste	106	95,5
	Réponse fausse	5	4,5
Nom	A donné au moins un nom correct	6	5,4
	A cité un médicament d'une autre classe	0	0,0
	Déclare ne pas connaître le nom	2	1,8
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	99	89,2
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	4	3,6
Posologie	Indique une posologie correcte	3	2,7
	Indique une posologie erronée	2	1,8
	N'a pas répondu et n'a pas de traitement pour cette classe	99	89,2
	N'a pas répondu mais a un traitement pour cette classe	7	6,3

Figure 13 : Réponses aux questions concernant les laxatifs



10. Prenez vous d'autres médicaments ?

A cette question, seulement 70.3% (n=78) apportent une réponse correcte. Pour 29.7% (n=33) nous notons une réponse fausse, ils déclarent ne pas prendre d'autre traitement alors qu'il existe au moins un médicament sur leur ordonnance n'appartenant pas aux différentes classes citées dans les questions précédentes.

Parmi les 78 patients ayant une adéquation entre leur réponse et leur ordonnance, 54 (69.2%) prennent au moins un médicament « autre ».

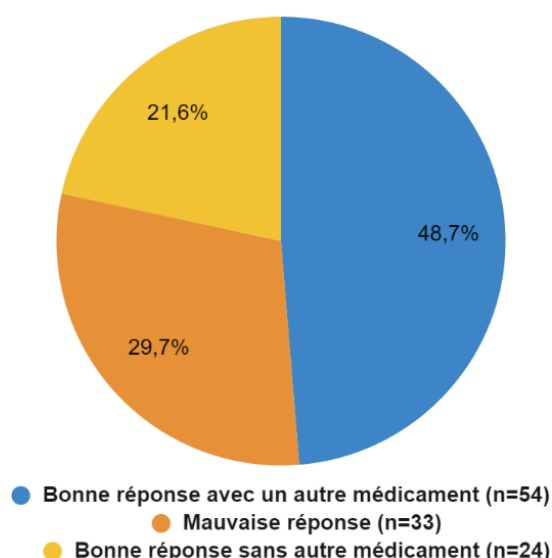
Chez ces 54 patients, 35 patients (64.8%) savent citer au moins le nom d'un médicament, 18 (33.3%) n'en sont pas capables et 1 patient (1.9%) déclare un médicament n'apparaissant pas sur l'ordonnance.

Concernant l'indication, 31 patients (57.4%) associent correctement l'indication au nom précédemment cité, 19 (35.2%) ne connaissent pas l'indication et 4 patients (7.4%) donnent une indication incohérente avec le nom précédemment cité.

Tableau 12 : Réponses aux questions concernant les autres médicaments

		N (n=111)	%
Classe médicamenteuse	Case « oui » cochée	54	48,6
	Case « non » cochée	57	51,4
	Réponse juste	78	70,3
	Réponse fausse	33	29,7
Nom	A donné au moins un nom correct	35	31,5
	A cité un médicament absent de l'ordonnance	3	2,7
	Déclare ne pas connaître le nom	18	16,2
	N'a pas répondu et n'a pas d'autre médicament	24	21,6
	N'a pas répondu mais a un autre médicament	31	27,9
Indication	Note une indication correcte	31	27,9
	Note une indication erronée	6	5,4
	N'a pas répondu et n'a pas d'autre médicament	24	21,6
	N'a pas répondu mais a un autre médicament	31	27,9
	Déclare ne pas connaître l'indication	19	17,1

Figure 14 : Réponses à la question «autres médicaments »



III. Etat des connaissances des patients

Pour rappel, nous avons décidé d'établir différents niveaux de connaissances par rapport au pourcentage de bonnes réponses :

- ceux ayant 100% de bonnes réponses : connaissance excellente des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses > 81.81% soit 9 classes sur 11 (incluant ceux ayant 100% de bonnes réponses) : connaissance correcte des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses compris entre 81.81% et 54.55% soit entre 6 et 8 classes sur 11 : connaissance moyenne des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses compris entre 45.45% et 36.36% soit entre 4 et 5 classes sur 11 : connaissance légère des médicaments.
- ceux ayant un taux de réponses < 36.36% soit moins de 4 classes sur 11 : connaissance mauvaise des médicaments.

Chacune de ces catégories a été étudiées sous 3 angles :

- ceux connaissant la classe médicamenteuse
- ceux connaissant la classe médicamenteuse et le nom
- ceux connaissant la classe médicamenteuse, le nom et la posologie

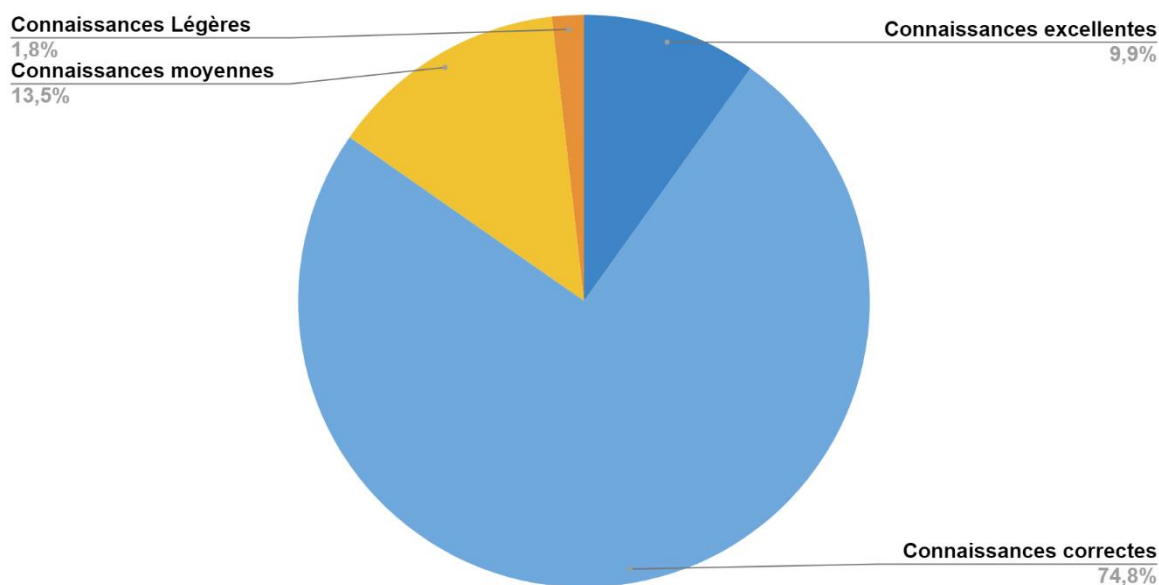
Les résultats sont détaillés pour chaque catégorie hormis pour la catégorie des personnes ayant un taux de réponses < 36.36% puisque aucun patient ne connaissait moins de 4 classes médicamenteuses.

1. Connaissance unique de la classe médicamenteuse

Si l'on regarde uniquement la classe médicamenteuse, une majorité des patients soit 84.7% (n=94) sont considérés avoir une connaissance correcte de leurs médicaments. 13.5% (n=15) entrent dans la catégorie connaissances moyennes et 1.8% (n=2) dans la catégorie connaissances légères.

Par ailleurs, le nombre de patients ayant eu 100% de bonnes réponses à la question des classes est faible puisque seulement 11 patients (9.9%) entrent dans cette catégorie de connaissances excellentes.

Figure 15 : Etat des connaissances selon la classe médicamenteuse



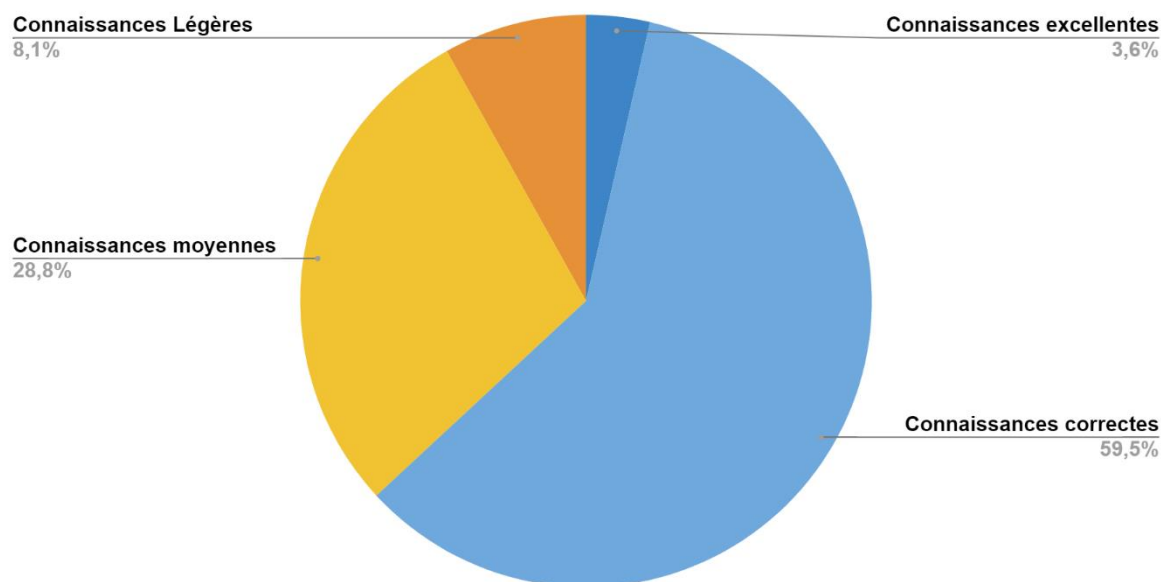
2. Connaissance de la classe médicamenteuse et du nom

On considère, dans un second temps, la réponse juste lorsqu'une réponse correcte est donnée à la classe médicamenteuse et qu'au moins un nom de médicament correspondant est cité.

Dans cette configuration, nous retrouvons 63.1% (n=70) des patients avec des connaissances correctes; 28.8% (n=32) avec de connaissances moyennes et 8.1% (n=9) avec des connaissances légères.

Le nombre de patients considéré comme ayant des connaissances excellentes est cette fois encore plus faible puisque seulement 4 patients (3.6%) relèvent de cette catégorie.

Figure 16 : Etat des connaissances selon la classe médicamenteuse et le nom



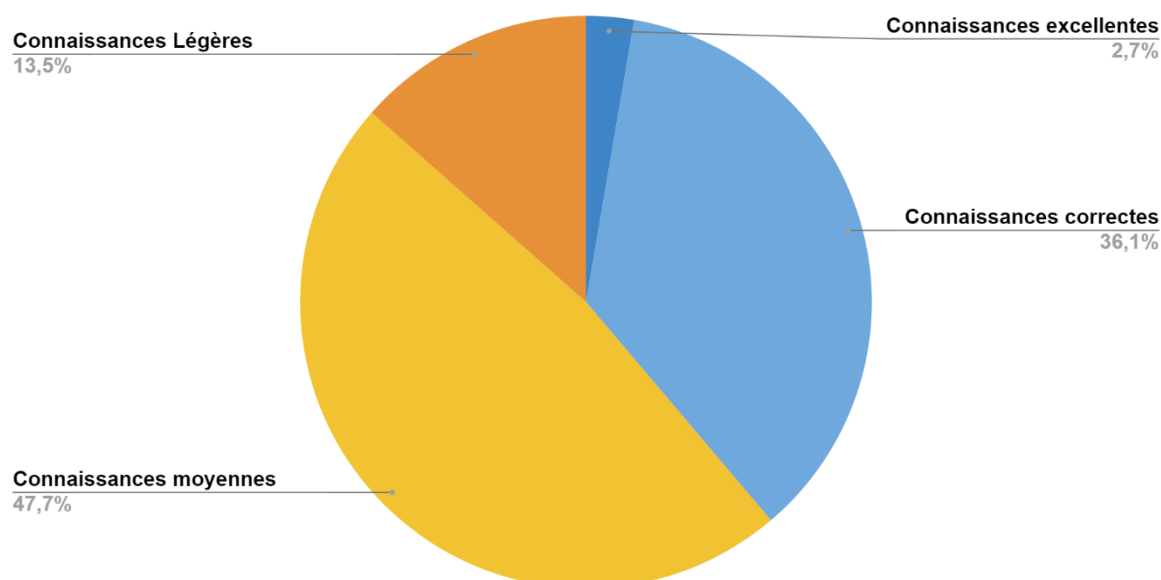
3. Connaissance de la classe médicamenteuse, du nom et de la posologie.

Enfin, nous avons considéré la réponse juste quand les 3 critères (classe médicamenteuse, nom et posologie) étaient corrects.

La répartition est moins franche, 38.7% (n=43) se révèlent avoir des connaissances correctes, 47.8% (n=53) ont des connaissances moyennes et 13.5% (n=15) des connaissances légères.

Pour la catégorie connaissances excellentes, le nombre de patients est extrêmement faible. Seulement 3 patients (2.7%) intègrent cette catégorie.

Figure 17 : Etat des connaissances selon la classe médicamenteuse, le nom et la posologie



Pour la suite des résultats, les patients ayant 100% de bonnes réponses étant peu nombreux, il a été décidé de ne plus faire de distinction pour cette catégorie. Les patients ayant un niveau de connaissance > 81.81% (9 classes sur 11) sont considérés comme les patients connaissant le mieux leurs médicaments.

Nous avons comparé les connaissances des patients avec la configuration où la réponse était considérée correcte quand les 3 critères (classe médicamenteuse, nom et posologie) étaient respectés.

4. Selon le sexe

La comparaison entre les différents groupes selon le sexe ne révèle pas de différence significative.

Tableau 13 : Sexe Ratio selon les catégories de connaissances médicamenteuses

	Connaissances correctes			Connaissances moyennes			Connaissances légères		
	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe
Sexe Ratio (H :F)	0.65	0.71	0.74	0.83	0.68	0.25	0.36	0.50	-

Tableau 14 : Comparaison du Sexe Ratio selon les catégories de connaissances médicamenteuses

	Connaissances correctes	Connaissances moyennes	p
Sexe Ratio (H:F)	0,65	0,83	0,57
	Connaissances correctes	Connaissances légères	p
Sexe Ratio (H:F)	0,65	0,36	0,37
	Connaissances moyennes	Connaissances légères	p
Sexe Ratio (H:F)	0,83	0,36	0,2

5. Selon l'âge

Les comparaisons des différents groupes selon l'âge n'identifient pas de différence significative.

Tableau 15 : Moyennes d'âge et écarts type selon les catégories de connaissances
médicamenteuses

	Connaissances correctes			Connaissances moyennes			Connaissances légères		
	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe
Age en année (moyenne +/- ET)	80.95+/- 5.33	81.23+/- 5.11	81.41+/- 5.28	81.32+/- 5.24	81.62+/- 5.84	81.47+/- 5.21	83.13+/- 4.63	82.22+/- 3.67	81.5+/- 0.71

Tableau 16 : Comparaison de l'âge selon les catégories de connaissances
médicamenteuses

	Connaissances correctes	Connaissances moyennes	p
Age (moyenne +/- ET)	80,95 +/- 5,33	81,32 +/- 5,24	0,74
	Connaissances correctes	Connaissances légères	p
Age (moyenne +/- ET)	80,95 +/- 5,33	83,13 +/- 4,63	0,16
	Connaissances moyennes	Connaissances légères	p
Age (moyenne +/- ET)	81,32 +/- 5,24	83,13 +/- 4,63	0,23

6. Selon le nombre de médicaments

Les comparaisons des différents groupes selon le nombre de médicaments révèlent des différences significatives.

Plus le nombre de médicaments est important moins les connaissances sont bonnes. Pour les patients ayant des connaissances correctes, le nombre moyen de médicaments est de 5.19+/-2.95. Ceux avec des connaissances moyennes ont un

nombre moyen de médicaments de 7.58+/-2.02. Ceux avec des connaissances légères prennent en moyenne 10.47+/-3.91 médicaments.

Tableau 17 : Nombre de médicaments selon les catégories de connaissances médicamenteuses

	Connaissances correctes			Connaissances moyennes			Connaissances légères		
	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe	Classe, Nom, Posologie	Classe, Nom	Classe
Nombre de médicaments (moyenne +/- ET)	5.19 +/- 2.95	6.23 +/- 3.46	6.8 +/- 3.4	7.58 +/- 2.02	7.69 +/- 2.32	7.53 +/- 3	10.47 +/- 3.91	11.11 +/- 4.81	15 +/- 7.07

Tableau 18 : Comparaison du nombre de médicaments selon les catégories de connaissances médicamenteuses

	Connaissances correctes	Connaissances moyennes	p
Nombre de médicaments (moyenne +/-ET)	5,19 +/- 2,95	7,58 +/- 2,02	0,00017
	Connaissances correctes	Connaissances légères	p
Nombre de médicaments (moyenne +/-ET)	5,19 +/- 2,95	10,47 +/- 3,91	<0,0001
	Connaissances moyennes	Connaissances légères	p
Nombre de médicaments (moyenne +/-ET)	7,58 +/- 9,02	10,47 +/-3,91	0,0032

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

1. Biais de sélection

Il existe un biais de sélection concernant les médecins. Les médecins ayant distribué les questionnaires sont tous des médecins rencontrés durant mon cursus universitaire : des co-internes ou des Maîtres de Stage Universitaire. Ces praticiens font partie des médecins généralistes se formant le plus comme le souligne Bouton et al. (64) Leurs prescriptions respectent mieux les recommandations actuelles contrairement aux médecins ayant mis au second plan leur formation.

D'autres biais de sélection concernent les patients. Le médecin distribuait le questionnaire à toute personne de 75 ans et plus rencontrée sur une période donnée. Nous n'avons pas calculé le nombre de questionnaires donnés et le nombre de questionnaires restitués. Il semblerait que chez certains médecins tous les questionnaires n'aient pas été restitués. Ceux ne l'ayant pas rendu ont-ils eu peur du regard du médecin car les connaissances étaient faibles ? Ont-ils oublié de le rendre car ils présentaient des troubles cognitifs ? Ont-ils simplement changé d'avis et ne souhaitaient plus participer à l'étude ?

Nous demandions au patient d'écrire le nom des médicaments. Même s'il disposait de son ordonnance pour répondre, il pouvait être gêné par l'utilisation des génériques. Le nom sur l'ordonnance ne correspond pas toujours avec le nom figurant sur la boîte de médicament. Si les patients avaient rempli le questionnaire à domicile, avec les boîtes de médicaments à disposition, ils auraient pu s'y référer.

2. Biais de mesure et de confusion

Nous avons souhaité un questionnaire relativement concis. Nous voulions qu'il tienne sur une page et que le temps de réalisation soit court. Par cette volonté, il n'est pas exhaustif et peu précis concernant certaines classes médicamenteuses. A posteriori, il aurait été intéressant de séparer les anticoagulants des antiagrégants plaquettaires pour plus de précision.

Toujours dans le but de réduire le temps de réalisation nous nous sommes concentrés sur les informations concernant les thérapeutiques et nous avons récolté peu d'informations sociologiques.

Nous avons considéré que l'énonciation d'un seul nom de médicament permettait d'obtenir une réponse juste. Or, concernant les antihypertenseurs pour lesquels les patients sont nombreux à prendre une bithérapie (31.2%) ou une trithérapie (25.8%), il aurait été intéressant de regarder combien étaient capables de citer l'ensemble des médicaments. Le pourcentage de bonnes réponses aurait été différent et probablement plus faible.

2. Comparaison avec les données de la littérature

1. Selon la population et les données sociologiques

Notre comparaison avec la littérature doit rester prudente, car beaucoup d'études ont eu lieu en milieu hospitalier. (5) (6) (65) (66) (67)

Les patients inclus dans notre étude ont tous été rencontrés au cabinet et ils ont rempli seul le questionnaire. Ils sont donc plus autonomes que les patients du milieu hospitalier.

Les études réalisées en médecine générale étudient le plus souvent la population adulte générale. Les personnes âgées ne représentent parfois qu'une petite partie de l'échantillon. (4)

Concernant les études étrangères il faut prendre en considération un système de santé différent avec un accès aux soins parfois plus difficile. Les patients devant pour certains, financer eux-mêmes les médicaments, on peut donc s'attendre à une meilleure connaissance des traitements pris. En effet, les patients choisissent dans l'ordonnance et priorisent les médicaments « les plus utiles ». (68)

Dans notre étude, l'âge n'est pas un facteur influençant les connaissances. Cette donnée est retrouvée dans l'étude de Chung et al. (65) Par contre pour Jaye et al. ou Al Mahdy et al, il existe une relation inversement proportionnelle entre l'âge des patients et la connaissance des traitements. (6) (69)

Une des pistes pouvant expliquer cette différence est celle de l'autonomie. Les patients de notre étude ont une autonomie relativement préservée. Ils doivent pouvoir se rendre au cabinet de médecine générale, écrire afin de remplir le questionnaire et ne pas bénéficier d'aide d'une tierce personne pour la gestion de leurs médicaments.

Notre étude, comme celle de Al Mahdy et al, ne retrouve pas de différence significative entre les connaissances acquises chez les femmes et les hommes. (6)

2. Selon les classes thérapeutiques

Nous avons mis en évidence une différence significative des connaissances en fonction du nombre de médicaments prescrits. Plus les patients prennent de médicaments et moins ils connaissent leur traitement. Cette notion est confirmée dans les études de King et al et Barat et al. (70) (71)

Barat et al fixe le seuil de 3 médicaments. Dans leur étude ils concluent à de moins bonnes connaissances chez les patients ayant plus de 3 médicaments. (71)

En ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, nous retrouvons dans la majorité des cas un pourcentage de prescription plus important que dans la littérature.

Selon le SNIIRAM, 67.24% des plus de 75 ans sont traités par un antihypertenseur quand ils sont 83.8% dans notre étude. De même pour les antidiabétiques 18.72% contre 26.1% dans notre étude et les hypolipémiants 36.35% contre 46.8%. (72)

Cette part de prescription plus importante semble logique. Notre étude interroge uniquement les patients ayant un traitement chronique. Les patients de plus de 75 ans n'ayant pas de traitement au long cours ne sont donc pas comptabilisés.

Pour les protecteurs gastriques, nous retrouvons également une différence puisque selon l'ANSM 25% de la population générale consomme des IPP versus 37.8% dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer en deux points :

- nous avons dans cette catégorie inclus les IPP mais également les pansements gastriques.
- notre échantillon est exclusivement composé de personnes âgées, qui sont plus consommatrices de médicaments que la population plus jeune. (73)

Concernant les antidépresseurs et les psychotropes notre population est par ailleurs comparable aux données du SNIIRAM. Le pourcentage de patients ayant recours à un antidépresseur est identique (16.2%). Les patients ayant recours aux psychotropes (hypnotiques et anxiolytiques) est de 10.1% pour le SNIIRAM et 10.8% dans notre étude.

Pour les anticoagulants et les antiagrégants plaquettaires les chiffres restent relativement proches. Le rapport de l'ANSM d'avril 2014 retrouve un taux de prescription des anticoagulants à 14%, il est de 16.2% dans notre échantillon. Les antiagrégants plaquettaires sont prescrits chez 39% des patients d'après le SNIIRAM et dans 35.1% des cas pour notre étude.

Dans notre étude, lorsque la réponse est fausse concernant la classe médicamenteuse, le plus souvent il s'agit d'un patient ayant omis de déclarer un traitement alors que celui-ci apparaît sur l'ordonnance. Par contre, concernant les hypnotiques et les antalgiques on remarque que plusieurs patients déclarent prendre un traitement alors qu'il n'y a pas de ligne de prescription correspondante sur l'ordonnance. Nous pouvons donc nous questionner sur l'origine de cette prise médicamenteuse.

La réponse la plus probable pour les antalgiques est une prise en automédication, le paracétamol étant en vente libre, l'accès y est aisé et la dangerosité mal connue. (74)

Concernant les hypnotiques, uniquement sur prescription, l'automédication fait probablement suite à une prescription ponctuelle pour laquelle tous les comprimés n'avaient pas été utilisés et sont réutilisés dans un second temps.

Pour ces deux classes nous ne pouvons pas conclure formellement puisqu'il pourrait également exister une prescription par un autre médecin à laquelle nous n'avons pas eu accès.

3. Selon la définition

Un autre point important rendant la comparaison difficile est l'inexistence de définition de « connaissance des traitements ». Par exemple Vilke et al, considèrent

que les patients connaissent leur traitement s'ils savent lister l'ensemble des médicaments prescrits. (75)

Dans notre étude nous avons fait le choix de définir 5 seuils de connaissances puis de diviser chacun de ces seuils en 3 catégories :

- ceux connaissant uniquement la classe médicamenteuse
- ceux connaissant la classe médicamenteuse et le nom
- ceux connaissant la classe médicamenteuse, le nom et la posologie.

Le pourcentage de bonnes réponses lorsque l'on prend en considération uniquement la classe médicamenteuse est relativement correct (84.7%). Lorsque l'on associe la classe médicamenteuse et le nom du médicament celui-ci chute considérablement (63.1%) et si l'on considère la posologie celui-ci s'écroule (38.7%).

3. Perspectives d'amélioration

Les patients arrivent à identifier les pathologies pour lesquelles ils sont traités (84.68%), par contre près de deux tiers des patients ne savent pas y associer le médicament correspondant (63.06%).

Cette méconnaissance conduit à :

- L'inobservance thérapeutique. La connaissance des traitements est en lien direct avec l'observance médicamenteuse. (76) (77)
- Des erreurs médicamenteuses. Par exemple, si le patient sait qu'il a un traitement contre la tension en 1 prise par jour et un traitement antalgique en 3 prises et qu'il ne connaît pas leurs noms il peut inverser les 2 traitements.
- Une majoration du risque iatrogène. Selon une méta-analyse, près de 16.6% des hospitalisations chez le sujet âgé seraient liées à un effet iatrogène. (78)

1. Lutter contre la polymédication et promouvoir l'éducation thérapeutique

Cette méconnaissance est majorée par la polymédication. Nous avons montré que plus le patient prend de médicaments et moins les connaissances sont bonnes. Lutter contre la polymédication doit permettre d'améliorer les connaissances. Pour

cela, une révision de l'ordonnance régulière et une coordination médecin généraliste et médecins spécialistes est nécessaire.

Notre étude permet de s'interroger sur l'intérêt de faire de l'éducation thérapeutique à plus grande échelle. Les connaissances concernant le diabète, maladie pour laquelle de l'éducation thérapeutique est mise en place, sont nettement supérieures aux autres pathologies. L'éducation thérapeutique semble un levier intéressant pour enrichir les connaissances des patients âgés. Mais à ce jour, les dispositifs sont peu nombreux voire inexistants dans certaines zones géographiques.

Nous pouvons imaginer généraliser un questionnaire concis et rapide, réalisé par le médecin traitant lors de l'instauration ou d'un renouvellement de traitement. Ce questionnaire permettrait d'établir un niveau de connaissance. Selon le résultat, le patient pourrait avoir accès à de l'éducation thérapeutique. Celle-ci pourrait être réévaluée de façon trimestrielle par exemple et arrêtée quand le patient a acquis des connaissances solides.

La mise en place de ces deux points (la lutte contre la polymédication et l'éducation thérapeutique) reposent sur les moyens classiques disponibles en ville : le médecin généraliste, le ou les médecins spécialistes, le pharmacien et l'infirmier. Il paraît indispensable de réaliser une réelle prise en charge pluridisciplinaire afin d'optimiser les connaissances de chacun.

2. Réaliser une prise en charge pluri-professionnelle

a. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste, premier maillon de cette chaîne, a un rôle fondamental. Il est à l'origine des prescriptions médicamenteuses, ou renouvelle celle de ses confrères spécialistes. Il intervient dans la lutte contre la polymédication et dans l'éducation thérapeutique.

La relation médecin-malade est importante pour l'adhésion aux soins. (76) (79) Le médecin généraliste reste un interlocuteur privilégié pour les patients en lien avec des consultations itératives et d'une relation évoluant depuis plusieurs années pour de nombreux binômes « patient-médecin ».

Nous observons de plus en plus de consultations à « motifs multiples ». En moyenne 2.2 motifs et ce chiffre tend à augmenter chez les patients âgés de plus de 60 ans. (80) Il est fréquent d'entendre en fin de consultation, après s'être occupé d'un motif aigu, « Il me faudrait aussi mon renouvellement ».

Cet acte, souvent banalisé par le patient, ne doit pas l'être et a toute son importance. Dans le cadre d'une consultation dédiée annuelle ou bi-annuelle, une révision de l'ordonnance par le médecin et avec le patient paraît nécessaire pour évaluer l'observance et lutter contre la polymédication. Un médicament peut être prescrit sur l'ordonnance mais jamais pris par le patient par exemple. Cela permettrait au médecin de se questionner sur les notions d'*overuse* et de *misuse*. Il pourrait alors revoir l'ordonnance, et ajuster les thérapeutiques. Comme le montre l'étude Polychrome, une révision de l'ordonnance associée éventuellement à un avis d'expert permet de réduire jusqu'à un tiers les lignes de prescription. (81)

Il pourrait profiter de cette consultation pour faire de l'éducation thérapeutique dès la rédaction de l'ordonnance. Afin d'éviter au maximum les erreurs médicamenteuses, il serait souhaitable que le patient ait l'ensemble de ses traitements sur une seule et même ordonnance. Ainsi les différents intervenants (médecins spécialistes, pharmacien et patient) auraient une information globale. Cela nécessite une coordination et une communication médecine de ville – hôpital et médecin généraliste – médecin spécialiste performante.

En plus de la rédaction d'une seule et unique ordonnance, il paraît intéressant de hiérarchiser les lignes de prescriptions surtout si le nombre de médicaments est important. Si les médicaments les plus « importants » apparaissent dans les premières lignes et s'ils sont regroupés par « action » cela permettrait à chaque intervenant de mieux s'y retrouver.

Une fois l'ordonnance rédigée, le médecin généraliste peut rappeler l'intérêt de chaque médicament, sa posologie et ses principaux effets secondaires. S'assurer de la bonne compréhension et laisser la porte ouverte aux questions permet d'obtenir le consentement éclairé du patient au projet thérapeutique.

Malheureusement à l'heure actuelle, il n'existe pas de dispositif pour valoriser cet acte qui nécessite du temps et fait appel à la coordination des différents acteurs de soins. Celui-ci est uniquement valorisé dans le mois suivant une sortie

d'hospitalisation par la cotation MSH. Cela permet de réaliser une consultation « longue » facturée 48€. (82)

b. Le pharmacien

Le deuxième professionnel de santé intervenant dans le parcours du patient est le pharmacien. Lui aussi a un rôle important afin d'améliorer les connaissances du patient. Le patient ayant souvent reçu de nombreuses informations lors de la consultation médicale, il en aura oublié une grande partie. Selon Kessels, entre 40 et 80% des informations données en consultation sont oubliées. (83)

Le pharmacien peut réaliser une relecture de l'ordonnance avec le patient. Il peut redonner des informations et apporter des informations supplémentaires concernant les modalités d'administration et les effets secondaires.

Il perçoit des honoraires de dispensations pour chaque boîte de médicaments qu'il délivre. Ces honoraires ont été revalorisés en janvier 2020 avec des honoraires spécifiques pour les ordonnances de plus de 5 lignes et pour les ordonnances des patients de plus de 70 ans. (84) Ces prescriptions multiples et les spécificités des patients âgés demandent plus d'attention pour la délivrance des médicaments. L'utilisation des génériques ayant complexifié d'avantage la compréhension du traitement, il pourra annoter les boîtes de médicaments pour une meilleure lisibilité.

Depuis 2009, il peut accéder à l'historique de dispensation des 4 derniers mois en temps réel. Cet outil permet un meilleur contrôle pour les patients réalisant du « nomadisme pharmaceutique » ou ayant des troubles cognitifs par exemple. Grâce à cet outil, le pharmacien est en mesure de voir si une délivrance a déjà eu lieu et dans quel délai. Par exemple, un patient se rendant à la pharmacie le 10 février pour obtenir ses médicaments ne sera pas servi si ceux-là ont déjà été délivrés le 2 février pour 1 mois. De même si le patient vient chercher ses médicaments le 3 mars alors que la dernière délivrance d'un mois date du 2 janvier, le pharmacien pourra alerter sur une probable interruption de traitement ou une mauvaise observance.

c. L'infirmier libéral

L'infirmier libéral est le troisième maillon de cette chaîne. Actuellement, il peut être sollicité pour la préparation du pilulier ou la délivrance sécurisée des traitements uniquement dans de rares indications selon la NGAP. L'infirmier est autorisé à gérer l'administration et la surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques sans limitation de durée. Il peut aussi réaliser une surveillance et une observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci. La prise en charge de cet acte infirmier par la CPAM dure maximum quinze jours, sauf pour les patients diabétiques insulino-dépendants où il n'y a pas de limite de durée.

D'après les résultats de notre étude, une sécurisation de la prise médicamenteuse par un infirmier éviterait des hospitalisations d'origine iatrogène.

L'intervention d'un infirmier pour la préparation du pilulier ou la délivrance sécurisée des traitements est tolérée actuellement par la CPAM dans le cadre de troubles cognitifs.

Il serait donc souhaitable d'augmenter le nombre d'indications ouvrant droit à une telle prise en charge : les troubles sensoriels, l'âge avancé, l'illettrisme et l'état des connaissances des patients.

d. L'infirmier de pratique avancée

Dans un futur proche, les premières promotions d'infirmier en pratique avancée vont être diplômées. Cette nouvelle qualification a pour but d'ouvrir plus de compétences aux infirmiers sous la responsabilité d'un médecin dans les maisons de santé pour le secteur libéral.

Les missions premières de ces infirmiers de pratique avancée sont :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. (85)

Dans le cadre des patients âgés et polypathologiques, la mission d'éducation, de prévention, de surveillance clinique et paraclinique semble intéressante. Il pourrait permettre d'accompagner le patient et de décharger en partie le médecin généraliste, pilier de cet accompagnement.

CONCLUSION

Devant le vieillissement de la population, nous allons devoir adapter nos pratiques professionnelles. Les personnes âgées représentent une part de plus en plus importante des patients rencontrés en médecine générale. De par leurs spécificités, polypathologie et fragilité, ils nécessitent une prise en charge adaptée.

Nous avons souhaité étudier les connaissances des patients de plus de 75 ans sur leurs médicaments. Pour cela nous avons interrogé des patients de médecine générale à l'aide d'un questionnaire concis nous permettant d'évaluer leurs connaissances sur 9 grandes classes thérapeutiques.

Notre étude confirme que la population âgée a une mauvaise connaissance de ses traitements usuels. Seulement 38.7% des patients ont une connaissance correcte de leurs traitements. Ces connaissances sont influencées par différents facteurs et de façon inversement significative au nombre de médicament. Le seuil de 3 médicaments est retenu par différents auteurs.

Il est souhaitable de mettre en place rapidement des mesures simples pour améliorer leurs connaissances et limiter le risque iatrogène. L'ensemble de ces actions entrent dans la politique du « bien vieillir » : améliorer la qualité de vie, conserver l'autonomie et ainsi limiter l'entrée dans la dépendance.

Ces mesures nécessitent une coordination de l'ensemble des acteurs de santé dont le médecin traitant est l'un des piliers. Devant la diminution actuelle du nombre de médecins généralistes, il convient de valoriser le temps médical et de renforcer la collaboration des différents acteurs. Le travail en groupe, pratique privilégiée à l'heure actuelle, prend tout son sens.

La polymédication est à l'origine d'une moins bonne connaissance et d'interactions médicamenteuses. Une adaptation régulière des médicaments et la rédaction d'une ordonnance unique permettraient de limiter les prescriptions inadaptées et la polymédication.

L'éducation thérapeutique semble un véritable levier pour améliorer les connaissances. Celle-ci n'est pas encore reconnue dans le domaine de la

polypathologie et de la polymédication. Elle tend à se développer et pourrait être réalisée pas à pas par les différents intervenants du parcours de soin.

Il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur, avec un suivi longitudinal des patients. Cette étude permettrait d'observer si des hospitalisations d'origine iatrogène sont plus fréquentes chez les patients ayant de moins bonnes connaissances de leurs traitements.

BIBLIOGRAPHIE

1. Legrain PS. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005;16.
2. Lin P. Les interactions médicamenteuses et la polypharmacie chez les patients âgés. La revue canadienne de la maladie d'Alzheimer. sept 2003;10-4.
3. Mantz J-M, Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2006;190(9):1999-2011.
4. Franchitti J. Evaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements. [Internet]. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2014 [cité 9 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/franchitti-these.pdf>
5. Jeandel C, Barrat V, Pierson A. L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez la personne âgée : enquête portant sur 300 patients hospitalisés. La revue de gériatrie. sept 1991;16(7):319-32.
6. Al Mahdy H, Seymour DG. How much can elderly patients tell us about their medications? Postgrad Med J. févr 1990;66(772):116-21.
7. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>
8. Cambois E, Meslé F, Pison G. L'allongement de la vie et ses conséquences en France. Regards croisés sur l'économie. 24 avr 2009;n° 5(1):30-41.
9. Espérance de vie [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
10. Concertation « Grand âge et autonomie » : 175 propositions formulées | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/concertation-grand-age-et-autonomie-175-propositions-formulees>
11. Lhéritier J-L. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. Etudes & Résultats DREES. oct 2017;(1036).
12. Monod-Zorzi S, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées: données épidémiologiques et économiques de la littérature. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2007.
13. Larousse É. Définitions : dépendance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pendance/23742>

14. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>
15. DICOM_Jocelyne.M. Personnes âgées : les chiffres clés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au- vieillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
16. Syndicat National de Gériologie Clinique. A.G.G.I.R. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. La revue de gériatrie. janv 1995;19(4):249-59.
17. Syndicat National de Gériologie Clinique. A.G.G.I.R. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. La revue de gériatrie. janv 1995;19(4):249-59.
18. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
19. Société Française de Médecine Générale : Polypathologies chroniques : les déterminants de la poly prescription - ce que disent les médecins généralistes [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: http://www.sfmq.org/publications/les_publications/_polypathologies_chroniques_le_s_determinants_de_la_poly_prescription_-_ce_que_disent_les_medecins_generalistes.html
20. Pape AL, Sermet C. La polypathologie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ? 1997;37.
21. Boffa J-J. Vieillesse rénale : aspect clinique [Internet]. INSERM; 2011. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/fondamentale2011/VieillesseRenaleAspectCliniqueJeanJacquesBOFFA2011.pdf>
22. Prévalence et incidence [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes>
23. OMS | Vieillesse [Internet]. WHO. [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
24. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
25. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 16 mars 2005;293(11):1348-58.

26. Astier A, Blanchet F, Brouard A, (Membres de l'Académie Nationale de Pharmacie). Observance des traitements médicamenteux en France. 2015
27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28(2):151-5.
28. Conn VS, Ruppar TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: systematic review and meta-analysis. Prev Med. juin 2017;99:269-76.
29. Sarradon-Eck A. Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. La Revue du praticien Médecine générale [Internet]. [cité 11 janv 2020]; Disponible sur: https://www.academia.edu/641489/Les_repr%C3%A9sentations_populaires_de_la_maladie_et_de_ses_causes
30. Jeoffrion C, Dupont P, Tripodi D, Roland-Lévy C. Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes ». /data/revues/00137006/unassign/S0013700615002237/ [Internet]. 13 janv 2016 [cité 11 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1027040>
31. Netgen. Améliorer l'observance médicamenteuse [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2480/23788>
32. Barrois F. Les connaissances et représentations des patients hypertendus sur l'hypertension artérielle et leurs attentes dans la prise en charge de la maladie. [Faculté de médecine de Angers] ; 2015.
33. Wright EC. Non-compliance—or how many aunts has Matilda? The Lancet. oct 1993;342(8876):909-13.
34. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? Médecine. 1 nov 2006;2(9):402-6.
35. Lacaille S, Legrain S. Observance des traitements médicamenteux chez les sujets âgés [Internet]. 2007 [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1therapeutique/observancelacaillelegrain2007.pdf>
36. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? [UFR des sciences de la santé Paris- Ile de France - Ouest]: Versailles; 2012.
37. Salvador M. Observance médicamenteuse. :6. [Internet].[Cité 24 déc 2019]. Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/chamontin/2010_2011/169/OBSERVANCE%20POLYCOPIE.pdf

38. Vernay D, Dordain G. Le vieillard et les psychotropes. Revue du Praticien. 1990;40(15):1385-9.
39. Stuckelberger A. Polymédication et automédication chez la personne âgée : Résultats du programme national de recherche « Vieillesse ». In: L'automédication, pratique banale, motifs complexes. Médecine et Hygiène. Genève; 2001. p. 47-68.
40. Automédication - Centre Régional de Pharmacovigilance CRPV [Internet]. [cité 12 janv 2020]. Disponible sur: http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacovigilance/INFOS/selection/automedication_i16.htm
41. Ikama MS, Nsitou BM, Loumouamou M, Kimbally-Kaky G, Nkoua JL. L'observance médicamenteuse et ses facteurs dans un groupe d'hypertendus congolais. Pan Afr Med J [Internet]. 6 août 2013 [cité 16 déc 2019];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830472/>
42. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences; 2013. 400 p.
43. Doucet J. Iatrogénie médicamenteuse : Thérapeutique de la personne âgée. Ed Maloine; 1998;47-64
44. Legrain S, Lacaille S. Prescription médicamenteuse du sujet âgé. EMC - Médecine. 1 avr 2005;2(2):127-36.
45. Hämmerlein A, Derendorf H, Lowenthal DT. Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Changes in the Elderly: Clinical Implications. Clinical Pharmacokinetics. 1998;35(1):49-64.
46. Evans MA, Broe GA, Triggs EJ, Cheung M, Creasey H, Paull PD. Gastric emptying rate and the systemic availability of levodopa in the elderly parkinsonian patient. Neurology. oct 1981;31(10):1288-94.
47. Schulz P, Turner-Tamiyasu K, Smith G, Giacomini KM, Blaschke TF. Amitriptyline disposition in young and elderly normal men. Clin Pharmacol Ther. mars 1983;33(3):360-6.
48. Péhourcq F, Molimard M. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. nov 2004 [cité 14 janv 2020];21(5). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/144657>
49. Castleden CM, George CF. The effect of ageing on the hepatic clearance of propranolol. Br J Clin Pharmacol. janv 1979;7(1):49-54.
50. Rowe JW, Andres R, Tobin JD, Norris AH, Shock NW. The effect of age on creatinine clearance in men: a cross-sectional and longitudinal study. J Gerontol. mars 1976;31(2):155-63.

51. Macquin-Mavier I. Pharmacologie et sujet âgé [Internet]. 2007 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee2therapeutique/pharmacologiegeneraleprmacquinmavier2007.pdf>
52. Pharmacologie - Results from #40 [Internet]. [cité 24 déc 2019]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/risque-des-medicaments/14-pharmacologie?start=40>
53. Buxeraud J, Faure S, Picard N. Les principales interactions médicamenteuses pharmacodynamiques. Actualités Pharmaceutiques. mars 2016;55(554):17-21.
54. Code de la santé publique - Article R5121-152. Code de la santé publique. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
55. Castot A. Hospitalisations dues aux effets indésirables des médicaments : résultats d'une étude nationale Point sur la nouvelle campagne d'information sur les traitements anticoagulants antivitamine K [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>
56. Hospitalisations liées à un effet indésirable d'un médicament : une étude nationale - Centre Régional de Pharmacovigilance CRPV [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: http://www.pharmacologie.u-bordeaux2.fr/fr/pharmacovigilance/INFOS/selection/hospitalisations-liees-a-un-effet-indesirable-d-un-medicament-une-etude-nationale_i14.htm
57. Calvet L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. DREES. 2012;Comptes nationaux de la santé:55-70.
58. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. 3 juill 2004;329(7456):15-9.
59. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. Arch Intern Med. avr 1990;150(4):841-5.
60. Bon usage des médicaments [Internet]. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.leem.org/presse/bon-usage-des-medicaments>
61. Najjar A, Amro Y, Kitaneh I, Abu-Sharar S, Sawalha M, Jamous A, et al. Knowledge and Adherence to Medications among Palestinian Geriatrics Living with Chronic Diseases in the West Bank and East Jerusalem. PLoS One [Internet]. 5 juin 2015 [cité 30 déc 2019];10(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4457851/>
62. Andro M, Estivin S, Gentric A. Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. La Revue de Médecine Interne. mars 2012;33(3):122-7.

63. Gaillard M, Mosnier-Thoumas S, Berroneau A, Pucheu Y, Xuereb F, Breilh D. Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée : état des lieux dans un service de cardiologie. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. mars 2017;52(1):3-9.
64. R Core Team. R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2019.
65. Clopper CJ, Pearson ES. The Use of Confidence or Fiducial Limits Illustrated in the Case of the Binomial. *Biometrika*. déc 1934;26(4):404.
66. Oudjhani M, Foison O, Astier A. Do the elderly know about their treatment? *Journal de Pharmacie Clinique*. 1 juin 2012;31(2):113-6.
67. Charles V, Pollack J. News Flash: Elderly Patients Don't Know All Their Meds. *NEJM Journal Watch* [Internet]. 28 août 2002 [cité 25 mai 2020];2002. Disponible sur: <https://www.jwatch.org/EM200208280000009/2002/08/28/news-flash-elderly-patients-dont-know-all-their>
68. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA*. 24 janv 2001;285(4):421-9.
69. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? 27 sept 2002 [cité 24 mai 2020];115(62). Disponible sur: <https://global-uploads.webflow.com/5e332a62c703f653182faf47/5e332a62c703f6e24c2fc44Vol-115-No-1162-27-September-2002.pdf>
70. King JL, Schommer JC, Wirsching RG. Patients' knowledge of medication care plans after hospital discharge. *Am J Health Syst Pharm*. 1 juill 1998;55(13):1389-93.
71. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol*. juin 2001;51(6):615-22.
72. ameli.fr - Effectifs par âge, sexe, région et département [Internet]. [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/effectifs-par-age-sexe-region-et-departement/effectifs-par-pathologie-et-par-age-selon-le-sexe.php>
73. Accueil - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 1 juin 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/>
74. Paracétamol : mieux savoir comment l'utiliser en sécurité [Internet]. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/52230/0/NewsDetails.aspx>

75. Vilke GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. The Journal of Emergency Medicine. nov 2000;19(4):327-30.
76. Bizouard F, Jungers C. Evaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance. [Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2014.
77. François A. Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2016.
78. Beijer HJM, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. Pharm World Sci. avr 2002;24(2):46-54.
79. Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonge. Presses Universitaires de France.
80. Société Française de Médecine Générale : 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. [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: http://www.sfm-g.org/publications/les_theses/evolution_du_contenu_de_la_consultation_de_medecine_generale_en_termes_de_maladies_chroniques_aigues_et_de_prises_en_charge_non_pathologiques_entre_1993_et_2010.html
81. Clerc P. Etude Polychrome, rapport final INSERM [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.sfm-g.org/data/generateur/generateur_fiche/626/fichier_fichier_fichier_etude_polychrome_rapport_final_insermbf13853fd9e86.pdf
82. Les Majorations de suites d'hospitalisation - MG France [Internet]. [cité 2 août 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/266-les-majorations-de-suites-d-hospitalisation>
83. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. mai 2003;96(5):219-22.
84. Valorisation des honoraires de dispensation au 1er janvier 2020 [Internet]. USPO. 2019 [cité 2 août 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/valorisation-des-honoraires-de-dispensation-au-1er-janvier-2020/>
85. Michel.C. L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche explicative patient

Ce questionnaire rentre dans le cadre de la thèse dont le thème est le suivant :

« Quelles connaissances les patients de plus de 75 ans ont-ils de leurs médicaments ? »

Il vous sera demandé de répondre aux questions « Avez-vous un médicament pour... » obligatoirement par Oui ou Non. Si vous ne savez pas vraiment mettez la réponse qui vous paraît la plus probable.

Aux questions « si oui lequel ? » le ou les noms des médicaments est attendu, sinon cochez la case je ne connais pas son nom.

*Aux questions « Combien en prenez-vous par jour ? » indiquez le nombre et l'heure de la prise.
Par exemple : 1 matin et soir.*

A la question « prenez-vous d'autres médicaments » vous pourrez noter tous les autres médicaments que vous prenez : si possible indiquer le nom, à quoi il sert et le nombre de prise par jour»

Par exemple : Perlimpinpin pour les vomissements 1 le soir.

Merci d'avance pour votre participation.

Annexe 2 : Fiche explicative médecin

Le Questionnaire s'adresse à tous les patients de 75ans ou plus hormis :

- Patient vivant en EHPAD
- Patient ayant une préparation ou délivrance des traitements par une tierce personne.
- Patient illettrés ou ne parlant pas le français
- Patient ayant perdu la capacité d'écrire.

Le Questionnaire sera alors remis au patient, avec son ordonnance habituelle ainsi qu'une petite note explicative dont le contenu est le suivant :

*« Ce questionnaire rentre dans le cadre de la thèse dont le thème est le suivant :
« Quelles connaissances les patients ont-ils de leurs médicaments ? »*

Il vous sera demandé de répondre aux questions « Avez-vous un médicament pour... » obligatoirement par Oui ou Non. Si vous ne savez pas vraiment mettez la réponse qui vous paraît la plus probable.

Aux questions « si oui lequel ? » le ou les noms des médicaments est attendu, sinon cochez la case je ne connais pas son nom.

*Aux questions « Combien en prenez-vous par jour ? » indiquez le nombre et l'horaire de la prise.
Par exemple : 1 matin et soir.*

*A la question « prenez-vous d'autres médicaments » vous pourrez noter tous les autres médicaments que vous prenez : si possible indiquer le nom, à quoi il sert et le nombre de prise par jour»
Par exemple : Perlimpinpin pour les vomissements 1 le soir. »*

Une explication orale brève pourra être apportée par le médecin si nécessaire.

Le questionnaire sera alors rendu au médecin qui vérifiera si une réponse a bien été apportée à chaque question et ajoutera une copie de l'ordonnance du patient (anonymisée) pour permettre l'interprétation des résultats.

Annexe 3 : Questionnaire

Questionnaire : Connaissez-vous vraiment vos médicaments ?

Age : ans

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Avez-vous un médicament contre l'hypertension ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament contre le diabète ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament pour le moral ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament contre le cholestérol ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament contre la douleur ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament anticoagulant ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament pour dormir ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament contre les douleurs d'estomac ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Avez-vous un médicament contre la constipation ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ?

☐ Je ne connais pas son nom

Combien en prenez-vous par jour ?.....

Prenez-vous d'autres médicaments ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui le(s)quel(s) et pourquoi ?

☐ Je ne connais pas son nom

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

RESUME

Introduction : Les personnes âgées représentent une part importante des patients rencontrés en médecine générale. Dans un objectif de « bien vieillir », les effets iatrogéniques doivent être limités au maximum. Pour cela, les patients doivent avoir une connaissance correcte de leurs médicaments usuels. Ce travail s'applique à évaluer les connaissances acquises de leur traitement par les patients de plus de 75 ans rencontrés en médecine générale. Dans un second temps, les prescriptions médicamenteuses ont été analysées pour déterminer l'influence de certains facteurs (nombre de médicaments, classe médicamenteuse notamment) sur les connaissances.

Matériel et Méthode : Etude prospective descriptive multicentrique réalisée à l'aide d'un questionnaire papier rempli par les patients âgés de 75 ans ou plus rencontrés en médecine générale.

Cette étude a été réalisée sur 7 sites différents du territoire normand durant une période de 4 mois. Les résultats ont été saisis manuellement sur Excel®, puis analysés sur le logiciel R®.

Résultats : 124 questionnaires ont été recueillis, 13 ont été exclus et 111 ont été analysés. Le nombre de patients ayant des connaissances correctes de leur traitement varie selon les critères étudiés. 94 patients (84.7%) connaissent correctement les classes médicamenteuses. 70 patients (63.1%) connaissent correctement les classes médicamenteuses et les noms. Seulement 43 patients (38.7%) connaissent correctement les classes médicamenteuses, les noms et les posologies. Le nombre de médicaments a un rôle significatif inversement corrélé sur les connaissances.

Conclusion : Les patients âgés connaissent de façon générale mal leurs médicaments. L'ensemble des acteurs médicaux et para-médicaux intervenant auprès d'eux doivent être vigilants. La mise en place d'éducation thérapeutique et l'élargissement de la dispensation médicamenteuse sécurisée semble nécessaire pour limiter le risque iatrogène.

Mots clés : personnes âgées, connaissances, traitement, éducation thérapeutique, médecine générale.