



HAL
open science

Évaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements et du temps d'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale ou en pharmacie

Brice Bruyer

► To cite this version:

Brice Bruyer. Évaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements et du temps d'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale ou en pharmacie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03054136

HAL Id: dumas-03054136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03054136v1>

Submitted on 11 Dec 2020

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

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

THESE DE MEDECINE GENERALE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 13 Octobre 2020

Par Brice BRUYER

Evaluation des connaissances que les patients ont de leurs
traitements et du temps d'éducation thérapeutique
en consultation de médecine générale ou en pharmacie

Président du Jury: Monsieur le Professeur **Maxime GIGNON**

Membres du Jury : Monsieur le Professeur **Patrice FARDELLONE**

Madame le Professeur **Claire ANDREJAK**

Directeur : Madame le Docteur **Laetitia FABRE**

DEDICACES AU JURY

A Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie

Vous m’avez fait l’honneur d’accepter de présider cette thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Pôle « Autonomie »

Vous me faites l’honneur d’examiner ce travail. Recevez mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pneumologie)

Vous avez accepté sans détour de juger ce travail. Soyez assurée de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Laëtitia FABRE

Praticien hospitalier

(Médecine d’Urgence)

Je ne te serai jamais assez reconnaissant d’avoir accepté de diriger ce travail et de m’avoir fait confiance toutes ces années. Ton soutien m’a permis d’apprendre auprès du meilleur des exemples et de devenir le médecin que je suis aujourd’hui. Je ferai mon possible pour honorer la confiance que tu me portes durant toute ma carrière.

REMERCIEMENTS

À Florence, ma compagne, celle qui m'a toujours soutenu, supporté, inspiré. Tu as sans cesse été enthousiaste et m'a aveuglément porté dans mes projets. Pour tous ces moments de folie, de partage, de confiance, de concertation et tout cet amour qui m'ont permis de devenir meilleur homme et meilleur médecin.

À mes parents, pour leur amour inconditionnel, leur soutien indéfectible durant toutes ces années dans le meilleur comme dans le pire. Pour les vertus de travail et d'investissement que vous m'avez enseignés et qui m'ont permis de me dépasser jusqu'à aujourd'hui. Vous rendre fier a toujours été une de mes priorités.

À mon frère Quentin, je ne te remercierai jamais assez d'être resté fidèle au poste dans notre fratrie. L'exemple que les meilleures intentions et les pensées aimantes remplaceront toujours milles mots.
A Orane, pour sa joie contagieuse et rayonnante.

À mes grands-parents, Mamie Nado, Papi Paul et Papi Charles. Merci du fond du cœur pour l'amour sans limite que vous m'avez donné, pour tous ces moments de bonheur inoubliables de complicité et d'affection qui font d'une enfance joyeuse des souvenirs impérissables.
À ma grand-mère Lucette dont la joie de vivre et le rire raisonnent encore à mon esprit.

À toutes la famille BRUYER, mes tantes adorées, mes oncles joueurs et blagueurs, mes cousines et cousins inséparables. Nos réunions de famille dont je ne me lasserai jamais, les gueuletons, les éclats de rire, nos séances sportives du dimanche, nos sessions de jeux endiablées, les émotions sincères, votre amour et notre franc-parler picard auxquels je tiens tant.

À la famille THEBAUD, ma marraine préférée pour son amour intemporel. A Florent qui sera toujours mon petit cousin adoré. A tonton Laurent ce modèle qui m'a tant inspiré, il s'en est fallu de peu pour que j'embrasse une toute autre carrière.

À mes beaux-parents pour leur présence et leur soutien.

À mes belles sœurs et beaux-frères, pour leur accueil, leur gentillesse et leur joie de vivre

À ma deuxième famille, mes amis de la première heure, César, Quentin, Jeremy, Matthieu qui m'ont accompagné dans toutes mes péripéties, ainsi que toute la bande d'irréductibles et tant d'autres que je ne pourrai citer sans en oublier, aux geeks, aux crapules, à la petite bulle de champagne, à la team US, aux pharmaciens, aux co-internes géniaux.

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont assisté dans la réalisation de ce travail et tout particulièrement au Docteur et amie Inès MASMOUDI. Pour ton expertise et ton aide inestimable dans la réalisation des analyses statistiques, que je n'aurai probablement jamais pu réaliser sans te consulter ensuite pour une pathologie neurovasculaire.

À mes fidèles compagnons de galère, Florent et Seb, le trio infernal, les survivants des Urgences de Beauvais.

À tout le personnel hospitalier m'ayant accompagné et soutenu durant mon internat, tout particulièrement les équipes des urgences du centre hospitalier de Beauvais. Aux équipes médicales avec les jeunes séniors et amis Antoine, Julien, Clément qui m'ont formé et fait confiance. Également aux équipes paramédicales, ces guerriers et guerrières qui m'ont tant appris et m'ont vu grandir, je ne vous remercierai jamais assez pour votre confiance. Je suis fier de continuer à tenir le front avec vous.

TABLE DES MATIERES

TABLEDES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION.....	9
I. L'OBSERVANCE	9
II. LES ACCIDENTS MEDICAMENTEUX	10
III. OBJECTIFS.....	13
METHODOLOGIE.....	14
I. DESIGNDE L'ETUDE	14
II. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ETVARIABLES ETUDIEES	14
III. ANALYSESSTATISTIQUES.....	16
RESULTATS	17
I. POPULATION	17
II. CRITERE DEJUGEMENTPRINCIPAL	20
A. Analysedescriptive.....	20
1. Taux de connaissance des traitements sur l'ensemblede l'échantillon.....	20
2. Taux de connaissance des traitementspar sexe.....	22
3. Taux de connaissance des traitementsparâge	23
B. Analyse descaractéristiques médicamenteuses	25
C. Analyse desvariables nominales	26
III. CRITERE DEJUGEMENTSECONDAIRE.....	27
A. Analysebivariée	27
B. Analysemultivariée	28
1. Education thérapeutique et attentedes patients	28
2. Enmédecine générale.....	30
3. Lors de la délivrance des médicamentsen pharmacie.....	30
4. Relecture de l'ordonnance parlepatient	31
DISCUSSION	32
I. FORCES	32

A.	Critère de jugement principal	32
B.	Population	32
C.	Variables étudiées	33
D.	Analyses statistiques	33
II.	LES LIMITES	34
A.	Biais de sélection	34
B.	Manque de puissance	34
C.	Mesure du critère de jugement principal	35
D.	Le questionnaire	35
E.	Niveau de corrélation	36
III.	Comparaison des résultats avec la littérature	36
A.	Taux de connaissance des traitements chroniques	36
B.	Facteurs influençant le niveau de connaissance des traitements	40
1.	Variables nominales	40
2.	Variables numériques	41
C.	Éducation thérapeutique	43
1.	Analyse de l'éducation thérapeutique dans notre étude	43
2.	Éducation thérapeutique en médecine générale	43
3.	Éducation thérapeutique en pharmacie	44
4.	Comparaison avec la littérature	45
IV.	Perspectives	46
A.	Études à plus grandes échelles	46
B.	Éducation Thérapeutique du Patient et PRADO	47
C.	Questionnaires validés et standardisés dans une étude interventionnelle	48
D.	Améliorer les connaissances des patients en médecine générale	49
E.	Améliorer les connaissances des patients en officine	50
	CONCLUSIONS	52
	ANNEXES	57
I.	ANNEXE 1: Questionnaire	57

II. ANNEXE 2 : Nomenclature du niveau de diplôme 61

TABLE DES ABREVIATIONS

- ALD : Affection Longue Durée
- AME : Aide Médicale de l'Etat
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CMUc : Couvert Maladie Universelle complémentaire
- CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux
- DCI : Dénomination Commune Internationale
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- HAS : Haute Autorité de Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONIAM : Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux
- PIB : Produit Intérieur Brut
- ROSP : Rémunération d'Objectif de Santé Publique

INTRODUCTION

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'évalue à 199.3 milliards d'euros et est en permanente augmentation avec une croissance de +1,3%. Même si cette dernière s'infléchit par rapport à 2016 (+2%), elle correspond tout de même à 77,8% des finances de la Sécurité Sociale et 11,5% du PIB (produit intérieur brut) français [1].

À ce jour, 3,9 millions de personnes en France possèdent sur leur ordonnance, au moins 5 traitements chroniques différents et sont très exposés au risque de polymédication. Or, nous savons qu'un nombre élevé de médicaments prescrits par patient est à l'origine d'une augmentation du risque d'inobservance mais également du risque d'accident médicamenteux [2].

Il s'agit donc d'une éventuelle perte de chance mais également d'un potentiel effet nocif allant à l'encontre du principe éthique universel établi par Hippocrate : "Primum non nocere".

I. L'OBSERVANCE

L'observance était définie par l'OMS en 2003 [3] comme « la mesure selon laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie, correspondent aux recommandations convenues avec un professionnel de santé ».

Dans son rapport sur la prévention des maladies chroniques de 2006 [4][5], l'OMS a préféré délivrer quelques messages afin de faciliter cette observance.

Parmi ces messages, les professionnels de santé ont été encouragés à :

- Prendre le temps d'écouter les besoins du patient.
- Eliminer les fausses croyances concernant les pathologies.
- Faciliter la participation active de leur propre santé à travers une approche collaborative en proposant des questions ouvertes afin de connaître le point de vue du patient et ses inquiétudes.
- Enfin, aider le patient à élaborer un objectif (« goal setting ») et lui donner les méthodes pour y parvenir.

Dans ce même rapport, l'OMS considérait que « améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale ». L'adhésion du patient à sa prise en charge est un vrai enjeu de santé mondial. De ce modèle est né le « Chronic care model » américain en 2004[6].

En France, le plan de développement des centres d'éducation thérapeutique de 2014 a connu un grand essor. Celui-ci a également permis la création du rôle de « patient-expert » [7] correspondant à la reconnaissance des compétences de patients atteints de pathologie chronique en termes d'éducation et d'accompagnement d'autres patients développant la même maladie.

II. LES ACCIDENTS MEDICAMENTEUX

Ceux-ci ne doivent pas être minimisés et font même l'objet d'un réel problème de santé publique. Bien sûr le préjudice majeur revenant aux conséquences parfois gravissimes pour la santé du patient, voire à l'origine de handicap irrémédiable. En effet, l'introduction d'un nouveau traitement chez un patient majore le risque d'effet secondaire de 12 à 18% et la iatrogénie serait responsable de 3,4% des hospitalisations ainsi que 7500 décès par an chez les plus de 65ans [2]

Ainsi, ces événements constituent une vraie problématique aussi bien en termes de risques psycho-sociaux pour le corps médical responsable de l'introduction des traitements, qu'en matière budgétaire puisqu'ils sont à l'origine d'hospitalisations nouvelles ou prolongées mais également d'indemnisations.

En ce sens, ces accidents médicamenteux sont de plus en plus reconnus. Depuis la loi Kouchner de 2002 [8], relative aux droits des malades, la déclaration et la gestion de ces incidents sont pris en charge par l'Office Nationale d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM).

Le but de cette organisation étant notamment de faciliter et accélérer les indemnisations de patients par un processus d'accord amiable.

En 2017, les dépenses en indemnisation de l'ONIAM s'élevaient à plus de 135 millions d'euros (soit une augmentation de 7% par rapport à 2016) dont 114.9 millions d'euros attribués aux accidents médicamenteux avec près de 2100 protocoles de remboursement pour un montant moyen d'indemnisation de 91 000 euros [9].

Des chiffres intéressants qui montrent l'enjeu de la bonne pratique médicale en matière de prescription mais ne reflètent cependant pas la réalité de l'exercice quotidien. En effet, ces événements médicaux ne surviennent pas uniquement du fait d'une erreur médicale mais résultent de multiples facteurs.

L'un des facteurs majeurs sur lesquels travaille l'éducation thérapeutique, afin de favoriser l'observance et de limiter la survenue de ces accidents, concerne la connaissance que le patient a de son traitement, très bon reflet de l'implication de celui-ci dans sa thérapeutique. En effet, lorsque le patient est connu et bénéficie d'un dossier médical complet, ces traitements peuvent facilement être pris en compte par les acteurs de soins réalisant la prise en charge. Cependant, si le patient n'est pas connu du cabinet ou même du service hospitalier, il est primordial d'obtenir ces informations. Le plus souvent, ce recueil se fait via l'ordonnance mais en son absence, il faut alors se fier à l'interrogatoire du patient et malheureusement il est fréquent que celui-ci ne connaisse pas son traitement ou que partiellement. Pourtant certains médicaments auront un impact important sur la suite de prise en charge par leur caractère indispensable, leur posologie ou leur risque d'interaction et peuvent donc entraîner la survenue d'événements indésirables parfois très néfastes.

Beaucoup de professionnels de santé ont été interpellés par des situations fréquentes de méconnaissance des patients concernant leur ordonnance pourtant composée de médicaments au fort potentiel iatrogène comme des anticoagulants, des antiagrégants plaquettaires, des neuroleptiques ou des traitements hypoglycémifiants. Dans ce sens, il existe de nombreuses études évaluant la connaissance de traitements spécifiques.

Pour exemple, V. Pouyet et al.[10], à l'hôpital Paris Saint Joseph, ont évalué la connaissance que les patients avaient de leur traitement anticoagulant oral. 18 % des patients obtenaient 80% de réponses correctes. Ils savaient citer le nom du médicament dans 58 % des cas et l'indication dans 72 % des cas.

Ainsi, Janoly-Duménil et al.[11] ont évalué la connaissance des patients concernant leur traitement par antivitamine K, bien que 70% des patients connaissaient le nom du médicament et 82% son effet, seulement 24% connaissaient la valeur cible de leur INR.

En Australie, Mugomerietal. [12] ont évalué les connaissances des patients concernant leur hypertension et leur traitement. Selon leurs critères, 36% des patients avaient des connaissances inadéquates quand 44% avaient des connaissances insuffisantes de leur traitement et même 64,6% des patients ne prenaient pas leur médicament tel qu'il était prescrit sur leur ordonnance.

Sahli et al. [13] ont étudié la connaissance de leur maladie et de leur traitement chez 200 diabétiques durant des séances d'éducation thérapeutique. Les résultats ont révélé que 65% des patients avaient une mauvaise connaissance de leur diabète soit moins de 50% de bonnes réponses au questionnaire. 50% d'entre eux connaissaient les signes d'hypoglycémie et seulement 30% des patients seulement en connaissaient la conduite à tenir.

Dans certains pays, la démarche d'évaluation des connaissances des traitements chroniques a été entreprise. Notamment au Portugal, où Rubio et al. [14] ont réalisé une mesure des connaissances que les patients ont de leur ordonnance en pharmacie via un barème de notation. Cette étude a révélé que 82,5% des patients ne connaissaient pas leur traitement (16,6% de connaissances insuffisantes et 65% aucune connaissance) quand 17% en avaient connaissance (connaissances suffisantes 15% et optimales 2,4%).

Les internes de médecine générale sont nombreux à être intéressés par ce sujet ces dernières années puisqu'il existe déjà des travaux réalisés sur l'évaluation des connaissances de ces traitements soit chez la personne âgée soit en évaluant l'automédication ou encore le retentissement sur les services hospitaliers d'urgence.

Bien sûr, il existe encore bien d'autres travaux avec un constat tout aussi flagrant et révélateur du travail qu'il reste à produire en matière d'éducation. Ainsi la prise de conscience médicale du défaut d'appropriation de la thérapeutique par les patients se fait au niveau international comme évoqué précédemment mais elle se fait également au niveau politique et au niveau des corps paramédicaux.

Dès 2009, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire élaborait de nouvelles missions aux pharmaciens (Article 38) [15] :

- « 2° (...) Participent à la coopération entre professionnels de santé (...) ».
- « 8° (...) Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ».

Ainsi sont rendus possibles des entretiens d'accompagnement et de suivi personnalisé des patients, réalisés par les pharmaciens avec éducation thérapeutique et évaluation de l'observance via le questionnaire de MORISKY.

Un dispositif très intéressant qui a également été développé dans d'autres pays européens et a déjà été évalué dans des études portugaises montrant l'efficacité accrue d'un protocole d'éducation thérapeutique standardisé comparé aux méthodes d'éducation habituelles puisque 71% des patients du groupe d'éducation standardisé avait acquis la connaissance de leur traitement versus 28,6% dans le groupe d'éducation dites traditionnelle.

Notons que la loi de modernisation du système de santé de 2016 [16] réaffirme un « virage ambulatoire » où l'équipe de soins primaires est le pivot central de la coordination des soins de chaque patient et appuie la nécessité de réalisation de ce type d'entretien pharmaceutique d'accompagnement et de suivi en publiant une mise à jour des guidelines disponibles sur les espaces professionnels de la caisse d'assurance maladie.

III. OBJECTIFS

C'est donc dans le cadre de cette collaboration au sein de la triade Médecin-Pharmacien-Patient que nous avons évalué les connaissances que les patients ont de leur ordonnance et également les questionner sur le temps d'éducation qui leur est consacré pendant les consultations auprès de leur médecin traitant ainsi que lors du passage en pharmacie.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances que les patients ont de leurs traitements.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les variables influençant la connaissance que les patients ont de leur traitement et d'évaluer le ressenti et les attentes des patients sur l'éducation thérapeutique reçue en médecine générale ou en pharmacie.

METHODOLOGIE

I. DESIGN DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude observationnelle, multicentrique, prospective à partir de questionnaires distribués dans plusieurs pharmacies des départements de la Somme et de l'Oise.

Les établissements sélectionnés étaient tirés au hasard à partir d'une liste des pharmacies accueillant des étudiants en pharmacie. Nous avons sélectionné un total de 16 pharmacies, 8 sur le département de l'Oise et 8 sur le département de la Somme. Les questionnaires ont été déposés directement sur place, avec explications données au pharmacien concernant l'objectif de l'étude, des modalités d'inclusion, de transmission au patient et de recueil des questionnaires.

Le questionnaire (annexe 1) était anonyme. Ils étaient remplis sur place par le patient durant la préparation des médicaments par le pharmacien (afin de limiter le biais de recueil puisqu'il doit être rempli sans possibilité de consultation de l'ordonnance). L'ordonnance du patient est ensuite anonymisée par le pharmacien et jointe au questionnaire pour prise en compte dans le recueil de données.

Les patients inclus devaient avoir plus de 18ans, ne pas présenter de trouble cognitif ou de retard mental et l'ordonnance devait contenir des traitements au long cours pour des pathologies chroniques.

II. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL ET VARIABLESETUDIEES

Les variables recueillies dans les questionnaires étaient : âge du patient, sexe, niveau d'étude, langue maternelle, couverture sociale, aide à la prise des médicaments, tableau de recueil des médicaments (nom du médicament, indication, posologie, vigilances particulières), explication de l'ordonnance par le médecin, explication des précautions d'usage par le médecin, volonté du patient d'une meilleure explication de l'ordonnance par le médecin, explication de l'ordonnance par le pharmacien, explication des précautions d'usage par le pharmacien, volonté du patient d'une meilleure explication de l'ordonnance par le pharmacien, relecture de l'ordonnance par le patient.

Le critère de jugement principal de l'étude était le taux de connaissance de son

ordonnance par le patient allant de 0 à 1. Ce taux a été calculé en fonction du tableau de recueil du questionnaire. Ainsi chaque médicament correspondant à un traitement au long cours était évalué selon quatre points : nom du traitement commercial ou dénomination commune internationale (DCI), indication, dose et prise horaire. Chacun valant un point, donnant une note sur quatre. Pour n médicaments, nous avons additionné les notes donnant un rapport « total de points/ $n \times 4$ », le résultat donnant ainsi un ratio entre 0 et 1.

Le niveau de scolarité (annexe 2) était retranscrit en valeur chiffré selon la nomenclature relative au niveau de diplôme du décret n°2019-14 du 8 janvier 2019, allant de 1 à 8.

Les explications données sur l'ordonnance par le médecin ou pharmacien ont été pondérées : jamais à 0, rarement à 1, régulièrement à 2, toujours à 3. Les explications données sur les précautions d'usage par le médecin ou pharmacien ont été pondérées : jamais à 0, uniquement lors d'un nouveau médicament à 1, toujours à 2. La relecture de l'ordonnance par le patient a été pondérée : jamais 0, de temps en temps à 1, régulièrement à 2, après chaque consultation à 3.

Le souhait d'une information approfondit sur les traitements chroniques fournis par le médecin traitant ou par le pharmacien a été pondéré : pas intéressé à 0, suffisant à 1, intéressé à 2.

Il a été demandé aux patients s'ils bénéficiaient d'une aide pour la préparation ou l'administration des médicaments.

Il a été recueilli la capacité du patient à citer une ou plusieurs précautions d'usage.

Enfin, a posteriori, nous avons décidé d'établir une échelle de niveau de connaissance afin de donner une signification au taux de connaissance. Ainsi un taux de 0 correspond à une méconnaissance des traitements, un taux entre 0,01 et 0,33 correspond à un niveau de connaissance insuffisant, entre 0,34 et 0,66 à un niveau de connaissance modéré, entre 0,67 et 0,99 à un niveau de connaissance satisfaisant et un taux à 1 à une connaissance optimale.

III. ANALYSES STATISTIQUES

Dans un premier temps, nous avons observé la distribution du taux de connaissance de son ordonnance par le patient, qui ne suivait pas une loi normale.

Nous avons réalisé un test de corrélation non paramétrique de Spearman avec le taux de connaissance de l'ordonnance par le patient et les autres variables numériques continues et ordinales. L'analyse bivariée ayant été réalisée de manière bilatérale, et pour limiter le nombre de facteurs soumis à l'analyse multivariée, les variables retenues comme statistiquement en lien avec le critère de jugement principal devaient avoir un $p \leq 0,01$. Une analyse multivariée par régression linéaire a ensuite été réalisée avec les variables corrélées au critère de jugement principal en analyse bivariée, avec un seuil de $p \leq 0,05$.

Pour les variables nominales, nous avons réalisé un test de Kruskal-Wallis avec un seuil de $p \leq 0,05$.

L'ensemble des statistiques analytiques et descriptives a été effectué sur le logiciel SPSS.

RESULTATS

I. POPULATION

Nous avons récupéré les données de 178 questionnaires, auprès de 8 pharmacies.

Comme présenté sur le diagramme de flux (figure 1), sur les 16 pharmacies contactées, deux pharmacies ont refusé de participer, une pharmacie n'a jamais pu être démarchée faute de disponibilité des responsables. Sur les 13 pharmacies ayant débutées la période de recueil, 5 pharmacies n'ont rendu aucun questionnaire à l'issue de la période de recueil initiale. Huit pharmacies ont rendu des questionnaires sur une période de recueil étalée sur 6 mois (d'octobre 2019 à mars 2020) interrompue par la crise sanitaire de la COVID-19, pour un total de 178 exemplaires récoltés.

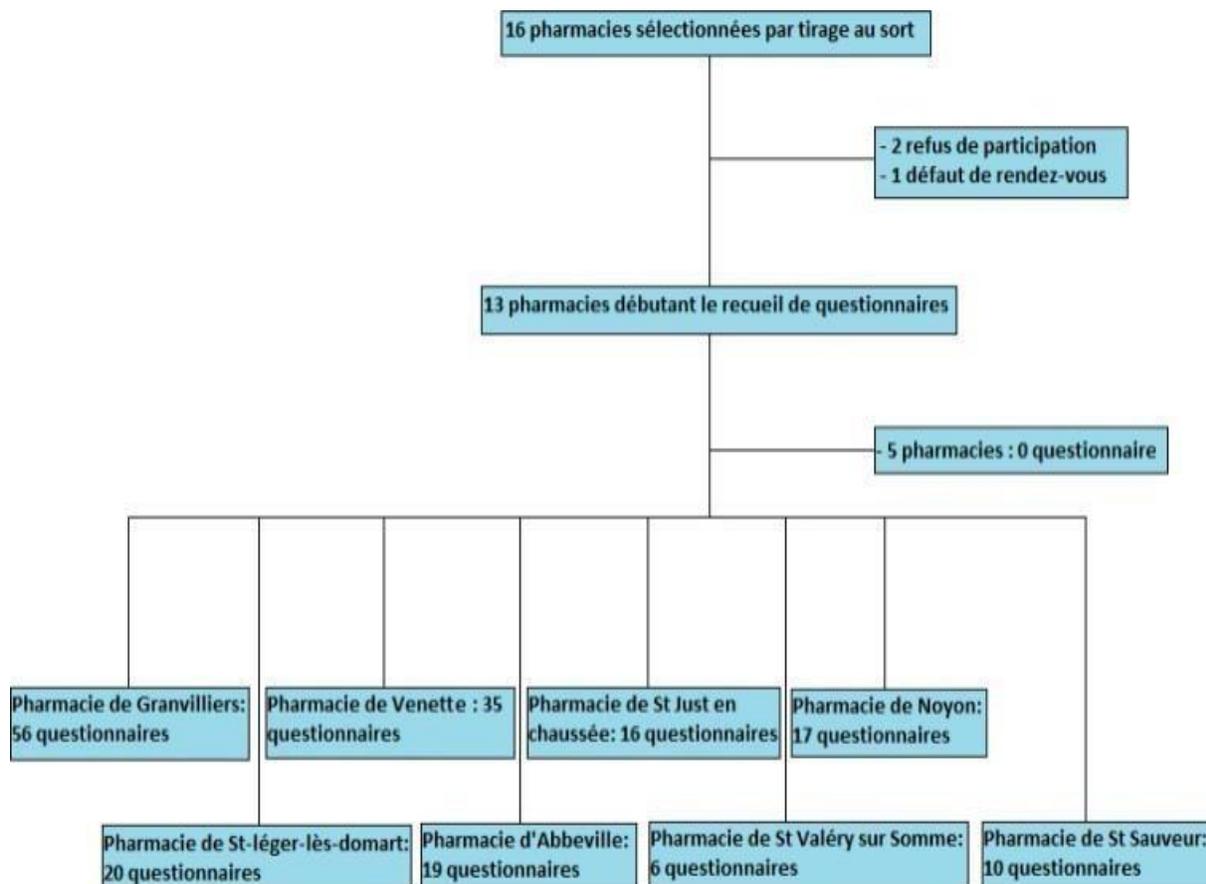


Figure 1 : Diagramme de flux de recueil de données via questionnaires remplis par le patient en pharmacie sur les territoires de l'Oise et de la Somme.

La répartition par zone géographique des questionnaires s'est réalisée de la manière suivante (figure 1) : 124 questionnaires ont été remplis dans l'Oise contre 54 questionnaires dans la Somme. Trente-six questionnaires provenaient de zone urbaine, 44 questionnaires en zone semi-rurale et 98 en zone rurale.

Parmi les 178 patients ayant répondu aux questionnaires, nous retrouvons 50,6% d'hommes pour 48,8% de femmes. L'âge moyen était de 63,3ans avec une moyenne de 65ans chez les hommes et 61 ans chez les femmes.

Une large majorité de patient était affiliée au régime de la sécurité sociale et d'une mutualisation (73%), tandis que 24,16% de l'échantillon bénéficiait d'une prise en charge d'affection longue durée (ALD). Seuls trois patients bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc). Un seul patient était couvert par la Couverture Maladie Universelle standard (CMU) et un seul par l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Parmi l'échantillon de patients, 170 patients (95,54%) parlaient français depuis l'enfance, 7 patients parlaient français ainsi qu'une ou plusieurs autres langues et la langue française n'était pas la langue maternelle pour un seul patient. Le niveau d'étude médian était à 3.

Seuls 12 patients soient 6,74% des patients ayant répondu aux questionnaires n'étaient pas autonomes pour la préparation ou la prise de leurs traitements.

L'ensemble des caractéristiques de la population est disponible dans le tableau 1.

Caractéristiques de la population, n = 178	
Âge, m ± DS	63,3 ± 13,4
Sexe, n (%)	
Femme	87(48,8)
Homme	90(50,6)
NC	1 (0,6)

Niveau d'étude, md [Q1-Q3]	3 [2-4]
1, n (%)	9 (5,1)
2, n (%)	38(21,2)
3, n (%)	65(36,5)
4, n (%)	37(20,8)
5, n (%)	1 (0,6)
6, n (%)	19 (10,7)
7, n (%)	6(3,4)
8, n (%)	1(0,6)
NC, n (%)	2(1,1)
Couverture sociale	
ALD, n(%)	43 (24,1)
AME, n (%)	1(0,6)
CMU, n (%)	1(0,6)
CMUc, n (%)	3(1,7)
Sécurité sociale et mutuelle, n (%)	130 (73,0)
Langue maternelle	
Français, n (%)	170 (95,5)
Français et autre(s) langue(s), n (%)	7(3,9)
Autre langue, n (%)	1(0,6)
Aide pour la préparation et/ou prise des médicaments	
Oui, n (%)	12 (6,7)
Non, n (%)	166 (93,3)
Nombre de médicament sur l'ordonnance, m ± DS	4,3 ± 2,4

Tableau 1 : Caractéristiques de la population. m = moyenne. DS = Déviation Standard. n = nombre. % = pourcentage. md = médiane. Q1 = 1^{er} quartile. Q3 = 3^{ème} quartile. NC = Non Connu. ALD : Affection longue durée. AME : Aide Médicale de l'Etat. CMU : Couverture Maladie Universelle. CMUc : Couvert Maladie Universelle complémentaire.

II. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

A. Analyse descriptive

1. Taux de connaissance des traitements sur l'ensemble de l'échantillon

Le taux moyen de connaissance de l'ordonnance était de 0,57 (écart type=0,27), avec une médiane à 0,63 soit une connaissance modérée des traitements. Le 1^{er} quartile correspondait à un taux de connaissance de 0,41 et le 3^{ème} quartile à 0,75 (figure 2).

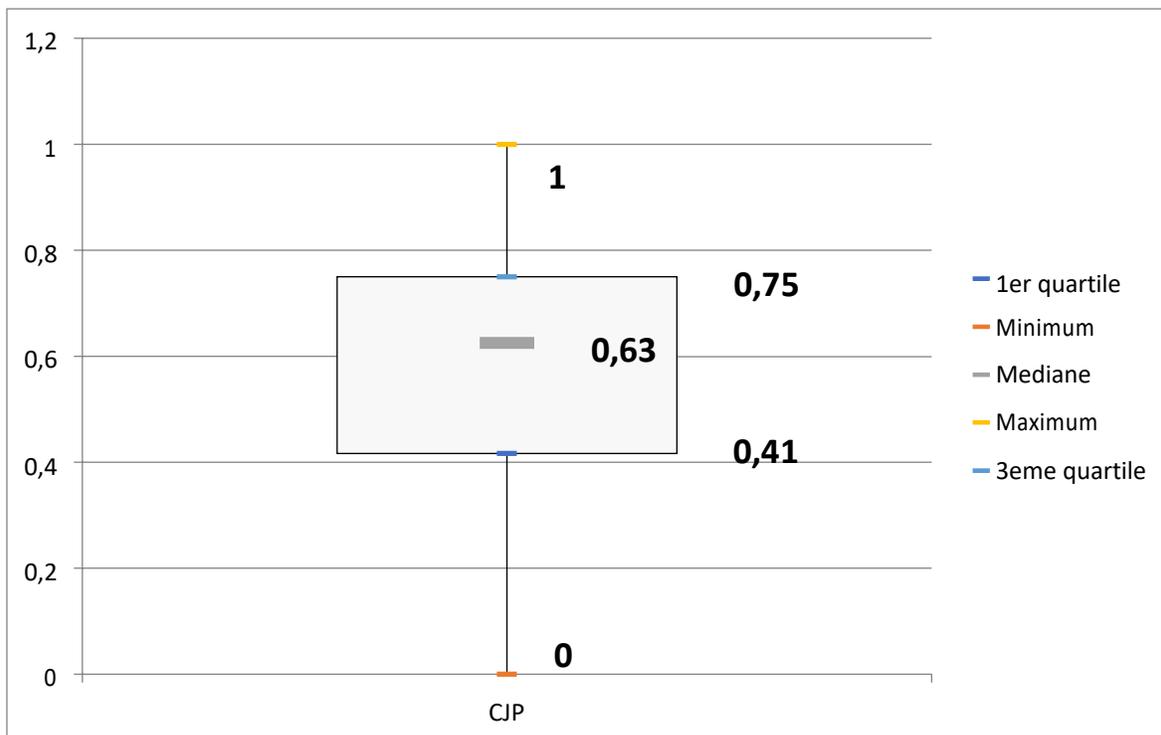


Figure 2 : Boîte à moustache représentant le taux de connaissance de leur traitement des patients ayant répondu au questionnaire.

A propos du niveau de connaissance, 8,4% des patients avaient un niveau de connaissance optimal, 36,5% avait un niveau de connaissance jugé suffisant, 36,5% avait un niveau de connaissance jugé modéré tandis que 11,8% présentait un niveau de connaissance insuffisant et 6,7% une méconnaissance de leur traitement (figure 3).

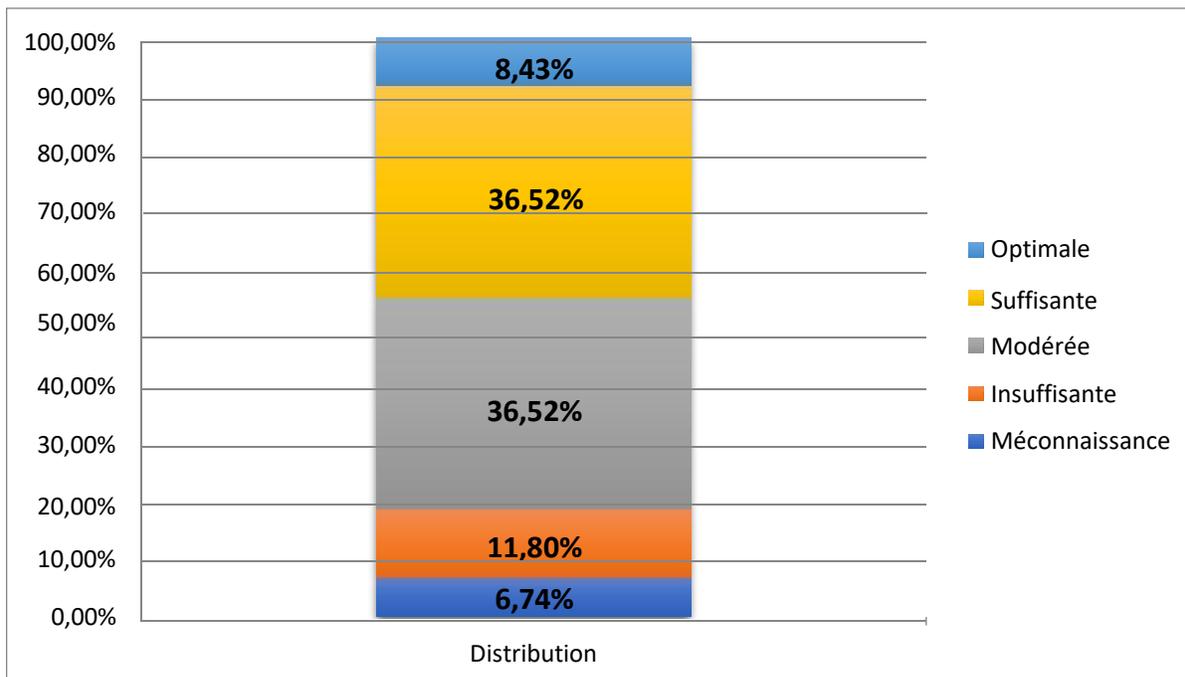


Figure 3 : Histogramme représentant la répartition des niveaux de connaissance chez les patients ayant répondu au questionnaire.

La distribution du critère de jugement principal (taux de connaissance de l'ordonnance) de la population ne suivait pas une loi normale (figure 4).

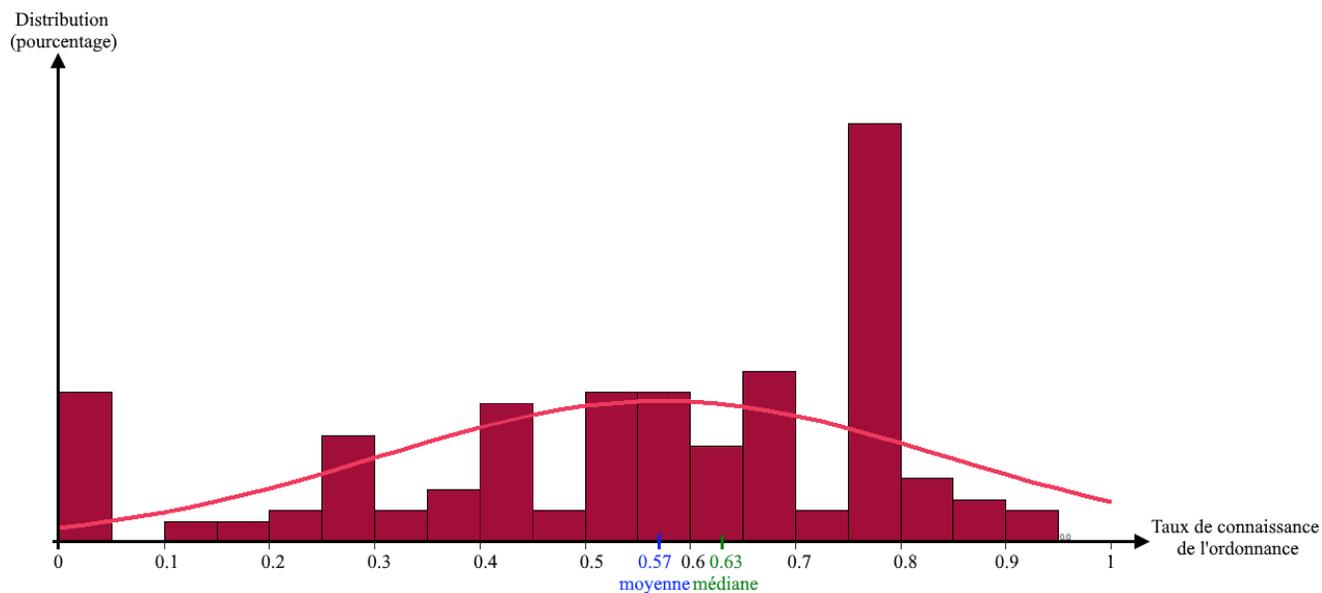


Figure 4 : Histogramme de la distribution du taux de connaissance de l'ordonnance par le patient. Moyenne en bleu, médiane en vert. Courbe en rose modélisant une distribution normale.

2. Taux de connaissance des traitements par sexe

Chez les hommes, le taux de connaissance moyen des traitements était de 0,55 (écart-type = 0,27), avec une médiane à 0,59. Le 1^{er} quartile était à 0,43 tandis que le 3^{ème} quartile était à 0,75. Chez les femmes, le taux de connaissance moyen était de 0,60 (écart-type = 0,26), avec une médiane à 0,66. Le 1^{er} quartile était à 0,40 et le 3^{ème} quartile à 0,75. Soit un niveau de connaissance modérée des traitements chez les deux sexes (figure 5 et 6).

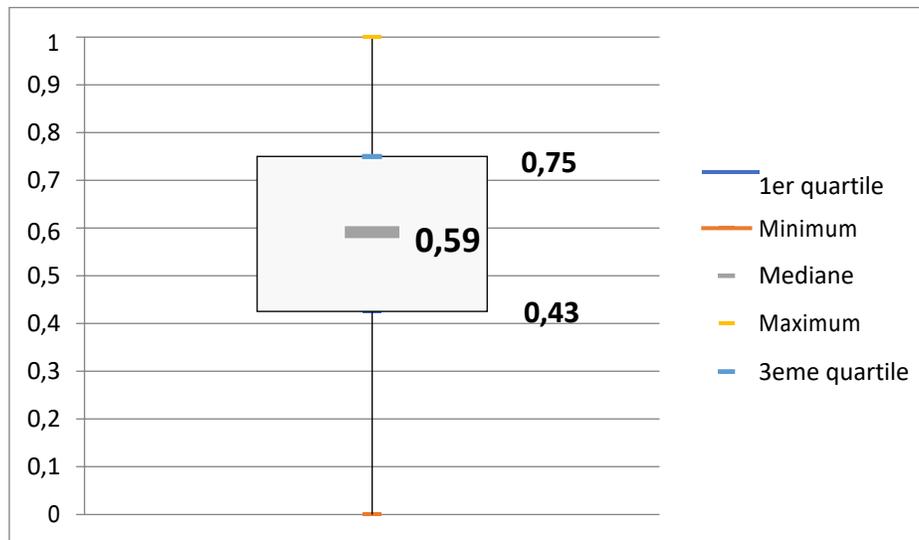


Figure 5 : Boîte à moustache représentant le taux de connaissance des hommes ayant répondu au questionnaire.

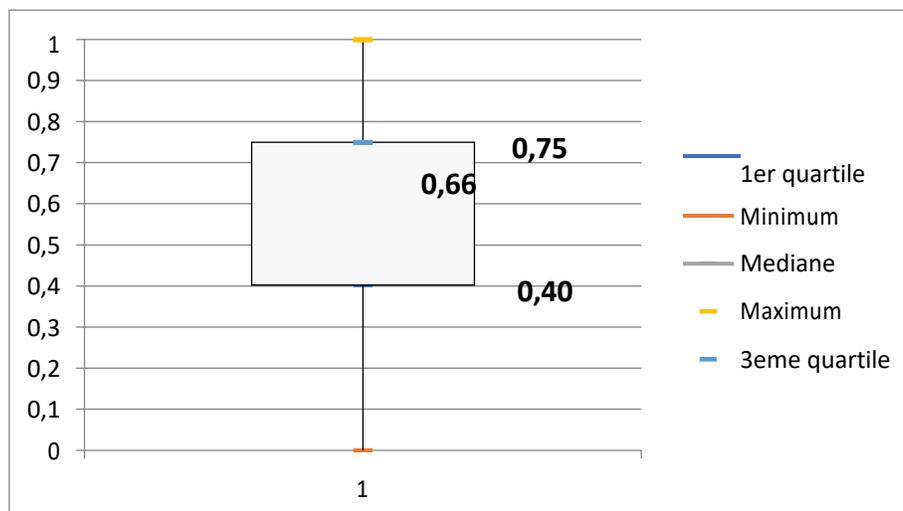


Figure 6 : Boîte à moustache représentant le taux de connaissance des femmes ayant répondu au questionnaire.

3. Taux de connaissance des traitements par âge

Chez les patients de 18 à 39ans (n = 12), le taux moyen de connaissance était de 0,76 (écart-type = 0,22). Chez les patients de 40 à 59ans (n=49), le taux de connaissance moyen était de 0,61 (écart-type = 0,26). Chez les patients de 60 à 79ans le taux de connaissance moyen était de 0,55 (écart-type = 0,26). Chez les patients de 80 à 99ans (n = 7), le taux moyen de connaissance était à 0,45 (écart-type = 0,32) (figure7).

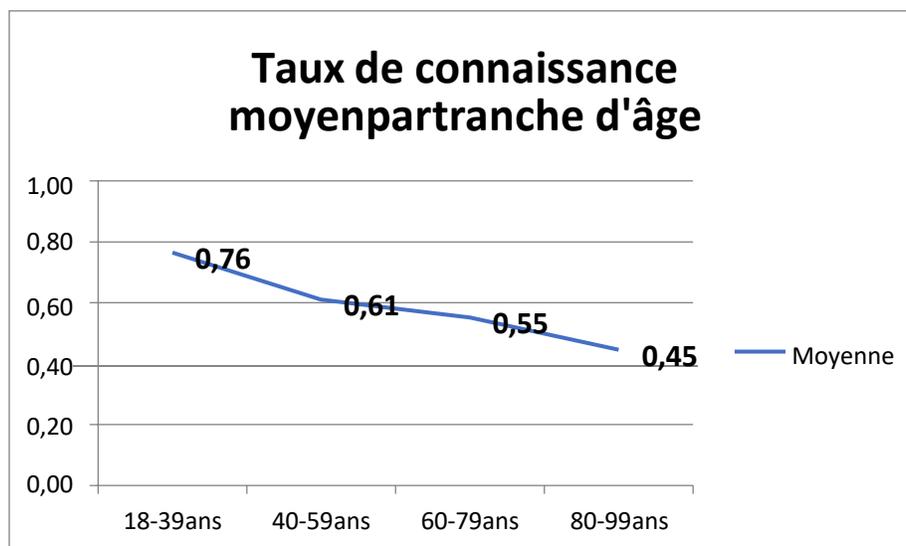


Figure 7 : Courbe représentant l'évolution du taux de connaissance des traitements des patients en fonction de la tranche d'âge.

Concernant le niveau de connaissance, celui-ci est majoritairement satisfaisant dans toutes les tranches d'âge à l'exception des 60-79ans constituant la part majoritaire des patients, dans laquelle un niveau de connaissance modéré représente 53% d'entre eux.

Chez les 18-39ans, aucun patient ne présentait de méconnaissance tandis qu'un niveau de connaissance optimale était retrouvé chez 27% des patients.

Chez les 80-99ans, aucun patient ne présentait de connaissance optimale tandis que 29% d'entre eux présentaient une méconnaissance de leur traitement (figure 8).

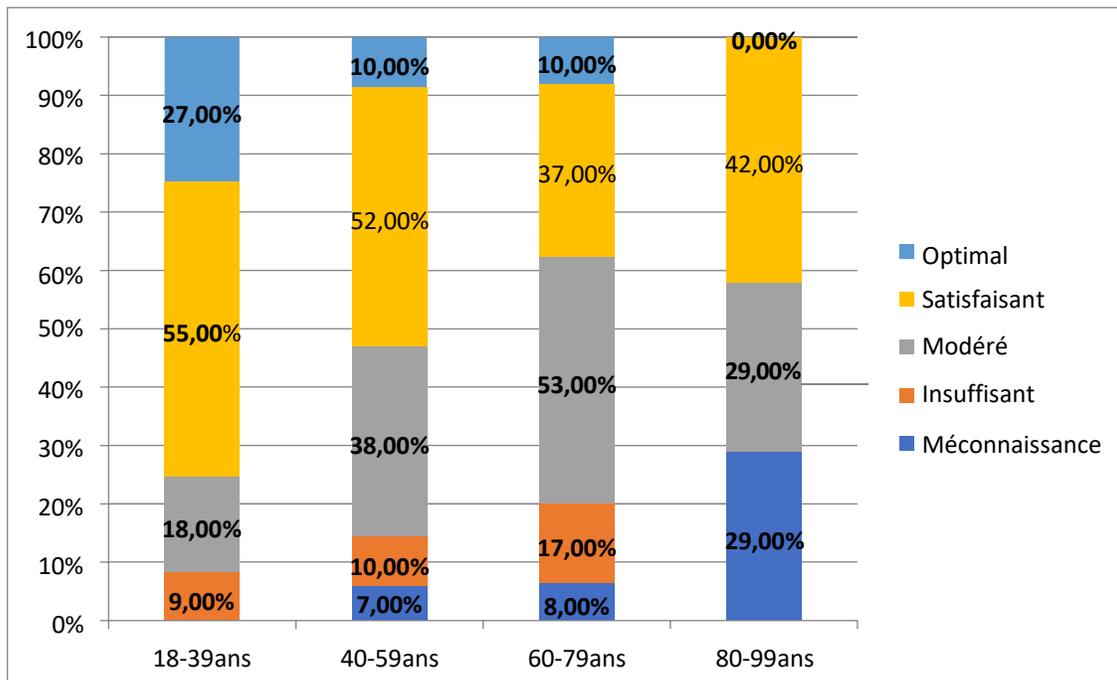


Figure 8: Histogramme représentant la répartition des niveaux de connaissances de l'ordonnance par tranche d'âge chez les patients ayant répondu au questionnaire.

B. Analyse des caractéristiques médicamenteuses

Le taux moyen de connaissance des noms des médicaments dans notre échantillon était de 0,74 (écart-type=0,33) pour une médiane à 0,88. Soit un niveau de connaissance satisfaisant.

La moyenne du taux de connaissance des indications de traitements était de 0,65 (écart-type = 0,37) pour une médiane à 0,75. Soit un niveau de connaissance satisfaisant.

La moyenne du taux de connaissance des posologies des traitements était de 0,2 (écart-type = 0,36) pour une médiane à 0. Soit un niveau de connaissance insuffisant.

La moyenne du taux de connaissance des horaires de prise des traitements était de 0,69 (écart-type = 0,36) pour une médiane à 0,8. Soit un niveau de connaissance satisfaisant (figure 9).

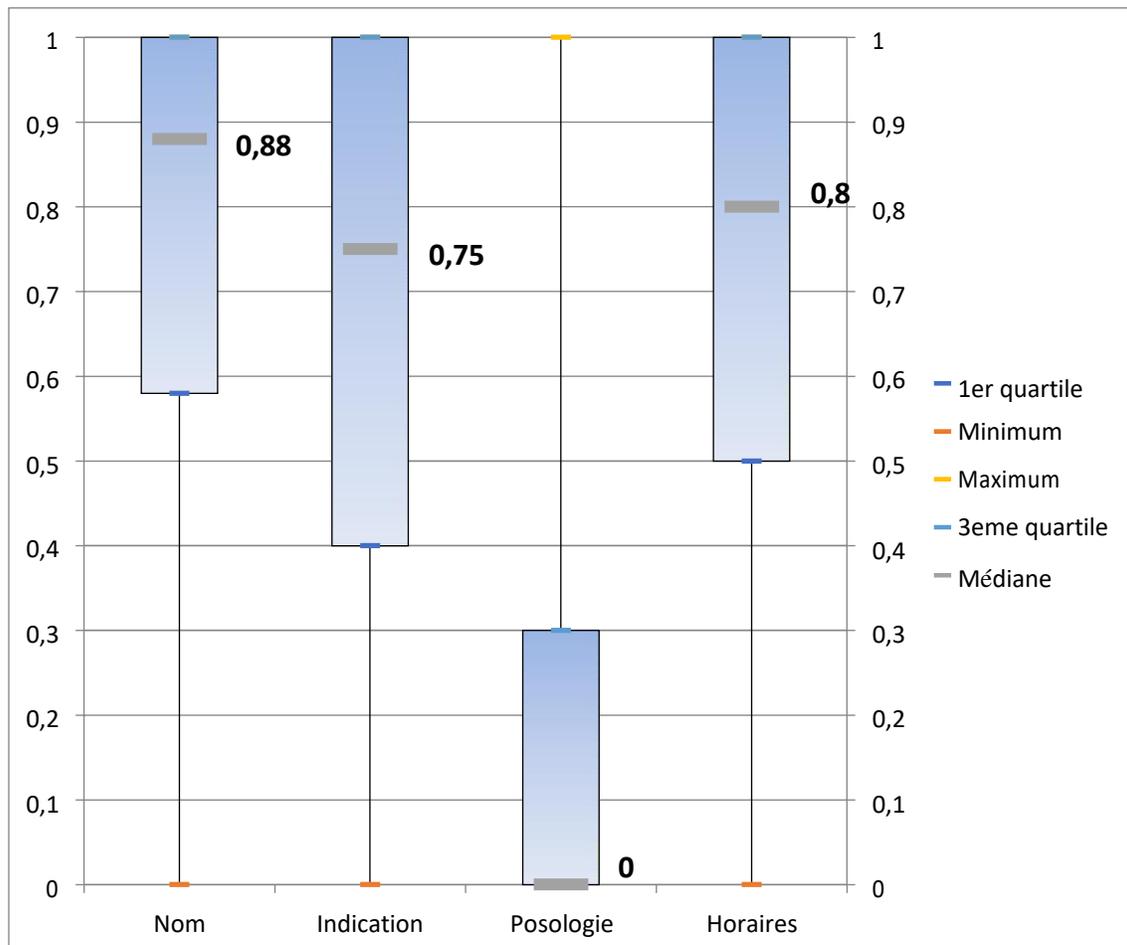


Figure 9 : Boîtes à moustache représentant le taux de connaissance par caractéristiques médicamenteuses chez les patients ayant répondu au questionnaire.

C. Analyse des variables nominales

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative de distribution du critère de jugement principal entre les différents groupes de sexe, de zones géographiques, de couverture sociale et de langue (tableau 2).

Variab les	p
Zone géographique (rural / semi-rural / urbain)	0,309
Sexe (homme / femme)	0,240
Couverture sociale (ALD / AME / CMU / CMUc)	0,489
Langue (français / français et autres langues / autres langues)	0,342

Tableau 2 : Test de Kruskal-Wallis pour comparaison de la distribution du taux de connaissance du patient dans les différents groupes. ALD : Affection longue durée. AME : Aide Médicale de l'Etat. CMU : Couverture Maladie Universelle. CMUc : Couvert Maladie Universelle complémentaire.

III. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

A. Analyse bivariée

Nous avons recherché une corrélation entre le critère de jugement principal (taux de connaissance de l'ordonnance par le patient) avec l'ensemble des variables. Il a été retrouvé de manière statistiquement significative une corrélation négative avec l'âge, le nombre de médicament, et une corrélation positive avec le niveau d'étude (tableau 3).

Variabes	Coefficient de Corrélation	P
Age	-0,288	<0,0001*
Niveau d'étude	0,217	0,004*
Aide à la préparation et/ou administration des médicaments	-0,112	0,136
Nombre de médicaments	-0,469	<0,0001*
Explication de l'ordonnance par le médecin	0,140	0,0618
Explication de l'ordonnance par le pharmacien	0,065	0,3894
Explication des précautions d'usage par le médecin	0,016	0,8355
Explication des précautions d'usage par le pharmacien	0,092	0,2257
Souhait du patient d'avoir plus d'informations sur l'ordonnance par le médecin	-0,170	0,024
Souhait du patient d'avoir plus d'informations sur l'ordonnance par le pharmacien	-0,084	0,266
Relecture de l'ordonnance par le patient	0,012	0,876

Tableau 3 : Corrélation de Spearman entre le taux de connaissance de l'ordonnance par le patient et les autres variables. * = résultat statistiquement significatif ($p \leq 0,01$).

B. Analyse multivariée

Après analyse multivariée, le niveau d'étude plus élevé était en lien avec le taux de connaissance de l'ordonnance par le patient : plus le niveau d'étude était élevé, plus la connaissance l'ordonnance par le patient était bonne ($\beta = 0,140$; $p = 0,0001$). Inversement, plus le nombre de médicament était élevé, moins bonne était la connaissance de l'ordonnance par le patient ($\beta = -0,414$; $p = 0,0001$). Il n'a pas été retrouvé de lien statistique entre l'âge et notre critère de jugement principal après analyse multivariée ($\beta = 0,97$; $p = 0,181$) (tableau4).

Variables	β	p
Age	-0,97	0,181
Niveau d'étude	0,140	0,0001*
Nombre de médicaments	-0,414	0,0001*

Tableau 4 : Régression linéaire multiple entre le taux de connaissance de l'ordonnance par le patient et l'âge, le niveau d'étude et le nombre de médicaments. * = résultat statistiquement significatif ($p \leq 0,05$).

C. Education thérapeutique et attente des patients

Explication sur l'ordonnance donnée par le médecin, md [Q1-Q3]	2 [1-3]
0, n (%)	20(11,2)
1, n (%)	37(20,8)
2, n (%)	76(42,7)
3, n (%)	45(25,3)
NC, n (%)	0 (0)
Explication sur précaution d'usage donnée par le médecin, md [Q1-Q3]	1 [1-1]
0, n (%)	21 (11,8)
1, n (%)	118 (66,3)
2, n (%)	39 (21,9)
NC, n (%)	0 (0)

Explication sur l'ordonnance donnée par le pharmacien, md [Q1-Q3]	2 [2-3]
0, n (%)	14 (7,9)
1, n (%)	19(10,7)
2, n (%)	95(53,4)
3, n (%)	49(27,4)
NC, n (%)	1 (0,6)
Explication sur précaution d'usage donnée par le pharmacien, md [Q1-Q3]	1 [1-3]
0, n (%)	9 (5,0)
1, n (%)	116 (65,2)
2, n (%)	52 (29,2)
NC, n (%)	1 (0,6)
Relecture de l'ordonnance par le patient, md [Q1-Q3]	1 [1-2]
0, n (%)	38(21,4)
1, n (%)	75(42,1)
2, n (%)	41(23,0)
3, n (%)	23(12,9)
NC, n (%)	1 (0,6)
Souhait du patient d'avoir plus d'informations du médecin, md [Q1-Q3]	1 [1-2]
0, n (%)	5 (2,8)
1, n (%)	112 (62,9)
2, n (%)	60 (33,7)
NC, n (%)	1 (0,6)
Souhait du patient d'avoir plus d'informations du pharmacien, md [Q1-Q3]	1 [1-1]
0, n (%)	6 (3,4)
1, n (%)	130 (73,0)
2, n (%)	41 (23,0)
NC, n (%)	1 (0,6)

Tableau 5 : Caractéristiques de la population. *m* = moyenne. *DS* = Déviation Standard. *n* = nombre. % = pourcentage. *md* = médiane. *Q1* = 1^{er} quartile. *Q3* = 3^{ème} quartile. *NC* = Non Connu.

1. En médecine générale

Au sujet des explications sur l'ordonnance, données par le médecin généraliste, 25,3% des patients en bénéficieraient à chaque consultation. Cependant, une grande majorité de patients déclarait bénéficier d'informations sur le contenu de l'ordonnance régulièrement (42,7%) tandis que 11,2% ne recevraient aucune information sur leur traitement.

À propos des précautions d'usage, celles-ci ne seraient transmises que lors de l'introduction de nouveaux traitements dans 66,3% des cas. 21,9% des patients en seraient informés à chaque consultation alors que 11,8% n'en bénéficieraient jamais.

Concernant les attentes et souhaits des patients à propos de l'éducation thérapeutique en médecine générale, 62,9% des patients estimerait que le temps qui y est consacré en consultation est déjà suffisant. 33,7% des patients souhaitaient recevoir d'avantage d'information sur leurs traitements chronique. Seuls 2,8% des patients déclaraient ne pas être intéressés (tableau 5).

2. Lors de la délivrance des médicaments en pharmacie

Au sujet des explications fournies par le pharmacien lors de la délivrance des médicaments, 27,4% des patients répondent en bénéficier à chaque passage en officine. Comme chez le médecin généraliste, une majorité de patient (53,4%) déclarent recevoir ces informations de façon régulière tandis que 7,9% déclarent ne jamais recevoir d'information sur le contenu de l'ordonnance.

À propos des précautions d'usage, 29,2% des patients en seraient informés à chaque délivrance de médicaments. 65,2% bénéficieraient de l'information lors de l'ajout de nouveaux médicaments lorsque 5% ne la recevraient jamais.

Concernant les attentes des patients en matière d'éducation thérapeutique en officine, 73% des patients estimerait que les informations transmises sont déjà suffisantes. 23% des patients seraient intéressés pour d'avantage d'éducation et 5% ne seraient pas intéressés du tout (tableau 5).

3. Relecture de l'ordonnance par le patient

Les patients de notre échantillon déclarent ne relire leur ordonnance que de temps en temps à 42,1%. Seulement 12,9% des patients la reliraient après chaque consultation tandis 21,4% d'entre eux ne la reliraient jamais.

DISCUSSION

I. LESFORCES

A. Critère de jugement principal

Le critère d'évaluation principal de notre étude correspondait à une valeur de notation basée sur des caractéristiques bien connues et facilement vérifiables par l'intermédiaire des ordonnances jointes aux questionnaires par le pharmacien. Ceci permettant une mesure précise et reproductible du niveau de connaissance des patients.

Le recueil de données se faisait en pharmacie. S'il le souhaitait, le pharmacien était libre d'aider le patient à remplir la partie sur les critères sociodémographiques, ce qui a probablement permis d'avoir très peu de données manquantes ; mais sans aucune intervention lorsqu'il s'agissait de restituer la liste des traitements chroniques.

De plus, le patient répondait au questionnaire durant la préparation des médicaments par le pharmacien, ainsi il n'avait pas accès à son ordonnance ce qui nous permettait de nous amender d'un biais d'évaluation.

B. Population

Cette étude a été initiée par un constat au sein du service des urgences : la méconnaissance des patients sur leur traitement au long cours. Cependant il a été décidé que cette étude ne devait pas traiter uniquement de patients pris en charge en milieu hospitalier et qu'il serait plus intéressant d'interroger les patients consultant en soins primaires.

En effet, comme le décrit Kerr White [17] par le concept du « carré de White » afin de décrire un dysfonctionnement de la formation médicale, pour 1000 patients exposés à un problème de santé, un seul patient sera finalement hospitalisé en CHU.

Il nous a alors semblé plus représentatif d'interroger directement les patients sur les lieux de soins primaires plutôt qu'en consultation aux Urgences ou en hospitalisation.

De plus, les pharmacies ayant participé au recueil de données couvraient un large territoire sur les départements de l'Oise et de la Somme aussi bien en milieu rural, semi-rural ou urbain permettant de sonder divers profils de patient.

C. Variables étudiées

Au-delà de critères quantitatifs, notre étude évaluait de nombreuses variables notamment sociodémographiques mais également le ressenti des patients vis-à-vis de l'éducation thérapeutique au cœur de la relation médecin-malade, médecin-pharmacien ainsi que leur souhait ou non de bénéficier d'une éducation plus approfondie.

D. Analyses statistiques

Afin d'évaluer les variables influentes sur le critère de jugement principal, nous avons réalisé 2 types d'analyse. La première, la corrélation de Spearman est une analyse bivariée permettant de mettre en évidence les corrélations entre 2 variables. La seconde, multivariée par régression linéaire multiple, a été réalisée sur les variables décrites précédemment comme liées au critère de jugement principal par la corrélation de Spearman afin d'écarter les variables montrant une corrélation avec le CJP sans avoir de lien de causalité (facteurs confondants). L'association de ces 2 analyses permet ainsi d'obtenir des résultats avec plus de puissance.

II. LESLIMITES

A. Biais de sélection

L'inclusion des patients était entièrement soumise au jugement et à la volonté des pharmaciens ayant accepté de participer à l'étude. Ceci implique plusieurs possibilités de biais de sélection dans la population ayant répondu au questionnaire. Le pharmacien proposant le questionnaire aurait pu cibler une patientèle plus alerte et plus encline à répondre correctement au questionnaire.

Dans une volonté de choisir les pharmacies participantes de manière aléatoire, nous avons tiré au sort des pharmacies qui constituent des terrains de stage pour étudiants en pharmacie. On peut donc facilement supposer que celles ayant accepté de participer sont particulièrement sensibilisées à l'éducation thérapeutique de leur patient et d'autant plus pour les pharmacies ayant rendu le plus de questionnaires.

Il est également possible que les patients ayant accepté de répondre aux questionnaires soient des patients déjà informés et éduqués sur leur traitement, d'avantage que la population générale.

B. Manque de puissance

L'objectif de taille de notre échantillon n'avait pu être évalué par un statisticien. Il avait donc été défini de façon arbitraire, en tenant compte que 13 pharmacies débuteraient le recueil, qu'un objectif optimiste de 50 questionnaires par pharmacie sur 1 mois de recueil nous permettrait d'obtenir un échantillon amplement suffisant pour notre étude.

Finalement, près de 40% des pharmacies ayant accepté de participer au recueil de données n'ont enregistré aucun questionnaire et une seule pharmacie a atteint l'objectif initial (Grandvilliers – Brisset et Paque) en prolongeant la période de recueil sur 3mois. La taille de notre échantillon s'est alors trouvée amoindri.

Il reste à noter que la survenue de la crise sanitaire de la COVID-19 a malheureusement interrompu les recueils de données, toujours en cours dans plusieurs pharmacies, et est à l'origine du faible nombre de questionnaires enregistrés pour certaines d'entre elles.

Ces éléments ont rendu moins pertinente l'analyse du taux de connaissance par zone géographique du fait d'une grande inégalité de recueil selon les pharmacies participantes.

Dans ce cas, on ne peut exclure qu'il n'a pas été retrouvé de lien statistiquement significatif entre l'éducation thérapeutique par les pharmaciens ou médecins et le taux de connaissance de l'ordonnance, à cause d'un manque de puissance.

C. Mesure du critère de jugement principal

Notre étude n'utilise pas de méthode validée scientifiquement pour mesurer la connaissance que les patients ont de leur traitement.

En effet, nous avons défini les caractéristiques médicamenteuses et la méthode de calcul permettant d'obtenir le taux de connaissance que les patients ont de leur traitement, mais elles ne relèvent pas d'une validation statistique ou d'études antérieures. De fait, il n'existe pas d'échelle de valeur du taux obtenu permettant de définir si le niveau de connaissance des patients est optimal, satisfaisant ou insuffisant.

D. Le questionnaire

Lors du recueil de données, nous avons remarqué que certains points manquaient de clarté dans les énoncés des colonnes du tableau de recueil des traitements. Il s'agissait surtout de la colonne « Dose et prise horaire ». En effet, après correction des questionnaires, il est possible que cette colonne soit à l'origine de confusion pour les patients qui sont très nombreux à ne pas avoir donné cette information. Les patients qui ont su renseigner la posologie de leur traitement l'ont souvent indiquée dans la colonne « Nom du médicament ».

Ainsi le taux de connaissance a potentiellement été sous-évalué et une colonne individualisée « dose-posologie » aurait probablement été plus appropriée.

E. Niveau de corrélation

L'analyse statistique bivariée était une corrélation de Spearman. Elle a permis de mettre en évidence une corrélation entre le taux de connaissance et l'âge, le niveau d'étude ainsi que le nombre de médicament par l'intermédiaire d'une « p-value » $<0,01$. Elle a également permis de calculer un coefficient de corrélation compris en -1 et +1. Une valeur de 1 montrerait une corrélation parfaite de la variable permettant une augmentation du taux de connaissance tandis qu'une valeur de -1 serait également une corrélation parfaite mais diminuerait le taux de connaissance des patients.

Il est ainsi habituel de dire qu'un coefficient de corrélation compris entre -0,8 et 0,8 est discutable. Or, dans notre analyse, les coefficients de corrélation des 3 variables semblant significatives (Age, niveau d'étude, nombre de médicaments) sont tous inférieurs à 0,8 (respectivement -0,288, 0,217, -0,469).

III. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTÉRATURE

A. Taux de connaissance des traitements chroniques

Finalement, l'échantillon de population étudié était capable de citer 57% des caractéristiques de leurs ordonnances dont 74,3% des noms de médicament, 65,1% des indications et 69,3% des horaires de prise.

Le point d'ombre principal étant finalement les posologies qui sont très peu citées avec seulement 20,3% des posologies retrouvées par les patients. En effet, seuls 11,8% des patients étaient capables de citer l'ensemble des posologies de leur traitement chronique tandis que 71,81% des patients ne pouvaient citer une seule posologie.

Dans notre étude, pour que le nom du traitement soit connu, le patient devait citer le nom du médicament ou la DCI. Pour la posologie, l'important était le chiffre et non l'unité, pour exemple une posologie de 75 pour LEVOTHYROX était comptée valable, le microgramme n'étant pas nécessaire. Les prises horaires ne posaient pas de soucis d'interprétation.

Concernant l'indication, le nom d'une pathologie ou d'une classe médicamenteuse était nécessaire mais un nom d'organe était refusé. Par exemple, pour ELIQUIS, « anticoagulant », « fluidifiant du sang », « arythmie » étaient accordés mais « cœur » était refusé.

Les différentes études réalisées sur les connaissances que les patients ont de leur traitement, utilisaient pour la grande majorité des méthodologies individuelles rendant les comparaisons entre les différents travaux difficiles.

Certaines études montraient des résultats très alarmant sur le niveau de connaissance des patients. Notamment Akici et al. [18], ayant interrogé 1618 patients en milieu hospitalier à Istanbul, ont conclu que seuls 17,3% des patients pouvaient nommer leurs différents traitements chroniques.

Une des premières études réalisées sur le sujet est celle de Mahdy et Seymour [19] incluant 261 patients à l'hôpital de Cardiff parmi lesquels seuls 10% des patients étaient capables de citer le nom de leurs traitements. Ces études sont cependant anciennes et heureusement, de nombreux travaux ont mis en évidence de meilleurs niveaux de connaissance.

Les travaux les plus souvent cités étant ceux de Vilke et al.[20] réalisés aux Urgences de San Diego en Californie sur 188 patients qui montraient des résultats moins bons sur la connaissance des noms des médicaments puisque 48% des patients parvenaient à les citer et 39% connaissaient les horaires de prise alors que la population étudiée était plus jeune (moyenne de 47,3ans). En revanche la connaissance des posologies semblait meilleure avec 24% des patients qui avaient connaissance des dosages de leur traitement.

L'étude réalisée par Chung et al. [21] sur 88 patients de plus de 65ans, aux Urgences d'Albany, avec une moyenne de 5,9 médicaments par ordonnance révélait que 42,8% des patients citaient correctement la totalité de leurs médicaments (48,8% dans la nôtre), 83,3% nommaient les indications (39,3%), 32% pour les posologies et 57% des patients pour les horaires (45,5%). Ces résultats se rapprochant grandement des nôtres.

Ces 2 travaux ont été réalisés en Amérique du Nord, un système de santé avec un accès aux soins et un système de délivrance bien différents avec des patients présentant probablement un niveau d'éducation plus élevé et une sensibilisation aux thérapeutiques plus accrues. Des études ont été réalisées en France mais avec une puissance moins importante.

Dhôte et al.[22] ont enquêté sur 91 patients hospitalisés à l'hôpital Cochin : 67,5% des patients connaissaient les indications des traitements et 79,4% des patients connaissaient les horaires de prise. La connaissance des posologies n'ayant pas été évaluée.

Fanello et Al. [23] avaient interrogé 94 patients de plus de 75ans dans un service de médecine polyvalente du CHU d'Angers montrant que seuls 41% des médicaments étaient identifiés par leur nom (74,3% dans la nôtre avec 35 patients de plus de 75ans).

Une étude a particulièrement attiré notre attention, celle de Rubio et Al [14] réalisé au Portugal, évaluant les connaissances que les patients ont de leur traitement via un questionnaire validé le CPM-PT-PT. L'évaluation était très complète car elle interrogeait non seulement sur le nom, l'indication, la posologie, les horaires de prise mais également la durée du traitement, la galénique, les précautions d'emploi, les effets secondaires, les contre-indications et les interactions médicamenteuses. Cette étude a été conduite auprès de 633 patients de l'agglomération de Lisbonne pour une moyenne d'âge de 56ans. Elle conclue que 82,5% des patients possédaient un niveau de connaissance insuffisant ou une méconnaissance de leur traitement. Les connaissances erronées étaient surtout centrées sur les précautions d'usage (44,7%) et l'absence de connaissance sur les effets indésirables. Ils concluent que 8 patients sur 10 ne connaissaient pas leurs traitements, le plus grand manque étant sur les mesures de sécurité d'usage connu par 1,9% des patients.

Dans notre étude, nous avons évalué le niveau de vigilance vis-à-vis des traitements en notant uniquement si le patient était capable de citer au moins une précaution d'usage d'un de ces traitements chroniques. Seuls 16,8% des patients avaient pu citer une précaution d'usage en remplissant nos questionnaires.

Un point particulier de notre étude étant que les patients sont interrogés lors de la délivrance des médicaments en pharmacie. Cela implique que, la plupart du temps, le patient a eu récemment une consultation avec son médecin traitant dans les jours ou heures qui précèdent le passage en pharmacie. Ainsi il est intéressant de comparer nos résultats avec des études réalisées dans des situations similaires post consultation ou dans le cadre de programme d'éducation thérapeutique.

Le travail de Ramia et al [24] au Liban, a consisté à interroger 921 patients dans diverses pharmacies du pays sur les connaissances de leur traitement. Il en est ressorti que 56% des patients avaient une connaissance insuffisante de leur traitement. 82% étaient en mesure de fournir le nom des médicaments, 54,8% citaient les indications, 54,2% les posologies et seuls 2,1% étaient capable de citer les effets indésirables.

L'étude de Silva et al. [25] dirigée par l'Université de pharmacie de Porto Alegre au Brésil, qui a consisté à interroger 264 patients sur la connaissance de l'ordonnance en sortie de consultation en Clinique. Ils ont trouvé que 69% des patients citaient le nom des traitements de façon correcte, 81% l'indication, 81% donnaient la posologie et 69% la fréquence de prise.

Carvalho et al. [26] a évalué entre autres la connaissance que les patients avaient des traitements en sortie de consultation aux urgences de l'hôpital de Sao Paulo, ainsi sur 334 patients interrogés, 45,39% d'entre eux citaient le nom des médicaments prescrits, 92,11% nommaient l'indication, 35% la posologie du traitement, 73% retenaient les horaires de prises et 4,28% seulement en connaissaient les effets secondaires.

Bouvy [27] au centre hospitalier de Rouen a évalué les connaissances de 200 patients âgés (moyenne d'âge de 83,6ans) en sortie d'hospitalisation en court séjour gériatrique et retrouvaient que seuls 21% des patients avaient une connaissance adéquate de leur traitement de sortie après information orale. Cependant le MMSE moyen de la cohorte était de 21,9.

Ou encore Jaye et al. [28] dans son travail, a réalisé une étude des connaissances et des facteurs l'influençant à partir de questionnaires proposés à des patients consultant en médecine générale en Nouvelle-Zélande. Sur les 344 patients, cette étude a retrouvé des niveaux de connaissance particulièrement haut avec 85% de connaissance de nom de médicament, 79% du mécanisme d'action du médicament, 83% des dosages et 87% des indications.

Une autre étude interventionnelle menée par Abaurre et al.[29] a consisté à comparer le niveau de connaissance des traitements avant et après éducation lors du passage en pharmacie avec application d'un protocole standardisé d'éducation thérapeutique lors de la délivrance des médicaments. Sur 667 patients, 68,2% d'entre eux ne connaissaient pas leur traitement avant consultation du pharmacien. Parmi ces patients, 71% d'entre eux avaient acquis connaissance de leur traitement dans le groupe interventionnel contre 28,6% dans le groupe non interventionnel.

B. Facteurs influençant le niveau de connaissance des traitements

1. Variables nominales

Dans notre étude, la recherche de corrélation entre le critère principal et le sexe semble fiable, étant donné la répartition équitable d'homme et de femme dans notre échantillon (n=90/87).

Mahdy et Seymour [19] concluaient également qu'aucune différence de connaissance des traitements n'existait en fonction du sexe comme toutes les autres études analysant cette variable.

Seuls Akici et al. [18] retrouvaient une différence avec une moins bonne connaissance des traitements chez les hommes chez 1618 patients turques en 2004, l'auteur avançant comme argument qu'en Turquie les femmes étaient responsables de la gestion des soins et des problèmes de santé des membres de leur famille.

En revanche, concernant les autres variables, l'analyse était soumise à un important biais de répartition.

Concernant la langue utilisée, 95,5% de l'échantillon de patients parlaient français tandis que seuls 7 patients parlaient français ainsi qu'une autre langue et un seul patient parlait une langue étrangère durant l'enfance.

À propos, du régime social, 73% des patients étaient sous la couverture de la sécurité sociale et mutualisés, 24,1% des patients étaient pris en charge au titre d'une ALD, ce chiffre étant probablement soumis à un biais de recueil en lien avec la formulation du questionnaire. Tandis que seuls 5 patients au total bénéficiaient d'une prise en charge CMUc, CMU ou AME.

Enfin, la répartition géographique était également inégale puisque 42% des questionnaires étaient recueillis en milieu rural, 37,1% en semi-rural et 20,2% en zone urbaine.

Ainsi, même si l'analyse statistique ne trouve pas de différence significative sur ces dernières variables, il semblerait que nous ne puissions conclure en l'absence de causalité.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude ayant analysé ses variables et ayant conclu à une différence significative du taux de connaissance des traitements.

2. Variables numériques

Ces variables comprenaient des caractéristiques sociodémographiques que sont l'âge, le niveau d'étude et la présence d'une aide à la préparation des médicaments. Deux caractéristiques étaient liées à l'ordonnance, constituées par le nombre de médicament compris sur l'ordonnance et la relecture de l'ordonnance par le patient.

Les réponses concernaient ensuite le ressenti du patient sur l'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale ou en pharmacie ainsi que le souhait du patient de bénéficier de plus d'informations sur le contenu de son ordonnance.

L'analyse de Spearman n'a pas retrouvé de relation significative entre l'éducation thérapeutique reçue, les souhaits des patients concernant cette éducation aussi bien en médecine générale qu'en pharmacie, la relecture de l'ordonnance ou la nécessité d'une aide pour la préparation des médicaments.

Seuls 12 patients (6,74%) recevaient une aide à la préparation des médicaments pour un taux de connaissance moyen de 0,48. Comme expliqué plus haut, il est possible que l'absence de lien statistiquement significatif soit due à un manque de puissance de notre étude.

En revanche, l'analyse bivariée a permis de mettre en évidence une corrélation entre notre critère de jugement principal et l'âge, le niveau d'étude ainsi que le nombre de médicaments compris dans l'ordonnance. Cependant le coefficient de corrélation était peu significatif avec respectivement une corrélation de -0,288, 0,217 et -0,469 donc compris entre -0,8 et 0,8.

Nous avons ensuite réalisé une régression linéaire multiple que l'âge est une variable confondante car, certes significatif sur la première analyse, ne montre pas de lien de causalité avec le taux de connaissance des traitements ($p=0,181$). Ceci s'expliquant car l'analyse multivariée tient compte du fait que, plus le patient est âgé, plus son niveau d'étude est bas et plus le patient est polymédiqués.

Toutefois, le lien de causalité est conservé pour le niveau d'étude et le nombre de médicaments sur l'ordonnance ($p=0,0001$).

En comparaison avec la littérature :

La cohorte PAQUID [30] de 3777 patients de plus de 65ans, le nombre moyen de médicaments déclarés par patient était de 4.1. Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 63,3ans pour 4,3 médicaments par ordonnance en moyenne, ce qui pourrait être représentatif de la population consommatrice de soins.

Pour Akici et al. [18] l'âge n'influçait pas le niveau de connaissance, en revanche le niveau d'étude était la seule variable significative (en plus du sexe) avec des âges comparables avec notre échantillon allant de 12 à 90ans. Le nombre de médicaments ne jouait pas un rôle significatif avec une moyenne à 3,3 +- 1,1.

Au Liban, Ramia et al.[24] ont mis en évidence par analyse multivariée, un lien significativement positif entre niveau de connaissance des traitements et niveau d'éducation tandis qu'il y avait une corrélation négative avec le nombre de pathologies chroniques.

Dhôte et al.[22] à l'hôpital Cochin ne retrouvaient pas de corrélation entre la profession (et non le niveau d'étude), les classes médicamenteuses ou le nombre de médicament compris sur l'ordonnance.

Chung et al. [21] ne retrouvaient pas de relation significative entre âge et connaissance des traitements mais les patients inclus avaient tous plus de 65ans. En revanche, ils montraient une corrélation avec le nombre de médicaments sur l'ordonnance puisque 78% des patients nommaient leurs médicaments si celle-ci comprenaient 1 à 3 médicaments, 45% avec 4 à 5 médicaments et seulement et seulement 15% des patients avec 6 médicaments ou plus.

Jaye et al. [28] retrouvaient que l'âge et le revenu moyen du foyer étaient associés à un meilleur rappel des noms de médicaments et à la connaissance de l'action du médicament.

Carvalho et al [26] montraient en analyse multivariée, une association significative avec l'âge, le niveau d'éducation, les comorbidités et la fréquence d'utilisation des services d'urgences.

Bouvy[27] retrouvait également une corrélation négative du niveau de connaissance avec l'âge et une corrélation positive avec le MMSE en séjour gériatrique.

C. Education thérapeutique

1. Analyse de l'éducation thérapeutique dans notre étude

Notre étude a également visé à questionner les patients sur leur ressenti et leurs attentes vis-à-vis de l'éducation thérapeutique fournie, aussi bien en consultation de médecine générale que lors de la délivrance des médicaments en officine. L'enquête s'est tournée vers 3 axes, les explications fournies sur le contenu de l'ordonnance, les explications concernant les précautions d'usage des médicaments et l'intérêt que porte le patient dans l'éducation thérapeutique.

Ces éléments ont été traités dans l'analyse bivariée afin de mettre ou non en évidence un lien entre ces éléments et le taux de connaissance que les patients ont de leur traitement. Cela aurait éventuellement pu révéler que les patients déclarant recevoir d'avantage d'informations sur leur traitement, obtenaient un meilleur taux de connaissance ou inversement ; ou encore d'évaluer si les patients qui sont intéressés par l'éducation thérapeutique sont ceux qui connaissent au mieux leur traitement ou inversement.

Finalement l'analyse bivariée n'a pas trouvé de corrélation entre ces éléments et notre critère de jugement principal. Cependant, une analyse descriptive peut s'avérer intéressante.

2. Education thérapeutique en médecine générale

Sur les tableaux 6 et 7, les explications fournies sur le contenu de l'ordonnance et les précautions d'usage sont basées sur une moyenne de la pondération donnant respectivement une échelle de 0 à 3 et de 0 à 2 ; la borne haute correspondant à un haut niveau d'information.

En ce qui concerne l'éducation thérapeutique chez le médecin généraliste, on constate que les patients les moins intéressés sont les patients les plus jeunes, qui possèdent le taux de connaissance le plus élevés et également le moins de médicaments sur leur ordonnance. Ces mêmes patients sont ceux qui déclarent recevoir d'ores et déjà le moins d'éducation à propos de leur traitement en consultation de médecine générale.

A contrario, les patients les plus intéressés par l'éducation thérapeutique sont les patients les plus âgés, avec le plus grand nombre de médicaments sur leur ordonnance et avec le plus faible taux de connaissance de leur traitement.

Enfin les patients qui trouvent l'éducation thérapeutique reçue suffisante, sont ceux qui déclarent déjà recevoir le plus d'informations sur leur traitement par leur médecin traitant

Intérêt pour l'éducation thérapeutique en médecine générale			
Caractéristiques	Pas intéressés	Intéressés	Suffisant
Age	59,00	64,97	62,59
CPJ	0,69	0,51	0,60
Nb médicaments	4,00	4,70	4,12
Explications	1,40	1,58	1,97
Précautions	0,80	1,03	1,15

Tableau 6 : Tableau croisé des caractéristiques de population par groupe d'intérêt pour l'éducation thérapeutique en médecine générale

3. Education thérapeutique en pharmacie

À propos de l'éducation thérapeutique en pharmacie et comparativement aux données recueillies dans ce domaine en médecine générale, on constate que certains points divergent. Notamment, les patients les moins intéressés sont ceux avec le plus faible taux de connaissance et ne sont ni les plus âgés ni ceux avec le plus faible nombre de médicaments sur leur ordonnance. En revanche se sont toujours les patients qui déclarent recevoir le moins d'informations sur leur traitement aussi bien en médecine générale qu'en pharmacie.

Les patients qui déclarent suffisante l'éducation thérapeutique reçue en officine sont cette fois ceux avec le meilleur taux de connaissance de leur traitement. Ils correspondent toujours aux patients déclarant recevoir le plus d'information sur leur traitement.

Intérêt pour l'éducation thérapeutique en pharmacie			
Caractéristique	Pas intéressés	Intéressés	Suffisant
Age	64,33	65,83	62,45
CPJ	0,48	0,52	0,59
Nb médicaments	4,50	4,71	4,18
Explications	1,83	1,98	2,03
Précautions	1,17	1,24	1,24

Tableau 7 : Tableau croisé des caractéristiques de population par groupe d'intérêt pour l'éducation thérapeutique en pharmacie

Au regard de ces données, nous constatons que les groupes de patients estimant l'éducation thérapeutique en pharmacie et en consultation de médecine générale, avaient remplis consciencieusement le questionnaire et semblaient représentatifs de la population générale. En effet, ils constituaient les groupes le plus représentés. De plus, il semblait concordant que ces groupes soient ceux déclarant recevoir les meilleurs niveaux d'informations de la part de leur médecin ou leur pharmacien ; et qu'ils présentaient un taux moyen de connaissances plus élevé que celui retrouvé dans l'ensemble de l'étude.

Pour finir, il semble intéressant que les groupes déclarant ne pas être intéressés par l'éducation thérapeutique soient également ceux répondant recevoir le moins d'informations sur leur traitement. Nous pouvons nous poser la question de savoir si les patients qui bénéficient d'une éducation thérapeutique plus soutenue dans leur prise en charge ne développeraient pas un attrait plus important pour ce type d'informations.

Bien sûr, ces résultats sont à pondérer du fait de la faible puissance de certains groupes comme décrit précédemment.

4. Comparaison avec la littérature

Il existe peu d'études à ce jour concernant l'éducation thérapeutique en pharmacie et encore moins en médecine générale. D'autant moins lorsqu'il s'agit d'évaluer le ressenti et les attentes des patients à ce sujet. Cependant quelques auteurs déjà cités ont tenté de mettre en évidence l'importance de l'éducation ou de la relation médecin malade dans la connaissance des traitements et dans l'observance.

Jaye et al. [28] qui ont réalisé leur travail auprès de consultations de médecine générale ont retrouvé des niveaux de connaissances bien plus élevés que dans les études réalisées en milieu hospitalier et appuient le rôle primordial du médecin généraliste dans l'efficacité de l'éducation thérapeutique des patients.

PagèsPuigdemont et al. [31] ont réalisé une étude qualitative basée sur 36 entretiens avec des patients recrutés en pharmacie et en centre de soins primaires à Barcelone. Les patients avaient une moyenne d'âge de 65ans et avaient en moyenne 2,3 comorbidités. Les éléments

influençant l'observance et l'adhésion thérapeutique étaient centrés sur les croyances des patients en matière de santé, la relation médecin-malade, la motivation du patient et la perception du contrôle de la maladie. Les patients étaient demandeur d'une participation active à la prise de décision concernant leur santé et d'une meilleure éducation thérapeutique.

Les patients interrogés par Ramia et al [24], dans leur étude libanaise, concédaient n'avoir reçu aucune information sur leur traitement par le praticien dans 37,8% des cas.

Tandis que les patients ayant répondu à l'étude de Carvalho et al. [26] déclaraient à 48% avoir spécifiquement besoin de plus d'informations sur les effets indésirables et sur les mesures en cas d'oubli de prise de traitement mais de façon indifférenciée sur des traitements chroniques ou de pathologie aiguë prescrit aux Urgences.

IV. PERSPECTIVES

A. Etudes à plus grandes échelles

Notre étude et les recherches qui en ont découlées nous ont permis d'en découvrir les faiblesses mais également les possibilités.

Tout d'abord, nous pouvons entrevoir la réalisation d'une étude à plus grande échelle afin d'obtenir un plus grand recueil de données, et ainsi une plus grande puissance dans les analyses ou d'analyser un nombre de variable plus importantes. D'autres études pourraient être réalisées soit par l'intermédiaire d'institutions plus vastes tel que l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin d'impliquer un plus grand nombre de médecins généralistes et de pharmacies ou encore, à l'implication de centres d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Il serait également possible d'intervenir en milieu hospitalier ce qui permettrait d'établir de grandes cohortes avec la proximité du patient et l'accès à un dossier médical complet. Cependant, les patients seraient sans doute plus âgés et plus comorbides donc moins représentatifs de la population générale.

B. Education Thérapeutique du Patient et PRADO

En effet, la loi Hôpital Patients Santé et Territoire de 2009 [32], a permis le développement de l'ETP afin d'aider les patients à acquérir et maintenir les compétences nécessaires pour gérer activement leurs pathologies chroniques. Pour cela, elle doit valoriser la connaissance de la maladie et de ses traitements pour faciliter l'adhésion du patient à la prise en charge.

Sur le territoire Picard, l'offre d'ETP a connu un grand essor et est organisée par la Coordination pour la Prévention et l'Education du Patient en Picardie (COPEPPI) [33]. Cette offre est répartie en 8 grands centres proposant en 2015 près de 82 programmes d'ETP pour plus de 30 pathologies chroniques différentes.

Offre en Éducation Thérapeutique du Patient en Picardie (déc. 2015)

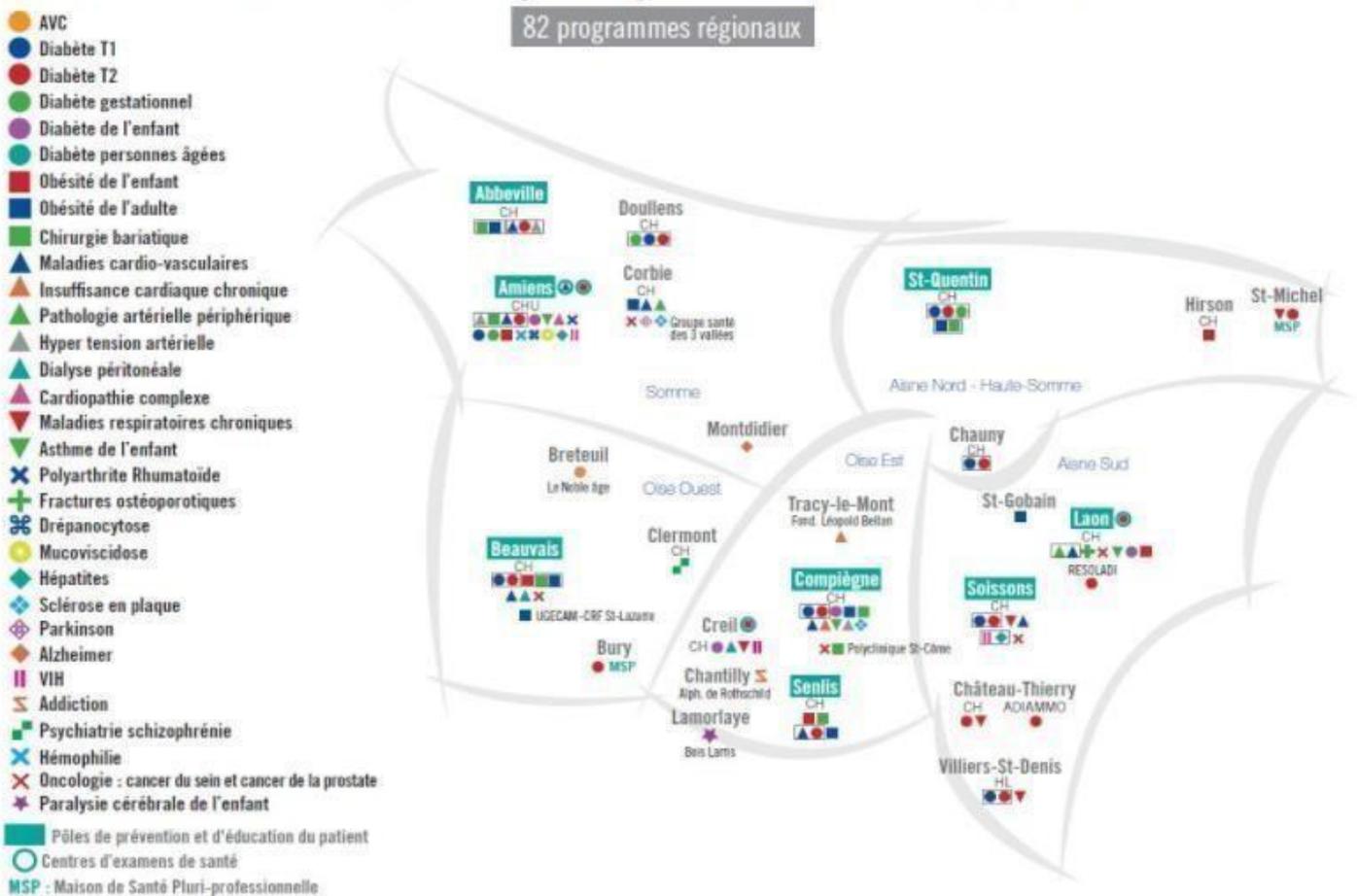


Figure 9 : Carte de répartition de l'offre en Education Thérapeutique du patient sur le territoire picard

L'assurance maladie développe également depuis 2010 un service de suivi du retour à domicile post-hospitalisation PRADO [34]. Initialement pour le suivi personnalisé des patientes en post-partum avec un suivi de plus de 57% des naissances en 2017.

Ce suivi a été élargi pour les patients en postopératoire puis, depuis 2013 pour le suivi de pathologies chroniques en post-hospitalisation notamment les patients insuffisants cardiaques et les patients atteints de BPCO. Ainsi le suivi des pathologies chroniques a augmenté de 160% entre 2016 et 2017, c'est à présent un outil fondamentale de la prise en charge post-hospitalisation dans les services de cardiologie. Ce suivi comprend donc :

- Une consultation avec le médecin traitant dans la semaine suivant l'hospitalisation puis une seconde dans les 2 mois.
- Une consultation avec le cardiologue traitant dans le 2ème mois suivant l'hospitalisation.
- Séances hebdomadaires de surveillance et éducation thérapeutique réalisées par un infirmier au domicile pendant 2 mois puis, si stade NYHA III ou IV, une séance bimensuelle pendant 4 mois supplémentaires.

C. **Questionnaires validés et standardisés dans une étude interventionnelle**

Comme évoqué précédemment, le questionnaire utilisé dans notre étude a montré des limites en matière de recueil de données et plus spécifiquement sur les connaissances à propos des posologies des traitements. Ceci a probablement abouti à une sous-évaluation du taux de connaissance globale même si nos résultats semblent concordants avec la littérature.

Il semblerait intéressant dans de futures études de privilégier l'utilisation de questionnaires standardisés et validés comme le CMP-PT-PT développé et utilisé par Rubio et al.[14] permettant d'évaluer la connaissance des traitements sur un grand nombre de critères médicamenteux ; ou encore le questionnaire de Fröhlich et al[35], repris dans l'étude de Carvalho et al. [26] qui a pour intérêt d'évaluer les besoins du patient en termes d'éducation thérapeutique.

Ces questionnaires pourraient être utilisés au sein d'une étude interventionnelle comparative avec évaluation avant et après séance d'ETP ou entre un groupe interventionnel et un groupe témoin.

D. Améliorer les connaissances des patients en médecine générale

Dans notre étude, une large majorité des patients interrogés semblaient penser que l'éducation thérapeutique était suffisante aussi bien en consultation de médecine générale qu'en pharmacie et ils seraient tous deux des interlocuteurs privilégiés dans cette formation.

Pourtant le taux de connaissance révélé semble loin d'être optimal puisque les patients étaient capables de restituer en moyenne uniquement 57% de leur ordonnance. Avec une grande carence sur les posologies des médicaments ainsi que sur les précautions d'usage et vigilance vis-à-vis des traitements prescrits.

Le travail réalisé n'a pas permis d'évaluer précisément ce qu'attendent les patients de l'éducation thérapeutique. Cependant, les réponses collectées laissent penser que les patients les moins intéressés par l'ETP sont ceux qui en ont le moins bénéficié. Il semblerait tout d'abord primordiale de sensibiliser les patients à cette éducation afin qu'ils y développent un intérêt.

Le développement de la relation médecin-malade vers un aspect collaboratif ainsi que sur une implication active et une autonomie du patient dans sa prise en charge est nécessaire. Pour cela, le médecin doit inviter le patient à prendre des décisions sur son suivi, sur l'introduction de traitements suggérés, de l'amener à poser des questions et notamment sur les posologies, les précautions d'usage et les effets secondaires des médicaments comme le suggère notre travail et les études précitées.

D'après notre étude, cette démarche doit être particulièrement appuyée chez les patients polymédiqués mais également les malades ayant un bas niveau d'éducation.

Pour faciliter l'acquisition des connaissances des traitements, il est tout d'abord nécessaire d'en limiter leur nombre au stricte nécessaire. Dans ce sens la consultation de renouvellement d'ordonnance doit systématiquement s'accompagner d'une conciliation médicamenteuse. En effet, si celle-ci est bien développée en milieu hospitalier grâce aux services de pharmacologie et au temps d'hospitalisation, elle est en revanche trop peu réalisée en consultation de médecine générale. Probablement du fait, du temps limité qui constitue la période de consultation. Elle correspondrait pourtant parfaitement à un temps d'éducation thérapeutique et de participation du patient à l'établissement de son ordonnance.

Il semblerait également intéressant de limiter au maximum les prescriptions manuscrites souvent difficilement lisibles pour les patients et d'uniformiser les ordonnances de façon informatiques. Ceci permettrait également d'encourager la relecture de l'ordonnance par le patient au domicile même si celle-ci n'a pas montré de relation positive avec le niveau de connaissance des traitements.

Le recours à une carte de traitement simplifiée est une option souvent évoquée dans des travaux similaires au nôtre. Bien qu'utile dans la pratique médicale, celle-ci est souvent une solution de facilité pour le patient qui garde ce document dans ses papiers habituels.

Enfin, il semblerait pertinent de suggérer que l'évaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements pourrait s'intégrer à des prises en charge hospitalière notamment à des bilans gériatriques ou neuropsychologique au même titre que le MMSE ou encore des bilans de prémédication lors de l'introduction de traitement lourd notamment anticoagulant, anti épileptique etc.

E. Améliorer les connaissances des patients en officine

En avril 2012, a été signée la dernière Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine [36]. Cette convention était décrite comme une évolution du métier de pharmacien en valorisant son rôle en termes d'éducation et de santé publique. En effet, elle propose d'ajouter, en plus de la dispensation des médicaments, une qualité d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ou chez les patients âgés polymédiqués.

D'une part les entretiens d'accompagnement pharmaceutique, visent essentiellement, les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés, les patients sous anticoagulants oraux d'action directe et les patients sous anti-vitamine K. Ces entretiens sont proposés aux patients bénéficiant de ce type de traitement depuis au moins 6mois. Ils visent à évaluer leurs efficacités (notamment dans l'asthme ou l'équilibre de l'INR) et à informer et rechercher d'éventuels problèmes de tolérance ou d'effets secondaires qui pourraient devenir la cause d'une inobservance.

Ce texte prévoit également la création de bilans partagés de médication pour les patients de plus de 75ans ou plus de 65ans sous ALD. Ces bilans comprennent un entretien de recueil d'informations, une analyse médicamenteuse avec évaluation de l'observance par le score GIRERD en prêtant une attention particulière envers les médicaments à risque. Un entretien conseil dédié aux diverses explications sur les posologies, précautions d'usage, effets secondaires et règles hygiéno-diététiques. Des entretiens de suivi d'observance sont ensuite organisés avec conclusions et synthèses directement transmises aux médecins traitants.

Ces diverses mesures élaborées en place en 2012 semblent très prometteuses et intéressantes sur le plan de l'éducation thérapeutique des patients. Malheureusement, elles nécessitent également des plages horaires dédiées difficilement accessibles en officine. À ce jour, les pharmacies réalisant ces entretiens sont encore rares ou sont mises en place par l'intermédiaire d'étudiants en pharmacie malgré l'inscription à la liste de rémunération d'objectif de santé publique (ROSP).

CONCLUSION

Les patients interrogés dans notre étude étaient capables de restituer en moyenne 57% du contenu de leur ordonnance, correspondant selon nos critères à un niveau de connaissance modéré des traitements. Seuls 8,43% des patients étaient capables de donner l'ensemble des éléments et possédaient une connaissance optimale de leur traitement avec un nombre moyen de traitement de 4,3 médicaments $\pm 2,3$.

La caractéristique médicamenteuse la plus méconnue étant la posologie des traitements qui n'était connue que dans 20% des cas. Seuls 13,48% des patients pouvaient citer au moins une précaution d'usage de l'un de leur traitement chronique.

Les facteurs influençant ce niveau de connaissance de façon significative étaient la polymédication et le niveau d'étude. L'âge correspondant à une variable confondante en analyse multivariée.

Concernant l'éducation thérapeutique, 25,3% des patients déclaraient recevoir des informations sur le contenu de leur ordonnance à chaque consultation de médecine générale et 27,4% d'entre eux lors de la délivrance des médicaments en pharmacie. Cependant, une large majorité estimait recevoir suffisamment d'informations sur leurs médicaments aussi bien chez le médecin traitant (62,9%) qu'en officine (73%).

Il semblerait que les patients qui n'étaient pas intéressés par l'approfondissement de leur connaissance des traitements étaient également ceux recevant le moins d'informations sur leur traitement.

La participation active des patients au sein de la triade patient-médecin-pharmacien est un point crucial de l'éducation thérapeutique afin que le patient y développe un intérêt et adhère à sa prise en charge. En médecine générale, les consultations doivent régulièrement comprendre un temps de conciliation médicamenteuse amenant le patient à poser des questions et en insistant particulièrement sur les posologies et les possibles effets secondaires. La proposition de recours à des centres d'ETP en développement sur le territoire ou des entretiens pharmaceutiques pourrait être une approche intéressante.

Il semblerait intéressant qu'une étude interventionnelle avec questionnaire standardisé soit réalisée à plus grande échelle sur notre territoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dépenses de santé – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676713?sommaire=3696937>
2. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux.2014;8.
3. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
4. OMS | Prévention des maladies chroniques: un investissement vital [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 21 sept 2020]. Disponible sur:http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/fr/
5. Sabaté, Eduardo, et World Health Organization, éd. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization, 2003
6. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *HealthAff (Millwood)*.2009;28(1):75-85.1.
7. Université des Patients | [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur:<https://universitedespatients-sorbonne.fr/>.
8. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
9. Rapport d'activité - Oniam [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.oniam.fr/indemnisation-accidents-medicaux/rapport-d-activite>

10. Pouyet V, Abassade P, Cador R. Évaluation de la connaissance des patients de leur traitement par anticoagulant oral direct (AOD). *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 nov2017;66(5):269-74.
11. Janoly-Duménil A, Bourne C, Loiseau K, Luauté J, Sancho P-O, Ciancia S, et al. Oral anticoagulant treatment – Evaluating the knowledge of patients admitted in physical medicine and rehabilitation units. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 1 mai2011;54(3):172-80.
12. Mugomeri E, Ramathebane MV, Maja L, Chatanga P, Moletsane L. Knowledge of disease condition and medications among hypertension patients in Lesotho. *Journal of the American Society of Hypertension*. 1 janv2016;10(1):41-6.
13. Sahli A, Chadli A, Aziz SDAE, Farouqi A. Évaluation des connaissances des patients diabétiques sur leurs diabètes à propos de 200 cas.2014;
14. Rubio JS, García-Delgado P, Iglésias-Ferreira P, Mateus-Santos H, Martínez-Martínez F. Measurement of patients' knowledge of their medication in community pharmacies in Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*. janv 2015;20:219-28.
15. Loi Hôpital Patients Santé et Territoires.2018;45.
16. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>
17. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res*. avr1997;32(1):11-21.
18. Akici A, Kalaça S, Uğurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. déc2004;13(12):871-6.

19. Mahdy H al, Seymour DG. How much can elderly patients tell us about their medications? *Postgraduate Medical Journal*. févr1990;66(772):116.
20. Vilke GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. *Journal of Emergency Medicine*. 1 nov2000;19(4):327-30.
21. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*. 1 juin2002;39(6):605-8.
22. Dhôte R, Conort O, Hazebrouck G, Christoforov B. Les patients hospitalisés connaissent-ils leurs traitements ? *Journal de Pharmacie Clinique*. 5 sept1997;16(2):117-20.
23. Fanello (S.), Fanello (S.), Dutartre (N.), Jousset (N.), Delbos (V.), Girault (C.). Les personnes âgées et leurs médicaments. Niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier. Les personnes âgées et leurs médicaments Niveaux de connaissance et influence du séjour hospitalier. 2000;
24. Ramia E, Zeenny RM, Hallit S, Salameh P, on behalf of the Order of Pharmacists Scientific Committee – Medication Safety Subcommittee. Assessment of patients' knowledge and practices regarding their medication use and risks in Lebanon. *Int J Clin Pharm*. 1 oct2017;39(5):1084-94.
25. Silva T da, Schenkel EP, Mengue SS. Patient knowledge about drugs prescribed in a teaching hospital. *Cadernos de Saúde Pública*. juin2000;16(2):449-55.
26. Carvalho TP de, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Patients' knowledge about medication prescription in the emergency service. *Rev Bras Enferm*. avr 2018;71(2):329-35.
27. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés : étude prospective chez 200 patients [Internet]. undefined. 2012 [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: /paper/Crit%C3%A8res-influen%C3%A7ant-la-connaissance-des-chez-les-%3A-Bouvy/36d1b19ad16cb7ffe00c18fe0f32cc8e8d1ef578

28. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? *N Z Med J.* 27 sept2002;115(1162):U183.
29. Abaurre-Labrador R, Maurandi-Guillén MD, García-Delgado P, Moullin JC, Martínez-MartínezF, García-Corpas JP. Effectiveness of a protocolized dispensing service in community pharmacy for improving patient medication knowledge. *Int J Clin Pharm.* 1oct2016;38(5):1057-62.
30. Masson E. W24 - L'étude Paquid, 1988-2001 [Internet]. EM-Consulte. [cité 21 sept 2020]. Disponiblesur:<https://www.em-consulte.com/article/104077/w24-l-etude-paquid-1988-2001>
31. Pagès-Puigdemont N, Manges MA, Masip M, Gabriele G, Fernández-Maldonado L, Blancafort S, et al. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *AdvTher.*2016;33(10):1740-54.
32. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
33. Accueil - COPEPPI [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.copeppi.fr/>
34. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
35. FröhlichSE, Dal Pizzol T da S, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atençãoprimária. *Revista de Saúde Pública.* déc 2010;44(6):1046-54.
36. Convention nationale [Internet]. [cité 21 sept 2020]. Disponible sur:<https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/convention-nationale>

ANNEXE

I. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Données épidémiologiques :

1/ Age :

2/ Sexe : - ♂ - ♀

3/ Niveau d'étude :

- Certificat d'étude
- Brevet des collèges
- CAP/BEP
- BAC professionnel
- BAC général
- Universitaire :
 - BAC+3
 - BAC+5
 - >BAC+5

4/ Langue maternelle :

- Français
- Autres :

5/ Couverture sociale :

- AME
- CMU
- CMU c
- Sécurité sociale +Mutuelle
- ALD

Données sur la connaissance des traitements :

6/ Quelqu'un vous aide-t-il à la préparation ou à la prise de vos médicaments ?

- Oui
- Non, je m'en occupe seul

7/ Tableau de recueil

Nom du médicament	Pourquoi ce traitement ?	Dose et horaire de prise ?				Vigilances particulières
		8h	12h	18h	Coucher	

Nom du médicament	Pourquoi ce traitement ?	Dose et horaire de prise ?				Vigilances particulières

8/ Le médecin prescripteur vous explique-t-il le contenu de votre ordonnance en fin de consultation (médicaments, horaires, quantités) ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- A chaque consultation

9/ Le médecin prescripteur vous explique-t-il les précautions d'usage de vos médicaments ?

- Jamais
- Uniquement lorsqu'il vous prescrit un nouveau médicament
- A chaque consultation

10/ Souhaiteriez-vous que votre médecin vous informe davantage sur les médicaments qui vous sont prescrit ?

- Oui
- Non, le temps consacré est déjà suffisant
- Non, cela ne m'intéresse pas

11/ Lors de la délivrance de vos médicaments, votre pharmacien vous explique-t-il le contenu de votre ordonnance ?

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- A chaque fois qu'il vous délivre vos médicaments

12/ Lors de la délivrance de vos médicaments, votre pharmacien vous explique-t-il les précautions d'usage de vos médicaments ?

- Jamais
- Uniquement lorsqu'il vous délivre un médicament que vous n'avez jamais pris
- A chaque fois qu'il vous délivre vos médicaments

13/ Souhaiteriez-vous que votre pharmacien vous informe davantage sur les médicaments qui vous sont fournis ?

- Oui
- Non, le temps consacré est suffisant
- Non, cela ne m'intéresse pas

14/ En dehors de la consultation et du passage en pharmacie, relisez-vous votre ordonnance ?

- Jamais
- De temps en temps
- Régulièrement
- Après chaque consultation

II. ANNEXE 2 : NOMENCLATURE DU NIVEAU DEDIPLOME

Le niveau 1 correspond à la maîtrise des savoirs de base.
Le niveau 2 atteste la capacité à effectuer des activités simples et résoudre des problèmes courants à l'aide de règles et d'outils simples en mobilisant des savoir-faire professionnels dans un contexte structuré.

Le niveau 3 correspond à l'ancien niveau V (CAP)

Le niveau 4 correspond à l'ancien niveau IV (Bac)

Le niveau 5 correspond à l'ancien niveau III (Bac + 2)

Le niveau 6 correspond à l'ancien niveau II (licence)

Le niveau 7 correspond au niveau d'un master

Le niveau 8 correspond au niveau d'un doctorat

Evaluation des connaissances que les patients ont de leurs traitements et du temps d'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale et en pharmacie

Introduction : L'observance, comme enjeu de santé publique, est dépendante de l'adhésion des patients à leur prise en charge. Nous avons décidé par cette étude d'évaluer les connaissances que les patients ont de leur traitement. Les objectifs secondaires étaient de mettre en évidence les variables influençant le niveau de connaissance des patients et d'évaluer l'éducation thérapeutique en médecine générale et en pharmacie.

Matériel et méthode : Etude observationnelle prospective et multicentrique, basée sur l'analyse de 178 questionnaires remplis par des patients dans 8 pharmacies sur le territoire de l'Oise et de la Somme.

Résultats : Les patients étaient capables de restituer 57% du contenu de leur ordonnance, correspondant à un niveau de connaissance modérée des traitements. Les variables influant le niveau de connaissance des patients étaient le nombre de médicaments compris dans l'ordonnance et le niveau d'étude. 25.3% des patients déclaraient recevoir des informations sur leur médicament à chaque consultation de médecine générale et 27,4% en officine. Une large majorité estimait recevoir suffisamment d'information sur leur médicament chez le médecin traitant (62,9%) ou en officine (73%).

Conclusion : Il semble nécessaire de développer la relation médecin-malade vers une participation active du patient en l'amenant à participer à des conciliations médicamenteuses régulière et en insistant sur les posologies ainsi que les effets secondaires de ses traitements. L'utilisation des programmes de centre d'ETP et entretiens pharmaceutiques en ambulatoire ainsi que l'intégration de l'évaluation des connaissances des traitements dans les prises en charge hospitalière semblent une bonne alternative.

Mots clés : Connaissance, traitement, éducation thérapeutique

Assessment of patient's knowledge about their treatment and therapeutic education time in general medicine consultation or in pharmacy

Introduction : Compliance, as a public health issue, is dependent on patients' adherence to their care. We decided through this study to assess the knowledge that patients have about their treatment. The secondary objectives were to highlight the variables influencing the level of patient's knowledge and to assess therapeutic education in general practitioners and pharmacy.

Material and method: Prospective, multicenter observational study, based on the analysis of 178 questionnaires completed by patients in 8 pharmacies in the Oise and Somme regions (France).

Results: The patients were able to return 57% of the contents of their prescription, corresponding to a moderate level of medication knowledge. The variables influencing the level of knowledge of the patients were the number of drugs included in the prescription and the level of study. 25.3% of patients declared that they received information about their medication at each general medical consultation and 27.4% in pharmacies. A large majority believe that they receive enough information about their medication from the attending physician (62.9%) or from a pharmacy(73%).

Conclusion : It seems necessary to develop the doctor-patient relations hip towards an active participation of the patient by bringing him to participate in regular medication conciliations and by insisting on the dosages as well as the side effects of his treatments. The use of therapeutic patient education programs, outpatient pharmaceutical maintenance and the integration of the evaluation of knowledge medication in patient management at hospital seem a good alternative.

Key words : knowledge, medication, treatment, therapeutic education