



HAL
open science

Évaluation de la connaissance de leurs traitements chroniques des personnes âgées de plus de 65 ans

Audrey Maquaire

► **To cite this version:**

Audrey Maquaire. Évaluation de la connaissance de leurs traitements chroniques des personnes âgées de plus de 65 ans. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03602949

HAL Id: dumas-03602949

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03602949>

Submitted on 9 Mar 2022

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

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

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 15 décembre 2021

par

Mme MAQUAIRE Audrey

Née le 22 octobre 1992 à CHERBOURG (*Manche*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Evaluation de la connaissance de leurs traitements chroniques des
personnes âgées de plus de 65 ans**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Docteur ARMAND Audrey

Madame le Docteur LELONG-BOULOUARD Véronique

Monsieur le Docteur MARIE Nicolas, Directeur de thèse

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AssesseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André Médecine générale

Mme NOEL-DE JAEGHER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur LE COUTOUR, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.

A Madame le Docteur ARMAND, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A Madame le Docteur LELONG-BOULOUARD, je vous remercie pour votre participation à ce jury de thèse.

A mes parents, si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Vous avez toujours été présents à mes côtés et cru en moi. Merci pour votre soutien et votre amour. Vous êtes des parents exceptionnels et je ne pourrais jamais vous en remercier assez.

A Fred, Anaïs, Christine, Loïc, Lena, Mathis, Jade et Rose pour votre amour, votre soutien, mais aussi pour tous ces bons moments réunis. Merci pour cette famille extraordinaire que nous formons. Anaïs nous dit qu'on doit exprimer nos sentiments, sachez donc que je vous aime.

Merci à Nicolas d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir aidé et soutenu dans sa réalisation. Merci aussi pour tous tes conseils au quotidien et toutes les choses que tu as pu m'apprendre depuis mon arrivée dans le service.

À Mme Guibourg, merci de m'avoir intégrée dans le service. J'apprends encore tous les jours à vos côtés, j'aspire à devenir un aussi bon médecin que vous l'êtes.

Merci à toute l'équipe de médecine polyvalente pour votre accueil, vos conseils, votre bonne humeur et votre humanité. Et de façon moins protocolaire, merci pour tous ces moments de rires et ces punchlines pendant le staff « C'est l'Australie là-dessous ! ».

A Sindy, merci pour cette belle amitié. Même si on a chacune notre couple tu resteras ma partenaire de vie. Et surtout une pensée à notre Jason ! **A Alexis** et à notre groupe de Portes explorant la Culture.

A Florian, merci pour cette amitié improbable d'un haut potentiel et d'une autiste. A nos balades à la plage, Prague pendant Noël et à nos conversations poignet de porte. Merci aussi pour tous tes bons conseils pour ma thèse.

A Aude, la meilleure des monobottes, mon binôme de fac et de Hunger Games, et **à Charlotte**, aussi survivante de la salle des pas.

A Solène, on s'est connue princesse Starla, nous sommes maintenant Soltap' et Avère, vieux couple. Aux entrechats et aux arbres à chats.

A Sarah et notre physionomie légendaire, **à Lola** la vie cherbourgeoise et les pastèques.

A Adrien, même si ces quelques mots ne pourront jamais exprimer l'amour et la gratitude que je te porte, merci pour ta présence à mes côtés, ton soutien inconditionnel et la meilleure personne que tu fais de moi chaque jour. Au Cookies Monster, aux pasta et surtout à Serge.

ABREVIATIONS :

ALD : Affection Longue Durée

DCI : Dénomination commune internationale

HAS : Haute Autorité de la Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MMS : Mini-mental state

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INDEX Tableaux et figures :

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs liés aux traitements de la population étudiée

Tableau 2 : Répartition des sujets par groupes d'âge et par sexe de l'étude et des données démographiques de l'INSEE de l'Orne et de France

Figure 1 : Pyramide des âges en 1975, 1999 et 2019

Figure 2 : Projections de la population : Évolution du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour cent personnes de 20 à 64 ans

Figure 3 : Fréquence de la polyopathie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe

Figure 4 : Evolution des dépenses de santé selon l'âge

Figure 5 : Corrélation entre la iatrogénie médicamenteuse et le nombre de traitements

Figure 6 : Pyramide des âges

Figure 7 : Répartition des sujets par catégories socioprofessionnelles et par sexe

Figure 8 : Répartition selon le nombre de traitements chroniques prescrits

Figure 9 : Moyenne du nombre de traitements chroniques par classes d'âge

Figure 10 : Pourcentage de sujet par classes d'âge bénéficiant de l'aide d'un tiers pour la préparation de leurs traitements

Figure 11 : Pourcentage de sujets selon le nombre de traitements par catégories bénéficiant de l'aide d'un tiers pour la préparation de leurs traitements

Figure 12 : Pourcentage de sujets par classes d'âge utilisant un pilulier

Figure 13 : Pourcentage de sujets selon le nombre de traitements par catégories utilisant un pilulier

Figure 14 : Pourcentage de sujets selon le nombre de traitements par catégories lisant les notices

Figure 15 : Répartition des sujets selon le délai de renouvellement de l'ordonnance

Figure 16 : Répartition des médicaments par classes thérapeutiques

Figure 17 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise pour chaque classe thérapeutique

Figure 18 : Répartition du nombre d'intervenants différents dans l'explication des traitements

Figure 19 : Relation entre l'âge et le pourcentage de connaissance du nom

Figure 20 : Relation entre l'âge et le pourcentage de connaissance de l'indication

Figure 21 : Relation entre l'âge et le pourcentage de connaissance des modalités de prise

Figure 22 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la catégorie socioprofessionnelle

Figure 23 : Relation entre le nombre de traitements et le pourcentage de connaissance du nom

Figure 24 : Relation entre le nombre de traitements et le pourcentage de connaissance de l'indication

Figure 25 : Relation entre le nombre de traitements et le pourcentage de connaissance des modalités de prise

Figure 26 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'une aide

Figure 27 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon le délai de renouvellement

Figure 28 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence de questions posées au médecin traitant

Figure 29 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'explications du médecin traitant

Figure 30 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence de recherches en autonomie

Figure 31 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'explications

Figure 32 : Relation entre le nombre d'intervenants dans l'explication et le pourcentage de connaissance du nom

Figure 33 : Relation entre le nombre d'intervenants dans l'explication et le pourcentage de connaissance de l'indication

Figure 34 : Relation entre le nombre d'intervenants dans l'explication et le pourcentage de connaissance des modalités de prise

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	1
I. La personne âgée.....	1
II. Le vieillissement de la population	1
III. Polypathologie chez la personne âgée	3
IV. Consommation médicamenteuse et polymédication des personnes âgées	4
V. Iatrogénie chez la personne âgée	5
VI. Observance médicamenteuse	7
VII. Objectif de l'étude	7
MATERIEL ET METHODE	8
I. Type d'étude.....	8
II. Population de l'étude	8
III. Recueil de données	8
IV. Le questionnaire	9
V. Analyse des données	10
VI. Aspect législatif	10
RESULTATS	11
I. Epidémiologie descriptive	11
A. Données sociodémographiques de la population étudiée	11
B. Données concernant les facteurs liés aux traitements.....	12
C. Connaissance du traitement	17
1. Connaissance générale du traitement	17
2. Connaissance par catégories thérapeutiques.....	17
D. Explications demandées et reçues	19
II. Analyses statistiques	20
A. Données sociodémographiques.....	20
B. Données liées aux traitements.....	22
C. Lien avec les explications demandées et reçues	26
DISCUSSION	31
I. Forces de l'étude	31
II. Biais de l'étude	32
III. Comparaison des résultats de l'étude avec la littérature	33
A. Concernant les données sociodémographiques	33
B. Concernant la connaissance des traitements	34
1. Connaissance du nom.....	34
2. Connaissance de l'indication	35

3.	Connaissance des modalités de prise	36
C.	Concernant la connaissance par classes thérapeutiques	37
D.	Concernant les facteurs influençant la connaissance	37
1.	Données sociodémographiques	37
2.	Données liées aux traitements	39
3.	Explications demandées et reçues	40
IV.	Pistes d'amélioration	42
A.	Rôle du médecin généraliste	42
1.	La consultation de renouvellement	42
2.	L'information du patient	43
3.	La polymédication	43
B.	Rôles des autres professionnels de santé	44
1.	Rôle du pharmacien	44
2.	Rôles des infirmiers	45
C.	Education thérapeutique du patient	45
D.	Carte de traitement	46
E.	Utilisation de pictogrammes	46
	CONCLUSION	48
	BIBLIOGRAPHIE	49
	ANNEXES	56
I.	Questionnaire	56

INTRODUCTION

I. La personne âgée

Le vieillissement est défini par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques, résultant du passage du temps, qui modifient progressivement et de façon irréversible la structure et les fonctions de l'organisme. Il est le produit des effets intriqués de facteurs environnementaux et génétiques. Ce processus doit être distingué des manifestations de possibles pathologies (1) (2).

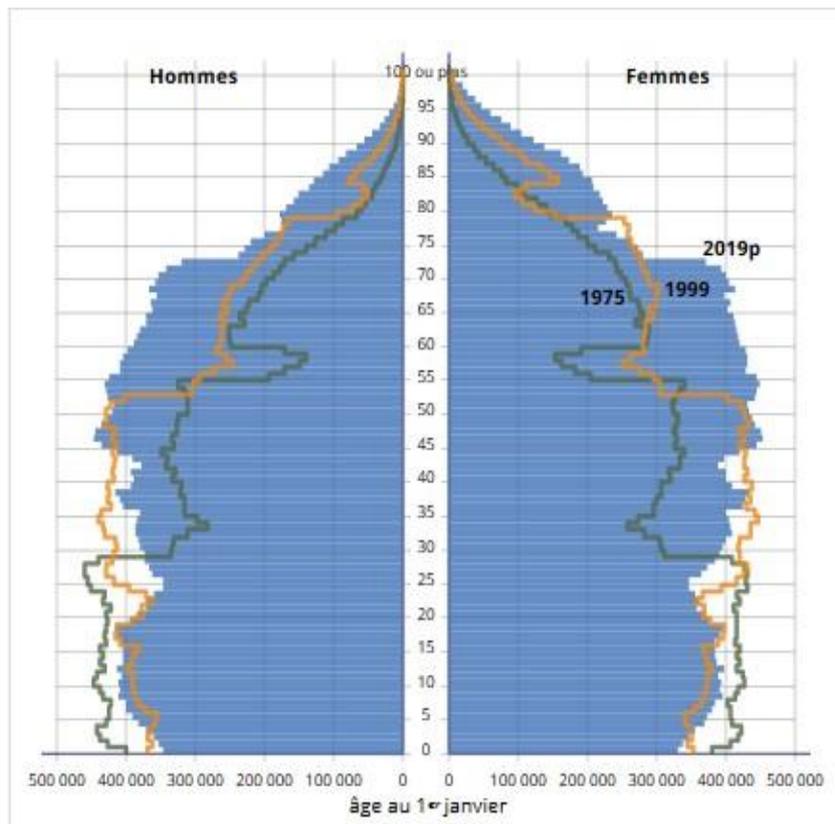
L'âge de l'entrée dans la vieillesse varie d'un point de vue médical ou statistique : La personne âgée est définie, selon la Haute Autorité de la Santé (HAS), par une personne de 75 ans et plus ou par une personne de 65 ans et plus associée à une polypathologie (3). L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), quant à elle, définit la personne âgée par un âge de 65 ans et plus (4).

II. Le vieillissement de la population

Il existe en France un vieillissement démographique. En 1975, la population de 65 ans et plus représentait 13,4% de la population totale française. En 2019 ce pourcentage a augmenté à 20,3%. Les statistiques de l'INSEE estiment qu'en 2040, cette proportion serait de 26% (5). La figure 1 montre l'évolution de la pyramide des âges entre 1975, 1999 et 2019.

Ce vieillissement de la population est d'abord en lien avec l'augmentation de l'espérance de vie : entre 1975 et 2018 l'espérance de vie est passée de 76,9 à 85,4 ans pour les femmes et de 69 à 79,5 ans pour les hommes. Mais elle est aussi en lien avec le vieillissement de la génération « baby-boom » à savoir le pic de natalité survenu après guerre et allant jusqu'au début des années 1970. L'arrivée de cette génération parmi les 65 ans ou plus a commencé en 2011 et se terminera en 2039.

Il faut donc s'attendre, dans les années à venir, à une augmentation de la proportion des personnes âgées en France avec un rapport entre le nombre de personnes de 65 ans ou plus et celui des personnes de 20 à 64 ans qui passerait de 30% en 2013 à 51% en 2040 (6). La figure 2 représente la projection de la proportion des personnes âgées par rapport à la population de 20 à 64 ans.

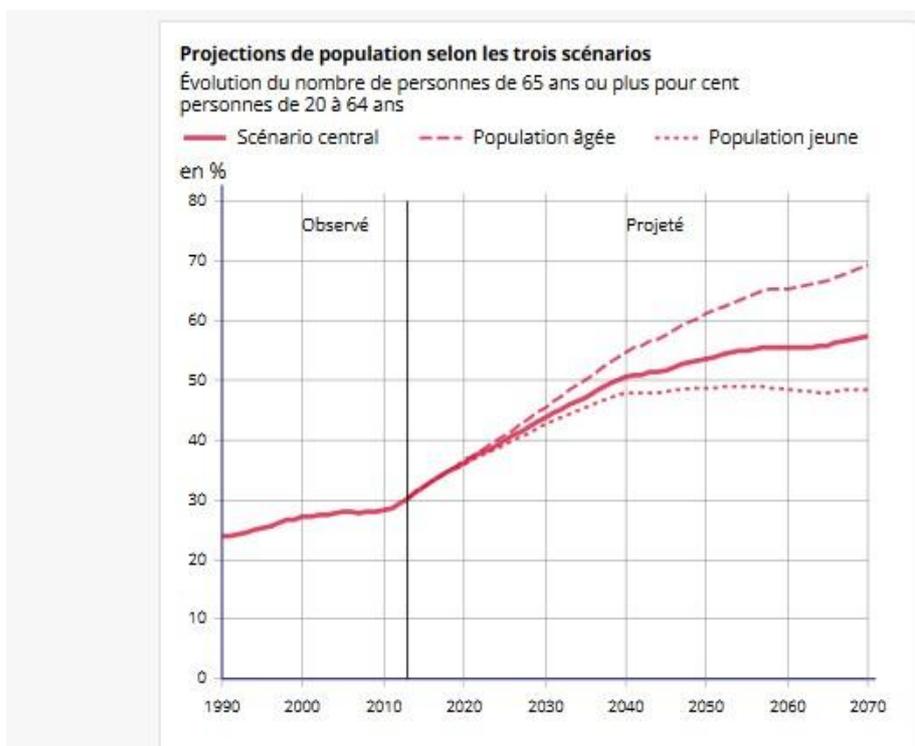


p : résultats provisoires à fin 2018.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population.

Figure 1 : Pyramide des âges en 1975, 1999 et 2019 (Source INSEE)



Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2012, France y compris Mayotte à partir de 2013.

Source : Insee, estimations de population et projections de population 2013-2070.

Figure 2 : Projections de la population : Évolution du nombre de personnes de 65 ans ou plus pour cent personnes de 20 à 64 ans (Source INSEE)

III. Polypathologie chez la personne âgée

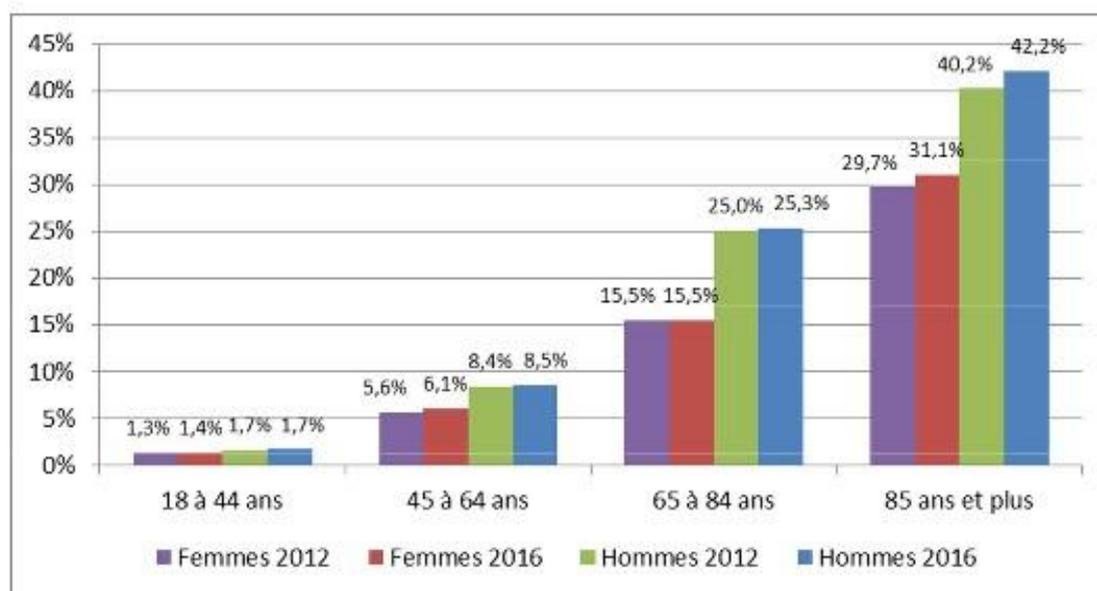
La définition la plus acceptée de la polypathologie, selon l'Académie Nationale de médecine, est « La cooccurrence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu sur la même période » (7). Elle est aussi définie, en termes d'Affection Longue Durée (ALD), via l'ALD 32 par l'atteinte de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois (8).

En lien avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, il existe une croissance des pathologies chroniques dans l'ensemble de la population.

Selon le rapport annuel de l'Assurance Maladie, la fréquence de la polypathologie augmente avec l'âge. La polypathologie concerne au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans.

Il s'agit principalement de diabète et de maladie coronaire avant 85 ans, de démence et d'insuffisance cardiaque à partir de 85 ans (9).

La figure 3 représente la fréquence de la polypathologie et son évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe



Champ : Régime Général (y compris SLM) – France entière

Source : Cartographie (Cnam, version G5)

Figure 3 : Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe (Source CNAM)

La polyopathie est fréquente en médecine générale, selon une cohorte de 2011 analysant un échantillon de patientèles de différents cabinets de médecine générale : 58% des patients ont une polyopathie et la polyopathie représentent 78% des consultations (10).

La polyopathie impose une prise en charge complexe et spécifique à adapter à la situation de chaque patient.

IV. Consommation médicamenteuse et polymédication des personnes âgées

La France est parmi les plus gros consommateurs de soins mondiaux avec des dépenses de santé représentant 11,2% de son produit intérieur brut, mettant donc la France en troisième position mondiale de dépense de santé, à égalité avec l'Allemagne (11).

Les dépenses de santé croissent avec l'âge, en effet les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de 2012 mettent en évidence que 30% de la consommation totale de médicaments est le fait de 5% des assurés, s'agissant pour l'essentiel, de personnes en ALD et de personnes âgées, ces deux catégories se recoupant (12).

La figure 4 montre l'évolution de la dépense de santé selon l'âge.

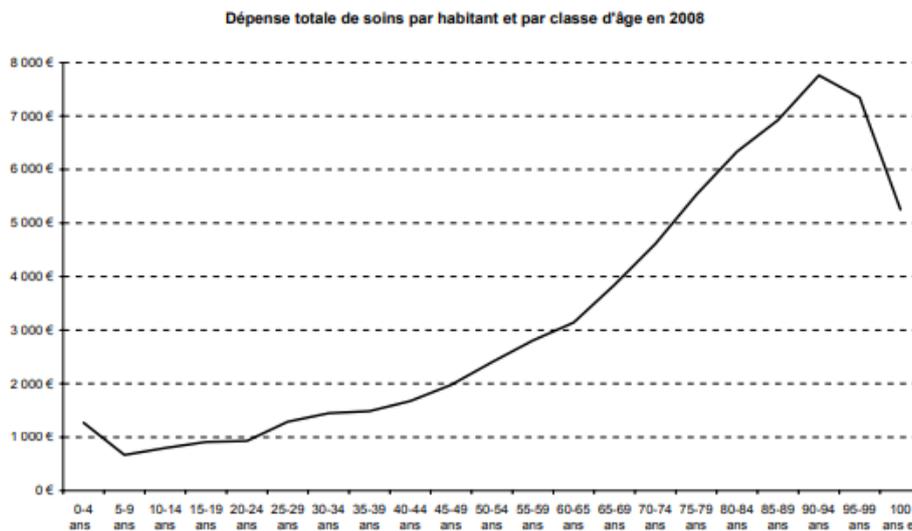


Figure 4 : Evolution des dépenses de santé selon l'âge (Source HAS)

La polymédication est définie selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) par l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments.

Dans la littérature, le seuil de médicaments le plus couramment utilisé pour parler de polymédication est de 5 médicaments au moins. Ce seuil quantitatif étant justifié par la croissance linéaire du risque d'effets indésirables avec le nombre de médicaments (13). Cependant, cette définition ne correspond plus aux prises en charge médicales actuelles, il existe maintenant une définition plus qualitative incluant la notion de polypathologie, la polymédication se définit alors comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques (10).

La polymédication, justifiée par la polypathologie, est donc plus fréquente avec l'avancée en âge. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé de 2015 met en évidence que la prévalence des personnes âgées de 75 ans et plus consommant au moins 10 médicaments par jour est de 40,5% en France (14). Aussi, une étude de la Société française de gériatrie et gérontologie de 2011 sur la consommation médicamenteuse établit que le nombre moyen de médicaments par jour est de 8 chez les personnes âgées de 70 à 80 ans et de 10 médicaments par jour au-delà de 80 ans. Avec un taux de patients consommant plus de 5 médicaments supérieur à 80% entre 80 et 90 ans et de 85% au delà de 90 ans.

Les médicaments les plus consommés chez les personnes âgées sont principalement les antalgiques, les médicaments à visée cardio-vasculaire, les anticoagulants ainsi que les traitements psychotropes (15).

V. Iatrogénie chez la personne âgée

La iatrogénie est définie par l'OMS comme toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'Homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement (16).

La iatrogénie médicamenteuse est plus fréquente chez les personnes âgées, en effet les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans (17). Concernant les personnes âgées vivant à domicile, l'incidence des accidents iatrogéniques est estimée à 50 pour 1000 personnes années (18).

Les effets indésirables sont donc plus fréquents, mais ils sont aussi plus graves, 20% des effets indésirables conduisent à une hospitalisation et 10 à 20% des hospitalisations de personnes âgées seraient dues à un effet indésirable médicamenteux (19). Leur gravité

augmente de façon significative avec l'âge, en lien avec la présence de comorbidités, la fragilité des personnes âgées et le retard diagnostique.

Aussi, le principal facteur de risque des accidents iatrogéniques est la polymédication (20). La figure 5 représente la corrélation entre la iatrogénie médicamenteuse et le nombre de traitements.

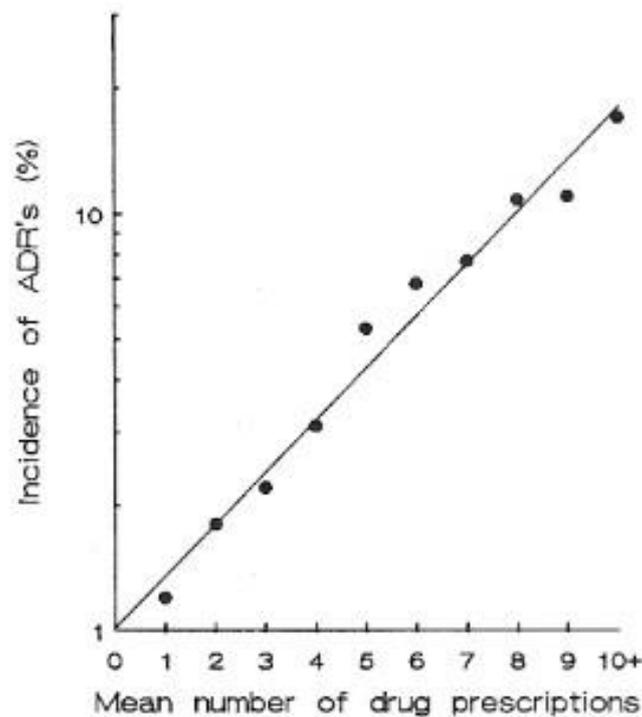


Figure 5 : Corrélation entre la iatrogénie médicamenteuse et le nombre de traitements (Source Drugs and Aging)

Les principales classes thérapeutiques impliquées dans la iatrogénie médicamenteuse en France sont les antibiotiques, les psychotropes, les anticoagulants, les antalgiques et les médicaments du système cardiovasculaire (21) (22).

Ces médicaments sont aussi parmi ceux les plus prescrits chez les personnes âgées.

Selon le rapport EVISA (Événements indésirables liés aux soins extrahospitaliers) de 2009, les principales causes d'événements indésirables médicamenteux sont les erreurs d'indication thérapeutique à 29,8%. Puis, sont à 23,4% en lien avec le patient ou son entourage : fragilité, mauvaise compliance et difficulté d'autogestion du traitement. Et enfin à 19,1% liées à un défaut de surveillance (23).

La iatrogénie médicamenteuse serait en grande partie évitable, ce taux pouvant même aller jusqu'à 70% dans certaines études (24).

VI. Observance médicamenteuse

L'observance thérapeutique se définit comme le degré d'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations du médecin. L'observance ne concerne pas seulement la prise médicamenteuse (posologie, horaire, nombre de prises) mais aussi l'application des règles hygiéno-diététiques, le suivi médical et les visites de contrôle (25).

Selon un rapport de l'OMS, la proportion de malades chroniques respectant leur traitement n'est que de 50% dans les pays développés (26). Concernant les personnes âgées, les études réalisées sur ce sujet sont hétérogènes de par leur définition, leur méthodologie, ainsi que par leur population étudiée, leur taux d'observance obtenu varie donc de 26 à 59% (27).

Selon différentes revues de la littérature, l'âge ne semble pas être un facteur de risque de mauvaise observance (28). Cependant la polymédication est retrouvée comme un facteur de risque indépendant. Aussi, il existe un lien entre la connaissance de son traitement et son observance (24) (29).

L'observance est un enjeu de santé publique. Selon l'OMS, résoudre le problème de la non-observance thérapeutique représenterait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale. Une mauvaise observance entraîne en effet une augmentation de la mortalité et des hospitalisations, l'émergence de pharmacorésistance, mais aussi des conséquences économiques d'une part par le coût des hospitalisations induites et d'autre part par l'escalade diagnostique et thérapeutique inutiles (30) (31).

VII. Objectif de l'étude

La connaissance des personnes âgées de leur ordonnance est donc centrale afin d'en faciliter l'observance d'une part et éviter la iatrogénie médicamenteuse d'autre part.

L'objectif principal de l'étude était donc d'évaluer les connaissances que les personnes âgées ont de leur traitement chronique.

L'objectif secondaire était de rechercher l'existence de facteurs pouvant influencer le niveau de connaissance des patients.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective, quantitative réalisée sur une période de 4 mois entre février et mai 2021 au sein du centre hospitalier d'Argentan.

II. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient :

- Être âgé d'au moins 65 ans
- Consultant en externe à l'hôpital d'Argentan
- Ayant au moins un traitement au long cours
- Disposant de leur ordonnance de traitement chronique

Les critères d'exclusion étaient :

- Refus de participer à l'étude
- L'existence de troubles cognitifs marqués
- L'institutionnalisation
- Barrière de la langue
- Existence d'un déficit sensoriel sévère

III. Recueil de données

Le recueil de données était réalisé via un questionnaire (*Annexe 1*) rempli par un seul enquêteur. Les patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion étaient interrogés avant leur consultation externe au sein du centre hospitalier d'Argentan après les avoir informés de l'objectif de l'étude et obtenus leur consentement oral.

Les sujets recrutés étaient des patients consultant en externe au rez-de-chaussée du centre hospitalier d'Argentan. Ce pôle de consultations externes regroupe principalement des consultations ophtalmologiques, otorhinolaryngologiques ainsi que dermatologiques.

Les patients consultant au sein des services de spécialités à savoir cardiologique, pneumologique et gastro-entérologique ainsi que les patients admis aux urgences ou hospitalisés n'étaient pas recrutés.

Les ordonnances des patients étaient récupérées au début du questionnaire afin d'éviter qu'ils ne s'appuient sur celle-ci. Les sujets étaient isolés afin de conserver le secret médical des autres patients attendant dans la salle d'attente et il était demandé à leur accompagnant de ne pas les aider à répondre aux questions.

IV. Le questionnaire (*Annexe 1*)

Le questionnaire, réalisé après une revue de la littérature sur ce sujet, se composait de 15 questions fermées dont certaines à choix multiples et une question ouverte, regroupées en 4 parties :

- **Une première partie** regroupant les données sociodémographiques :
 - âge, sexe, mode de vie.
 - L'habitat en se basant sur le seuil, établi par l'INSEE, d'au moins 2000 habitants afin de qualifier une commune comme urbaine (32).
 - La catégorie socioprofessionnelle en utilisant la nomenclature des Professions et Catégorie socioprofessionnelle de 2003 établie de même par l'INSEE (33).
- **Une deuxième partie** concernant les facteurs liés aux traitements et ses modalités de prise : nombre de médicaments chroniques, mode de préparation des médicaments, utilisation d'un pilulier, lecture des notices, délai avant renouvellement, existence d'une ALD.
- **Une troisième partie** évaluant la connaissance du traitement : Les noms des médicaments chroniques (via leur Dénomination Commune Internationale (DCI) ou leur nom commercial) étaient d'abord demandés puis leurs indications et leurs modalités de prise.

En cas de non connaissance du nom des thérapeutiques, les indications puis les modalités de prise leur étaient demandées, voire uniquement les modalités de prise, et ce, sans que les noms des médicaments non cités ne leur soient fournis.

Les réponses familières concernant l'indication étaient retenues si elles correspondaient aux indications médicales des médicaments.

Les modalités de prise interrogeaient l'horaire de prise du médicament ainsi que, si possible, ses conditions d'ingestion (à jeun par exemple).

Les posologies n'étaient pas demandées.

Les associations de médicaments n'étaient comptées que pour un car pris comme tel par les patients.

Les collyres, crèmes et traitements aigus n'étaient pas comptabilisés dans cette étude.

- **Une quatrième partie** évaluant les explications demandées et reçues concernant le traitement de fond des sujets interrogés. La dernière question était une question ouverte explorant ce que les patients auraient souhaité davantage connaître sur leurs médicaments et les raisons de ce manque d'information ressenti.

V. Analyse des données

Concernant l'évaluation de la connaissance du traitement, un score en pourcentage était réalisé entre le nombre de médicaments connus du patient et le nombre de médicaments totaux prescrits sur l'ordonnance. Ce score était calculé pour la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise des traitements.

Le recueil des données a été effectué via le logiciel EXCEL. L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel XLSTAT. Les tests utilisés étaient le T de Student, l'analyse de la variance ainsi que la régression linéaire. Le seuil de significativité était de $p < 0,05$.

VI. Aspect législatif

Cette étude a reçu un avis favorable du comité local d'éthique et de la recherche en santé indiquant qu'elle ne requérait pas de démarche supplémentaire en dehors de l'information du patient et de son accord à l'inclusion dans l'étude.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour cette étude.

RÉSULTATS

I. Epidémiologie descriptive

Au total, 157 sujets ont été interrogés, 5 ont été exclus : 4 du fait de questionnaires incomplets car appelés en consultation et un en lien avec des troubles psychiatriques rendant la réalisation du questionnaire impossible.

A. Données sociodémographiques de la population étudiée

Parmi les 152 sujets, il y avait 86 femmes (56,6%) et 66 hommes (43,4%).

La moyenne d'âge était de 77,2 ans ($\pm 7,65$) avec une médiane à 77 ans. L'âge minimum était de 65 ans et l'âge maximum de 95 ans.

La répartition des sujets par groupes d'âge et par sexe est présentée dans la figure 6.

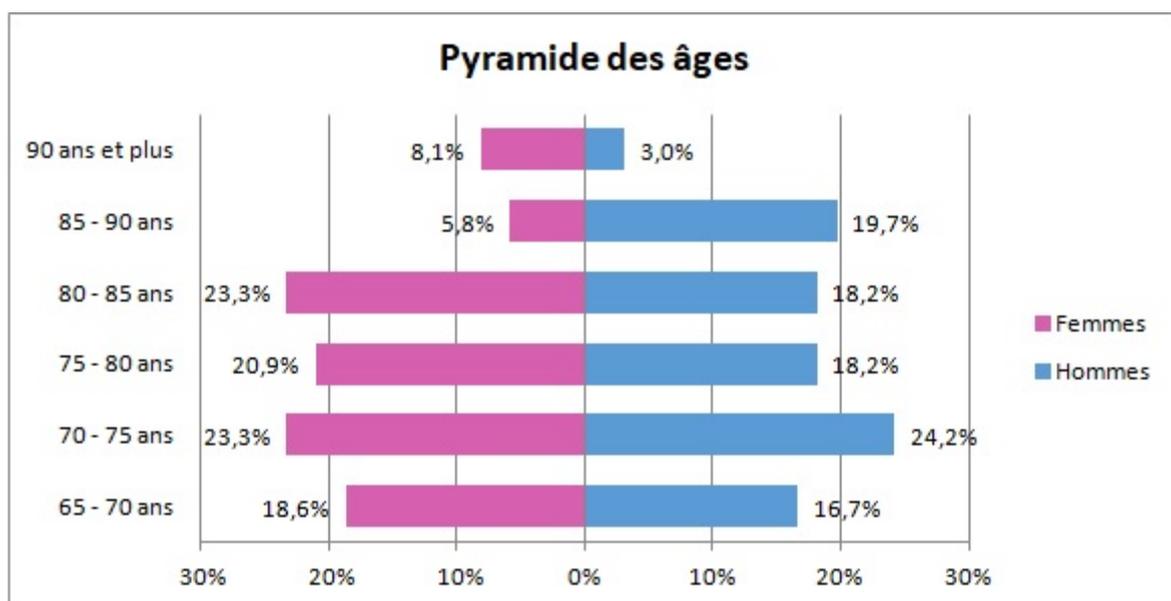


Figure 6 : Pyramide des âges

88 sujets (57,9%) vivaient en milieu rural.

57 sujets (37,5%) vivaient seuls dont 50% des femmes et 21,2% des hommes.

La catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était celle des employés avec 44 sujets (29%) dont une majorité de femmes (81,8%). Concernant les hommes, la catégorie socioprofessionnelle majoritaire était celle des ouvriers (40,9% des hommes de cette étude).

La répartition des sujets selon leur catégorie socioprofessionnelle est présentée dans la figure 7.

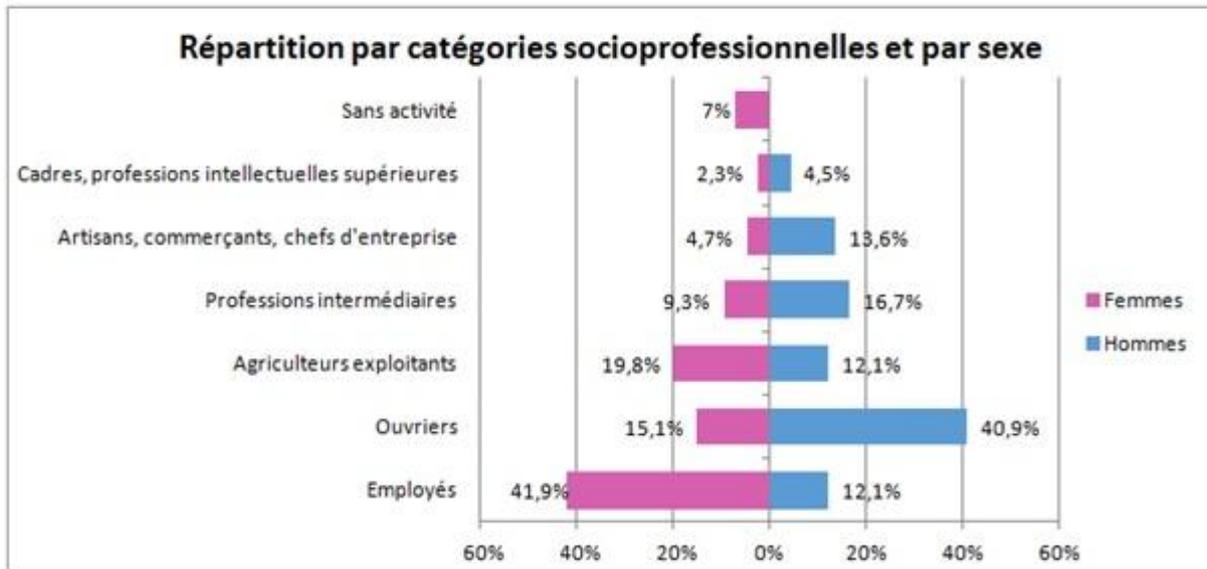


Figure 7 : Répartition des sujets par catégories socioprofessionnelles et par sexe

B. Données concernant les facteurs liés aux traitements

Le nombre moyen de traitements chroniques par sujets étaient de 5,8 ($\pm 3,2$) avec une médiane à 6, un minimum d'un médicament par jour et un maximum de 15.

90 sujets (59,2%) avaient au moins 5 médicaments par jour et 18 sujets (11,8%) en prenaient au moins 10.

La répartition des sujets selon le nombre de médicaments prescrits est présentée dans la figure 8.

Le nombre moyen de médicaments augmentait avec l'âge des sujets comme indiqué dans la figure 9.

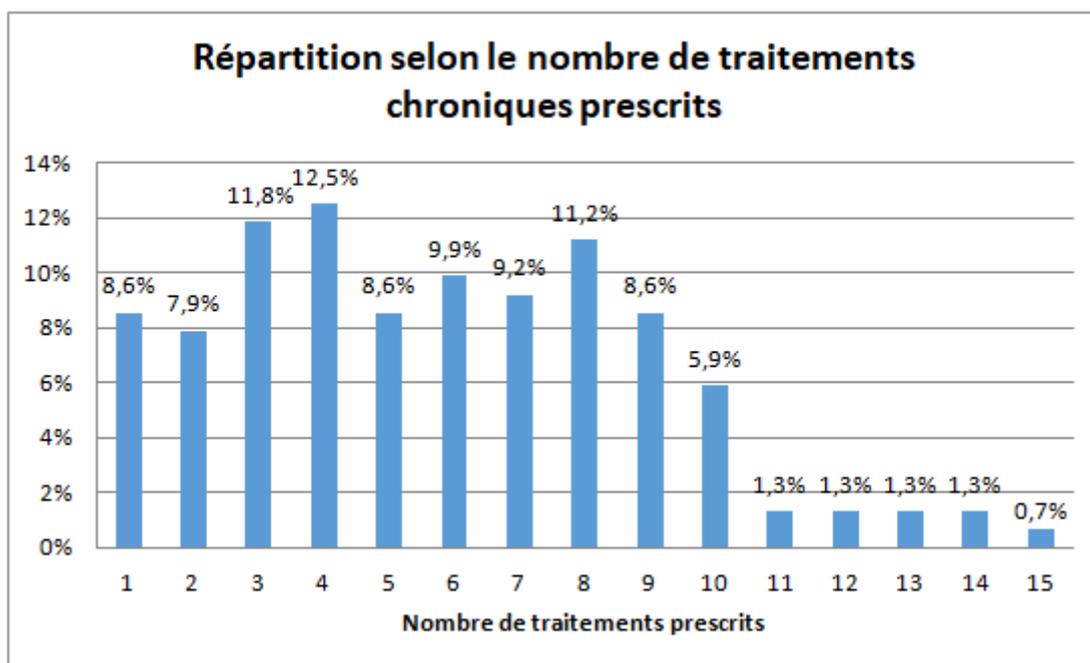


Figure 8 : Répartition selon le nombre de traitements chroniques prescrits

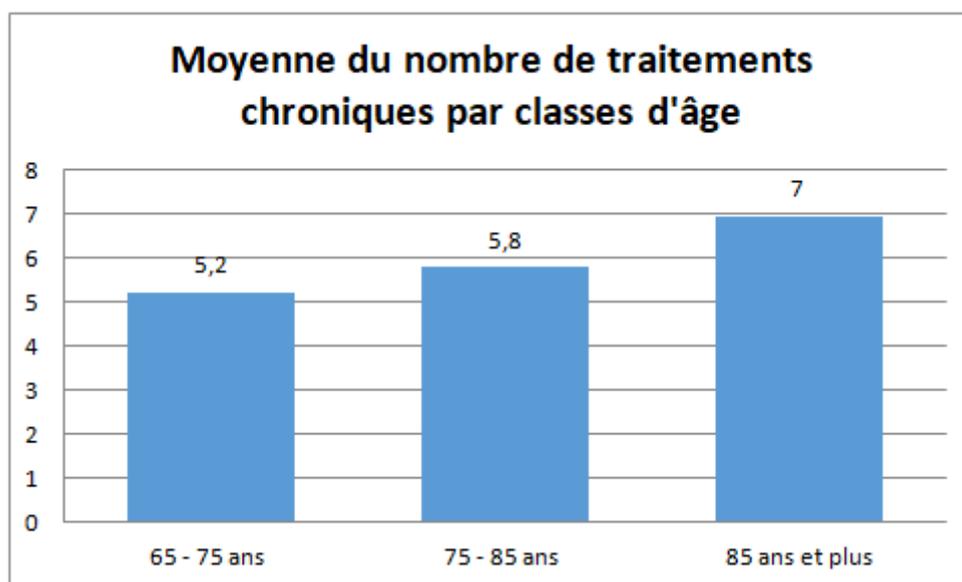


Figure 9 : Moyenne du nombre de traitements chroniques par classes d'âge

92 sujets (60,5%) disposaient d'une ALD.

Concernant la préparation des médicaments, 18 sujets (11,8%) bénéficiaient de l'aide d'un tiers pour la préparation des médicaments. Cette proportion augmentait d'une part avec l'âge des sujets et d'autre part avec le nombre de traitements, comme présenté dans les figures 10 et 11.

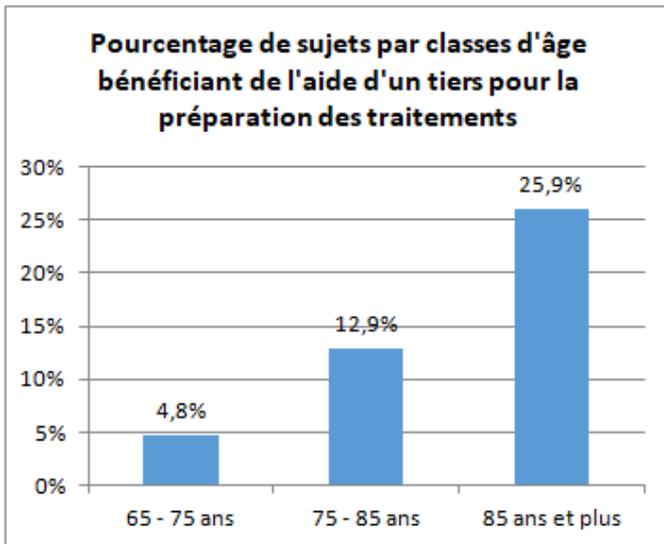


Figure 10 : Pourcentage de sujets par classes d'âge bénéficiant de l'aide d'un tiers pour la préparation de leurs traitements

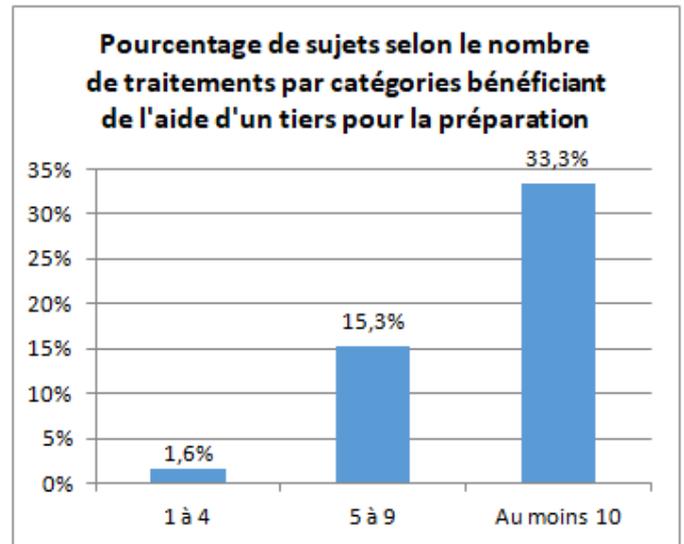


Figure 11 : Pourcentage de sujets selon le nombre de traitements par catégories bénéficiant de l'aide d'un tiers pour la préparation de leurs traitements

61 sujets (40,1%) utilisaient un pilulier avec une augmentation de son emploi avec l'âge et le nombre de traitements prescrits comme indiqué dans les figures 12 et 13.

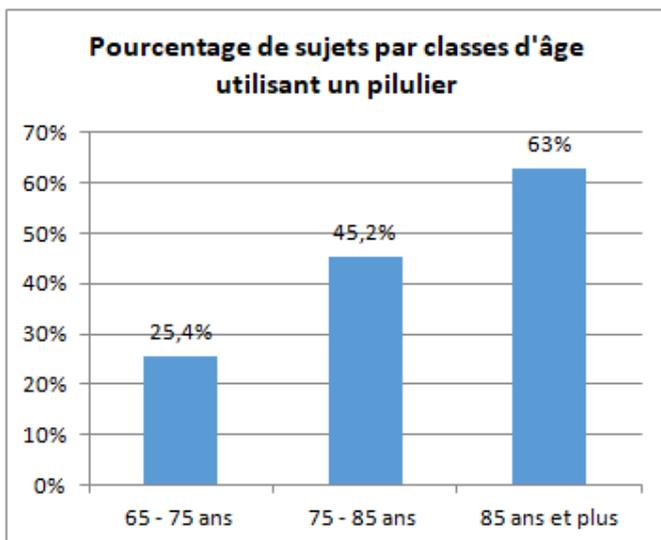


Figure 12 : Pourcentage de sujets par classes d'âge utilisant un pilulier

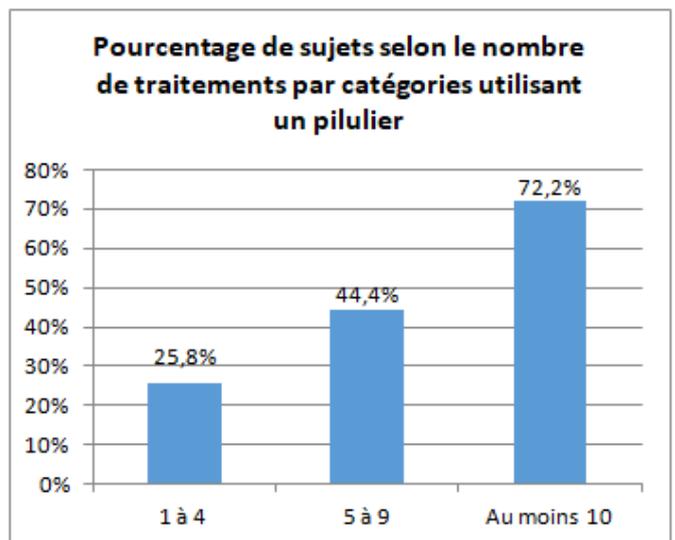


Figure 13 : Pourcentage de sujets selon le nombre de traitements par catégories utilisant un pilulier

98 sujets (64,5%) déclaraient lire les notices de leurs médicaments dont 68,6% de femmes. On retrouvait une diminution de la lecture des notices avec l'augmentation du nombre de médicaments comme présenté dans la figure 14.

Il n'existait pas de nette différence de ce pourcentage entre les classes d'âge : 61,9% entre 65 et 75 ans, 67,7% entre 75 et 85 ans, 63% pour les 85 ans et plus.

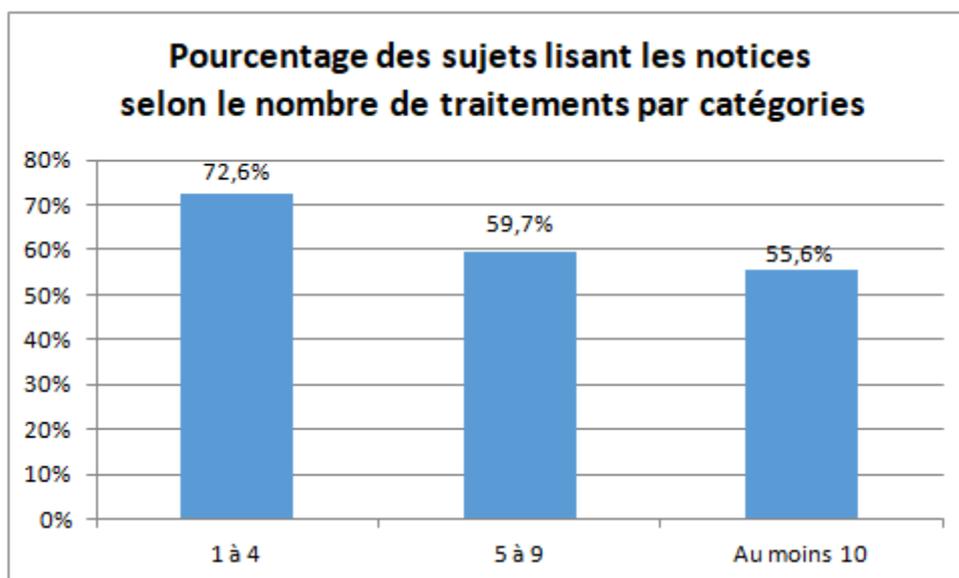


Figure 14 : Pourcentage de sujets selon le nombre de traitements par catégories lisant les notices

Concernant le délai entre chaque renouvellement des traitements, la moyenne était de 4 mois avec une médiane à 3 mois.

La répartition des sujets selon le délai avant renouvellement est exposée dans la figure 15.

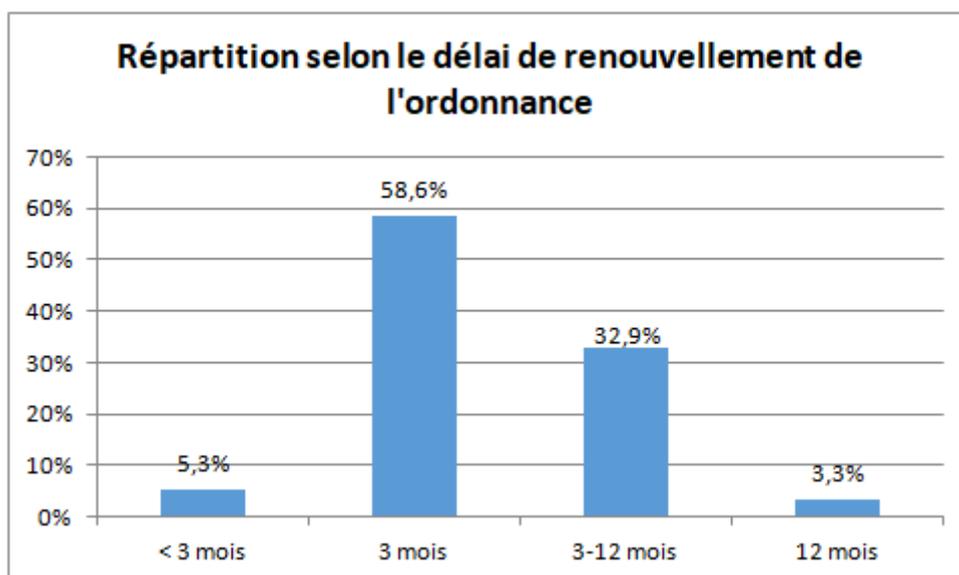


Figure 15 : Répartition des sujets selon le délai de renouvellement de l'ordonnance

A l'auto-appréciation de la connaissance médicamenteuse, 117 sujets (77%) déclaraient connaître leurs traitements dont 80,2% de femmes.

Un résumé de l'ensemble des données sociodémographiques et des facteurs liés aux traitements de la population étudiée est présenté dans le tableau 1.

	Effectif (%)
Sexe	
Homme	66 (43,4%)
Femme	86 (56,6%)
Age	
65-74 ans	63 (41,5%)
75-89 ans	80 (52,6%)
90 ans et plus	9 (5,9%)
Moyenne	77,2 ans \pm 7,7
Mediane	77 ans
Habitation seul	
Oui	57 (37,5%)
Non	95 (62,5%)
Habitat	
Urbain	64 (42,1%)
Rural	88 (57,9%)
Catégorie Socio-professionnelle	
Agriculteurs exploitants	25 (16,5%)
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13 (8,6%)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 (3,3%)
Professions intermédiaires	19 (12,5%)
Employés	44 (29%)
Ouvriers	40 (26,3%)
Sans activité	6 (4%)
Traitement	
1-4 médicaments	62 (40,8%)
5-9 médicaments	72 (47,4%)
> 10 médicaments	18 (11,8%)
Moyenne	5,8 \pm 3,2
Minimum	1
Maximum	15
Médiane	6
ALD	92 (60,5%)
Préparation des traitements	
Seul	134 (88,2%)
Avec l'aide d'un tiers	18 (11,8%)
Utilisation d'un pilulier	
Oui	61 (40,1%)
Non	91 (59,9%)
Lecture des notices	
Oui	98 (64,5%)
Non	54 (35,5%)
Renouvellement d'ordonnance	
< 3 mois	8 (5,3%)
3 mois	89 (58,6%)
3-12 mois	50 (32,9%)
12 mois	5 (3,3%)
Moyenne	4 mois
Médiane	3 mois
Bonne connaissance médicamenteuse à l'auto-évaluation	
Oui	117 (77%)
Non	35 (23%)

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs liés aux traitements de la population étudiée

C. Connaissance du traitement

1. Connaissance générale du traitement

Concernant le nom des médicaments, le pourcentage moyen de connaissance était de 53% avec une médiane à 50%.

43 patients (28,3%) connaissaient le nom de leurs traitements dans leur globalité.

24 patients (15,8%) ne connaissaient aucun des noms de leurs médicaments.

Concernant les indications, le pourcentage moyen de connaissance était de 74,8% avec une médiane à 83,3%.

68 patients (44,7%) connaissaient l'ensemble des indications de leurs médicaments.

1 patient (0,7%) ne connaissait aucune des indications de ses traitements.

Concernant les modalités de prise, le pourcentage moyen de connaissance était de 79,9% avec une médiane à 100%.

80 patients (52,6%) connaissaient à 100% les modalités de prise de leur traitement de fond.

2 patients (1,3%) ne connaissaient aucunement les modalités de prise de leurs traitements.

40 sujets (26,3%) connaissaient leurs traitements dans leur intégralité à savoir les noms, les indications ainsi que les modalités de prise.

Aucun des sujets n'avait obtenu un score de 0% de façon concomitante aux 3 facteurs de connaissance étudiés.

2. Connaissance par catégories thérapeutiques

Les différents médicaments de cette étude ont été répartis en 10 classes thérapeutiques dont une catégorie "Autres" regroupant principalement des thérapeutiques cancérologiques ou hématologiques.

La classe thérapeutique la plus prescrite était celle des traitements à visée cardio-vasculaire, suivi à égalité des anticoagulants-antiagrégants et des médicaments à visée gastro-entérologique puis des antalgiques.

La répartition des différentes classes thérapeutiques présentes chez les sujets étudiés est représentée dans la figure 16.

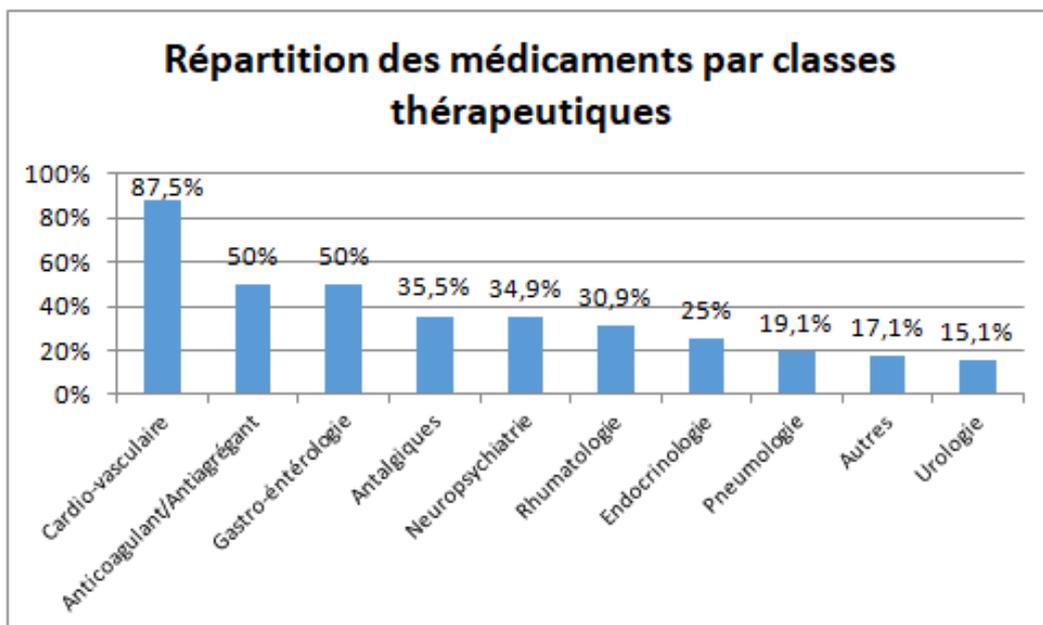


Figure 16 : Répartition des médicaments par classes thérapeutiques

Concernant l'évaluation de la connaissance médicamenteuse, la classe thérapeutique la plus connue des patients était celle des anticoagulants-antiagrégants avec une moyenne de 69,7% de connaissance concernant le nom, 80,3% concernant l'indication et 86,2% concernant les modalités de prise.

Concernant la connaissance du nom, la classe thérapeutique la moins connue était celle des médicaments à visée urologique avec une moyenne de connaissance à 18,8%.

Concernant l'indication et les modalités de prise, les médicaments à visée gastro-entérologique étaient les moins connus avec une moyenne de connaissance de l'indication à 42,9% et des modalités de prise à 55,4%.

La figure 17 représente les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise de chaque classe thérapeutique.

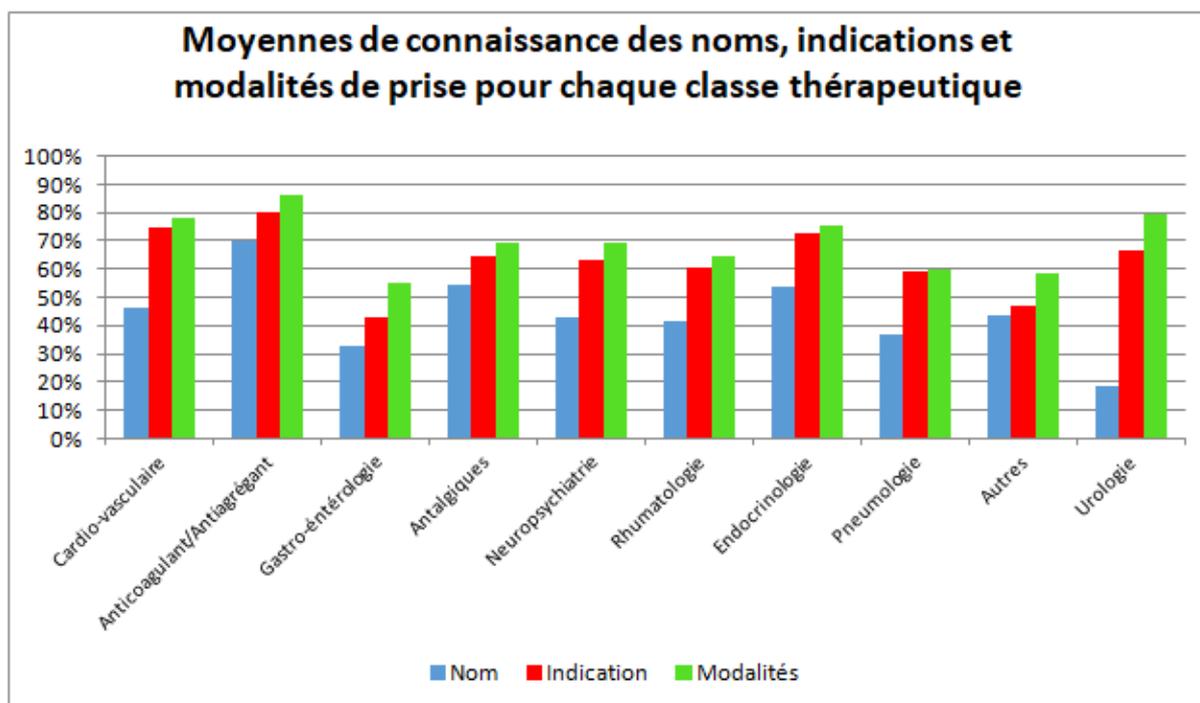


Figure 17 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise pour chaque classe thérapeutique

D. Explications demandées et reçues

57 sujets (37,5%) posaient des questions à leur médecin traitant concernant leurs traitements dont 63,2% de femmes.

Concernant les explications reçues :

- Le médecin traitant était la première source d'explication, cité par 77 sujets (50,7%).
- Suivi du pharmacien rapporté par 74 sujets (48,7%).
- 33 sujets (21,7%) se renseignaient de façon autonome sur leurs traitements.
- Les paramédicaux étaient cités comme source d'informations par 15 sujets (9,9%).
- 11 sujets (7,2%) bénéficiaient d'explications par leurs proches.
- 30 sujets (19,7%) ne bénéficiaient d'aucune explication concernant leurs traitements.

La répartition du nombre d'intervenants différents dans l'explication des traitements est présentée dans la figure 18.

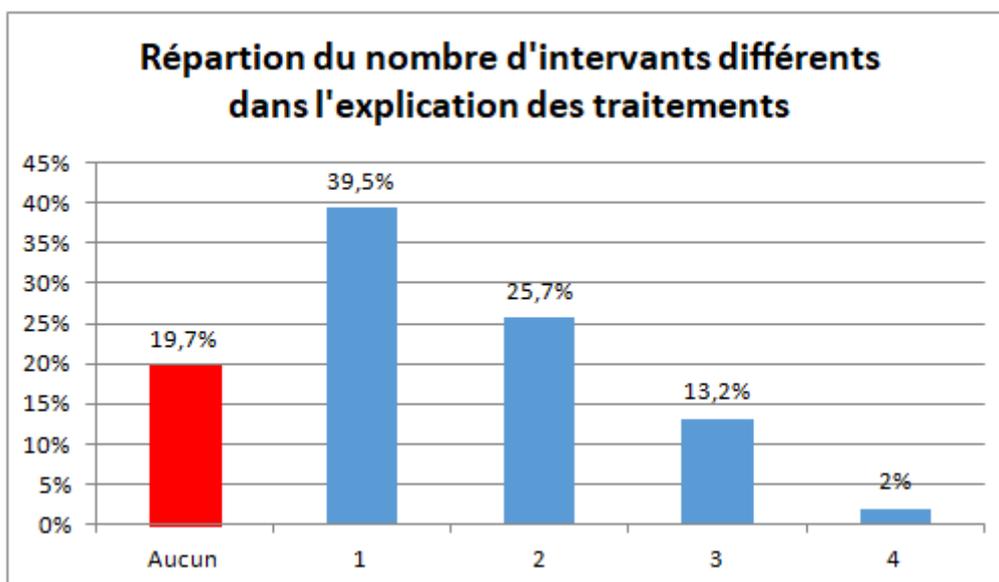


Figure 18 : Répartition du nombre d'intervenants différents dans l'explication des traitements

130 sujets (85,5%) pensaient avoir reçu suffisamment d'informations de la part des professionnels de santé sur leurs médicaments.

22 sujets (14,5%) auraient voulu bénéficier d'informations complémentaires.

A la question ouverte évoquant les freins menant à ce manque d'informations, 6 sujets évoquaient le manque de disponibilité et d'adaptabilité du médecin traitant ainsi que du pharmacien à leurs interlocuteurs. Aussi, la barrière de la langue était mentionnée par 2 sujets.

10 sujets ont profité de cette question ouverte pour évoquer leurs craintes concernant les effets indésirables des médicaments ainsi que le manque d'informations reçues à ce propos. De même, 5 sujets mentionnaient les risques encourus de la polymédication. Enfin, 2 sujets auraient souhaité bénéficier de plus d'informations par les professionnels de santé concernant les médecines alternatives.

II. Analyses statistiques

A. Données sociodémographiques

Concernant l'âge, il existait une corrélation négative significative entre l'âge et la connaissance du nom ($p < 0,0001$), de l'indication ($p < 0,0001$) et des modalités de prise ($p = 0,001$).

Les figures 19, 20 et 21 représentent les relations entre l'âge et respectivement l'évaluation de la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise.

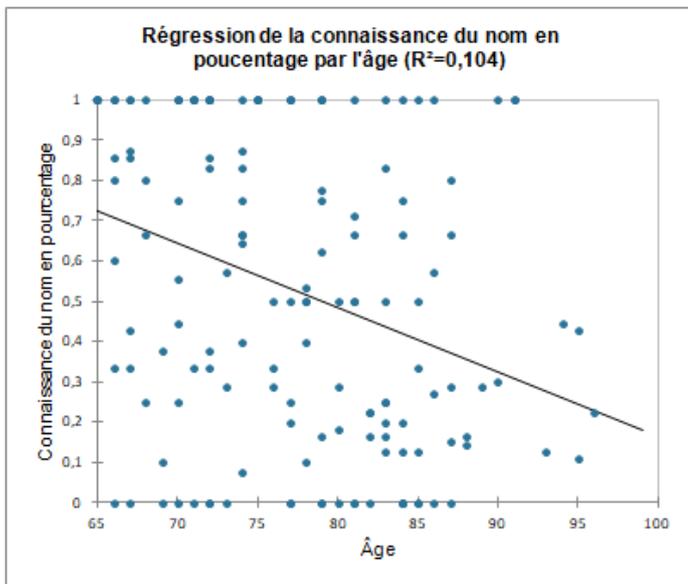


Figure 19 : Relation entre l'âge et le pourcentage de connaissance du nom

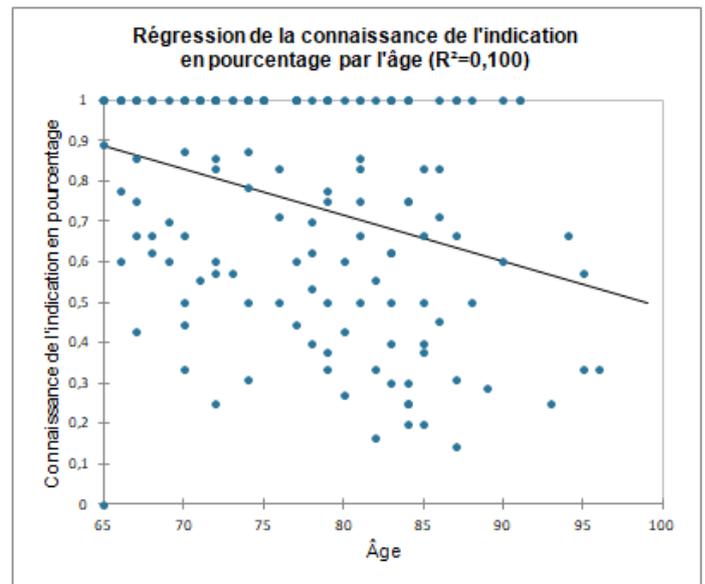


Figure 20 : Relation entre l'âge et le pourcentage de connaissance de l'indication

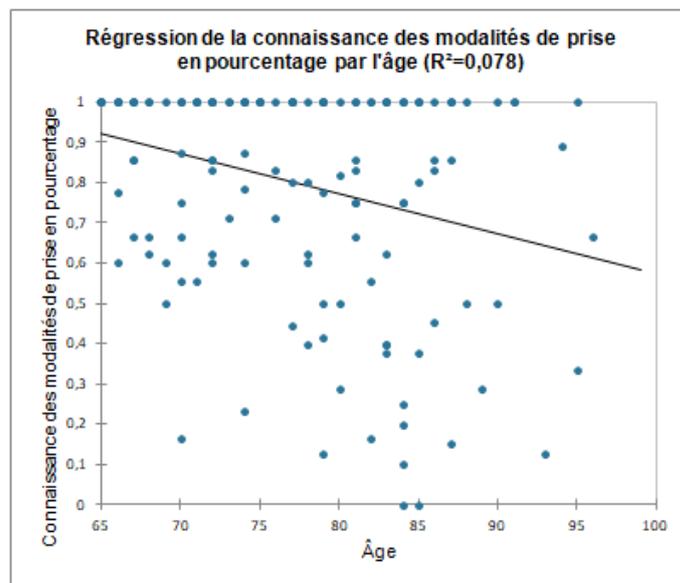


Figure 21 : Relation entre l'âge et le pourcentage de connaissance des modalités de prise

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre les 3 facteurs de connaissances étudiés et :

- Le sexe ($p=0,106$ concernant le nom, $p=0,071$ concernant l'indication, $p=0,169$ concernant les modalités de prise).
- L'habitat seul ou non (respectivement $p=0,703$, $p=0,052$, $p=0,399$).
- L'habitat rural ou urbain (respectivement $p=0,461$, $p=0,999$, $p=0,858$).

Il existait un lien significatif entre la catégorie socioprofessionnelle et :

- La connaissance du nom ($p=0,001$), avec à l'analyse entre catégories, une différence significative entre les sujets cadres et professions intellectuelles supérieures (moyenne de connaissance du nom à 93,8%) et :

- Les ouvriers (moyenne de connaissance du nom à 38,7%) ($p=0,005$).

- Les employés (moyenne de connaissance du nom à 48,1%) ($p=0,035$).

- La connaissance de l'indication ($p=0,004$) avec à l'analyse entre catégories socioprofessionnelles, une différence significative entre les sujets cadres et professions intellectuelles supérieures (moyenne de connaissance de l'indication à 96,7%) et les ouvriers (moyenne de connaissance de l'indication à 61,6%) ($p=0,023$).

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre la catégorie socioprofessionnelle et la connaissance des modalités de prise.

Les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la catégorie socioprofessionnelle sont présentées dans la figure 22.

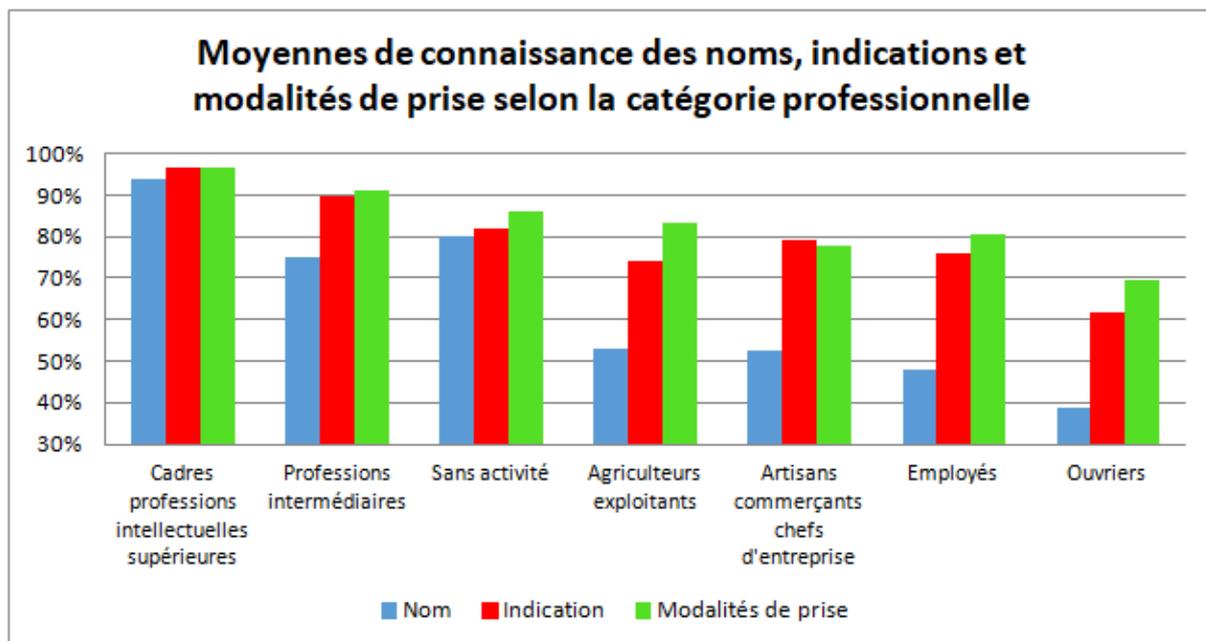


Figure 22 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la catégorie socioprofessionnelle

B. Données liées aux traitements

Concernant le nombre de traitements, il existait une corrélation significative avec une diminution de la connaissance du nom ($p<0,0001$), de l'indication ($p<0,0001$) et des modalités de prise ($p<0,0001$) avec l'augmentation du nombre de traitements.

Les figures 23, 24 et 25 représentent les relations entre le nombre de traitements et respectivement l'évaluation de la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise.

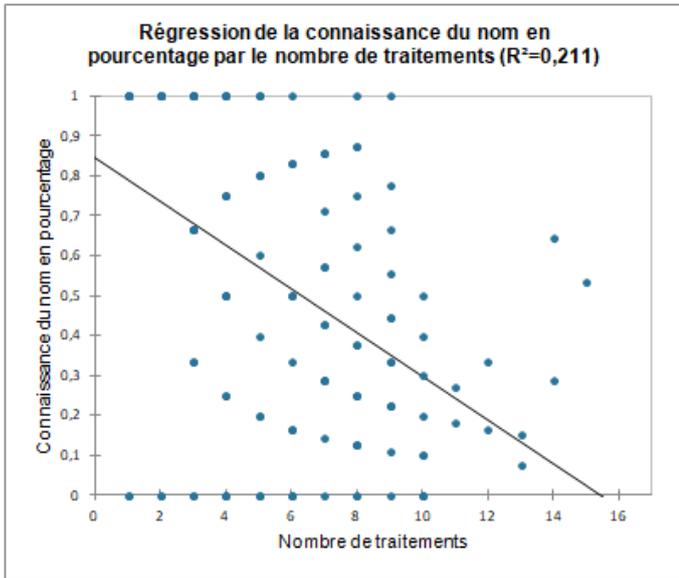


Figure 23 : Relation entre le nombre de traitements et le pourcentage de connaissance du nom

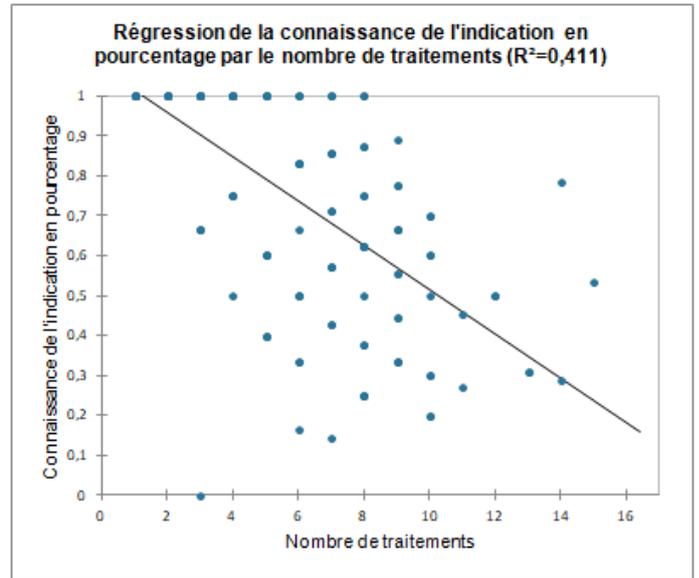


Figure 24 : Relation entre le nombre de traitements et le pourcentage de connaissance de l'indication

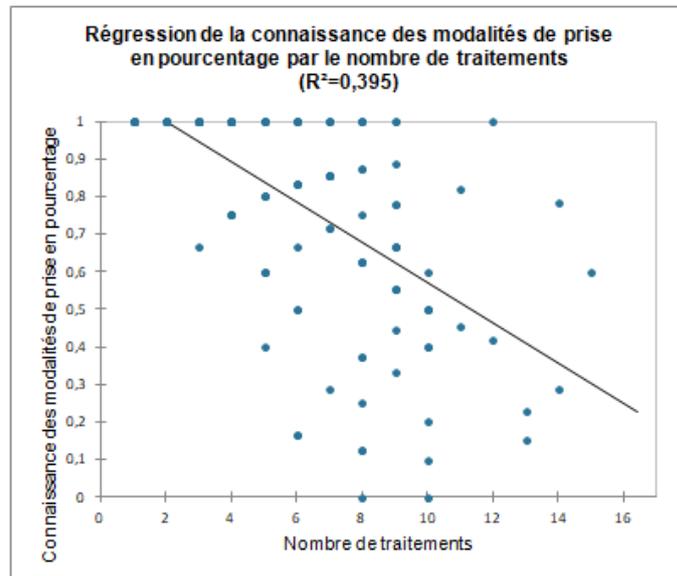


Figure 25 : Relation entre le nombre de traitements et le pourcentage de connaissance des modalités de prise

Il existait un lien significatif entre la présence d'une ALD et :

- La connaissance de l'indication ($p < 0,0001$) avec une moyenne de connaissance plus élevée chez les sujets ne disposant pas d'ALD (87,6%) par rapport aux sujets bénéficiant d'une ALD (66,5%).

- La connaissance des modalités de prise ($p = 0,002$) avec une moyenne de connaissance de 88,3% chez les sujets ne disposant pas d'ALD contre 74,4% chez les sujets bénéficiant d'une ALD.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre la présence d'une ALD et la connaissance du nom ($p = 0,100$).

Concernant la préparation des médicaments, il a été mis en évidence un lien significatif entre les 3 facteurs de connaissance évalués et :

- L'aide d'un tiers pour la préparation des traitements ($p = 0,001$ concernant la connaissance du nom, $p < 0,0001$ de l'indication, $p < 0,0001$ des modalités de prise).

- L'utilisation du pilulier (respectivement $p = 0,003$, $p < 0,0001$, $p = 0,002$).

Il a été constaté une moyenne de connaissance plus faible chez les sujets bénéficiant de l'aide d'un tiers ou utilisant un pilulier comparativement aux sujets prenant leurs traitements sans aide. Les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'une aide sont présentées dans la figure 26.

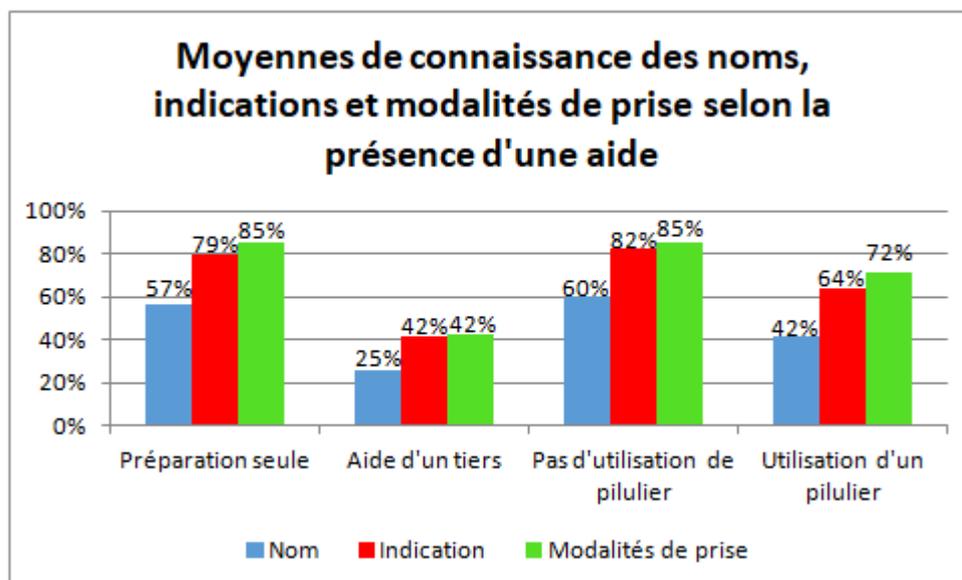


Figure 26 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'une aide

Il existait un lien significatif entre la lecture des notices et la connaissance de l'indication ($p=0,004$) avec une moyenne de 79,6% contre 66,1% chez les sujets ne les lisant pas.

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre la lecture des notices et la connaissance du nom ($p=0,061$) ni des modalités de prise ($p=0,064$).

Concernant le délai de renouvellement de l'ordonnance, l'étude mettait en évidence un lien significatif entre le délai avant renouvellement et :

- La connaissance du nom ($p=0,001$) et de l'indication ($p=0,001$) avec, pour ces 2 facteurs, à l'analyse entre catégories de délai, une différence significative entre les sujets ayant un délai de renouvellement de moins de 3 mois et :

- Les sujets ayant un délai de renouvellement de 12 mois ($p=0,014$ et $p=0,013$).

- Les sujets ayant un délai de renouvellement de 3 à 6 mois ($p=0,004$ et $0,003$).

- La connaissance des modalités de prise ($p=0,025$) sans différence significative retrouvée à l'analyse entre catégories de délai.

Les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon le délai avant renouvellement sont présentées dans la figure 27.

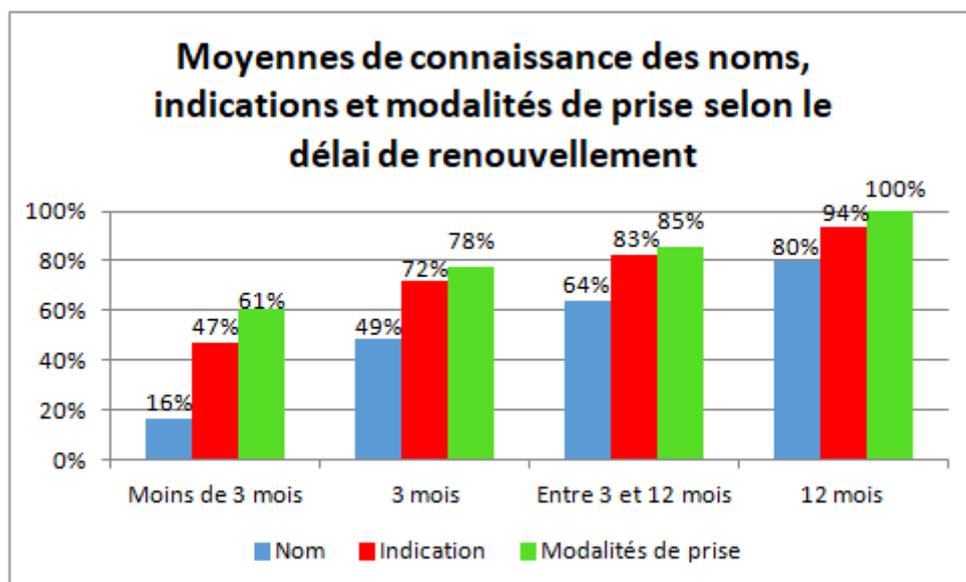


Figure 27 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon le délai de renouvellement

Il existait un lien significatif entre l'auto-appréciation positive des sujets de leur connaissance médicamenteuse et :

- La connaissance du nom ($p < 0,001$) avec une moyenne de connaissance de 61,7% chez les sujets ayant une auto-évaluation positive contre 23,7% chez les autres.
- La connaissance de l'indication ($p < 0,001$) avec une moyenne de connaissance de 81% chez les sujets ayant une auto-évaluation positive contre 54%.
- La connaissance des modalités de prise ($p < 0,001$) avec une moyenne de connaissance de 85,9% chez les sujets ayant une auto-évaluation positive contre 59,6%.

C. Lien avec les explications demandées et reçues

Il existait un lien significatif entre le fait de questionner son médecin traitant concernant les traitements et la connaissance du nom ($p = 0,011$) ainsi que la connaissance de l'indication ($p = 0,005$).

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre le questionnement et la connaissance des modalités de prise ($p = 0,260$).

La figure 28 représente les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence de questions posées au médecin traitant.

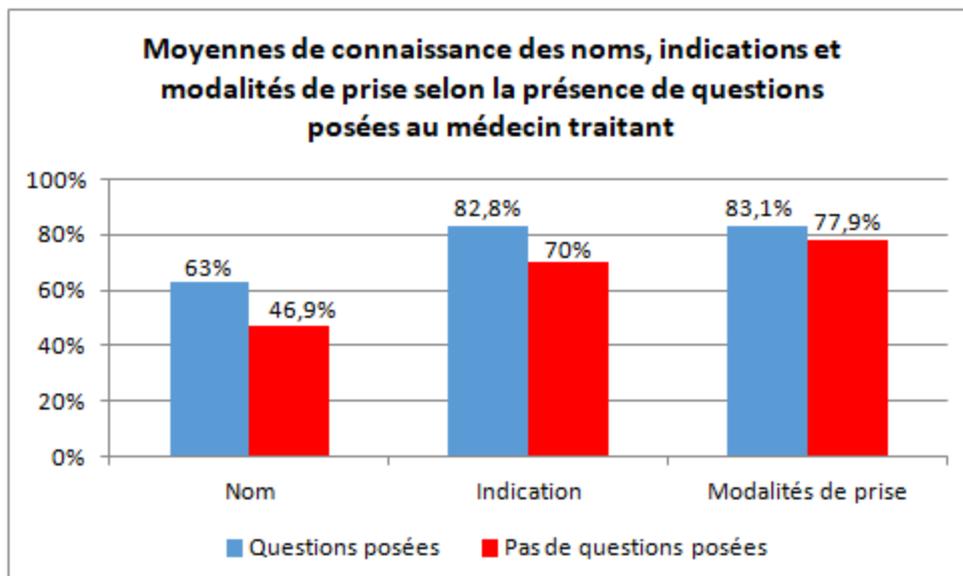


Figure 28 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence de questions posées au médecin traitant

Il existait un lien significatif entre le fait d'avoir reçu des explications du médecin traitant et la connaissance du nom ($p=0,001$), de l'indication ($p<0,001$) et des modalités de prise ($p=0,004$).

Les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'explications du médecin traitant sont présentées figure 29.

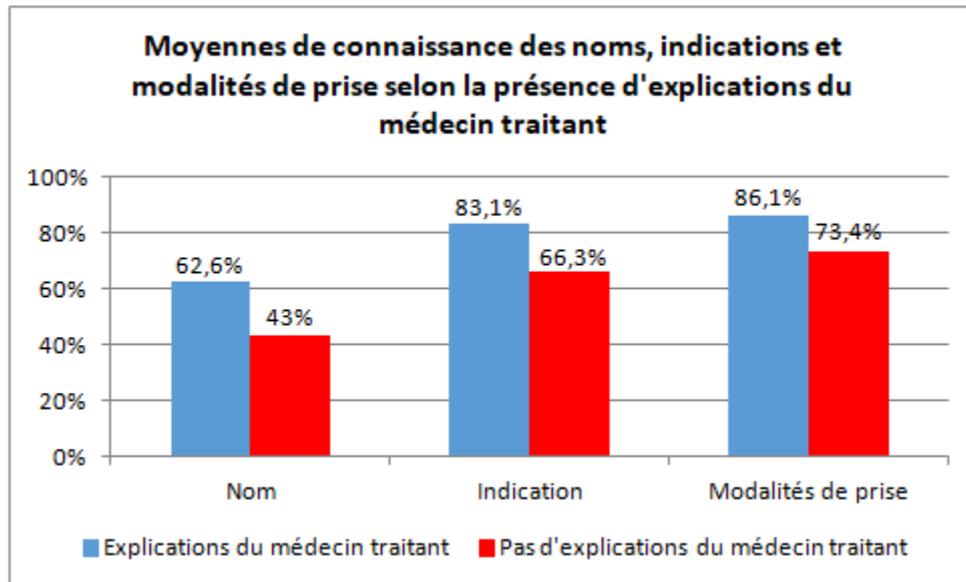


Figure 29 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'explications du médecin traitant

Aussi, l'étude mettait en évidence un lien significatif entre la recherche de renseignements sur les traitements de façon autonome par le patient et la connaissance du nom ($p<0,0001$), de l'indication ($p<0,0001$) et des modalités de prise ($p=0,001$).

Les moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence de recherches en autonomie sont présentées dans la figure 30.

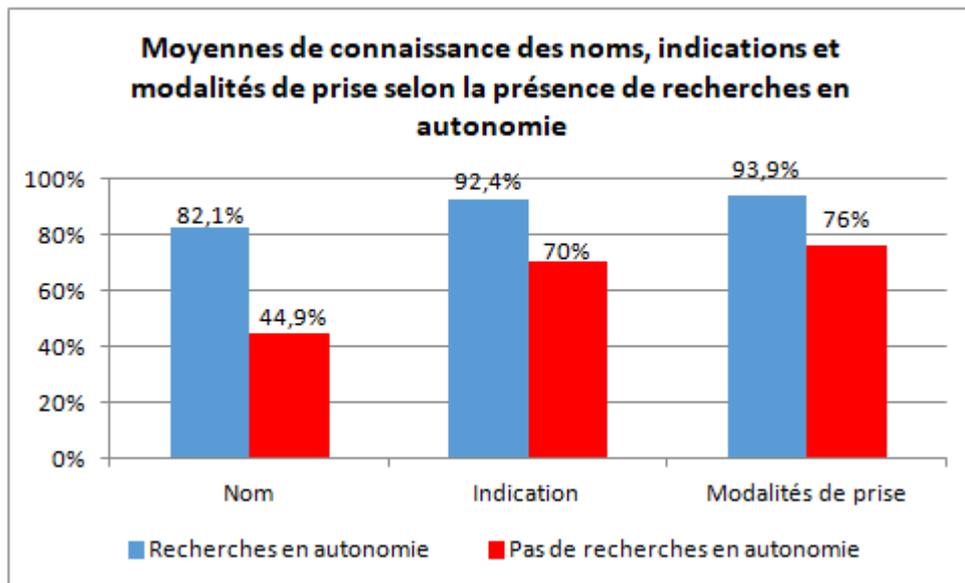


Figure 30 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence de recherches en autonomie

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre les 3 facteurs de connaissance étudiés et les explications reçues par :

- Le pharmacien (respectivement $p=0,089$, $p=0,143$, $p=0,083$).
- Les paramédicaux ($p=0,746$, $p=0,867$ et $p=0,925$).
- Les proches ($p=0,319$, $p=0,050$ et $p=0,322$).

Le fait de n'avoir bénéficié d'aucune explication concernant les traitements influençait de façon significative la connaissance du nom ($p=0,001$), de l'indication ($p=0,001$) et des modalités de prise ($p<0,001$). Avec, pour les 3 facteurs de connaissance étudiés, des moyennes plus faibles par rapport à celles des sujets ayant reçu au moins une explication par l'un des intervenants évoqués, comme démontré dans la figure 31.

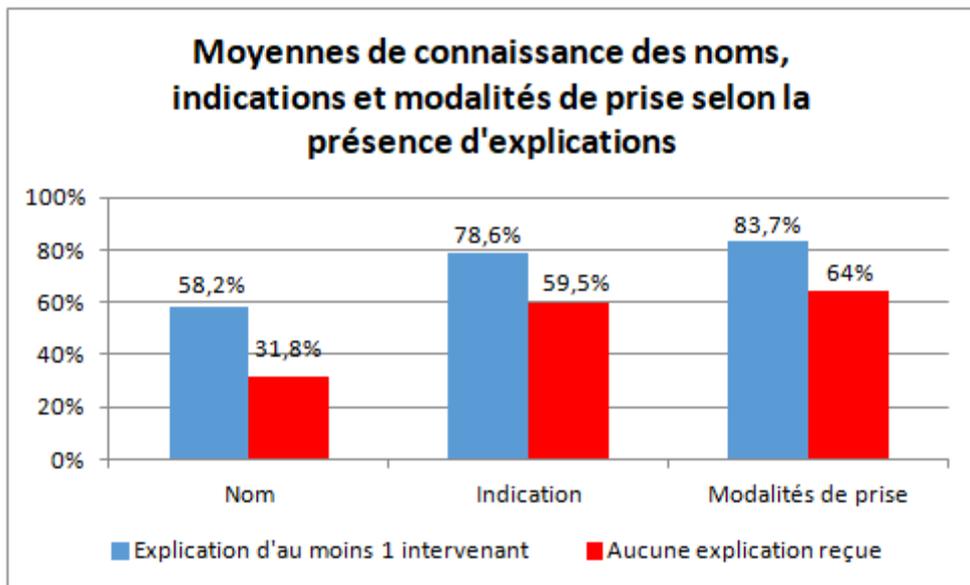


Figure 31 : Moyennes de connaissance des noms, indications et modalités de prise selon la présence d'explications

Il existait une corrélation positive significative entre le nombre d'intervenants expliquant les traitements et la connaissance du nom ($p < 0,0001$), de l'indication ($p < 0,0001$) et des modalités de prise ($p < 0,0001$).

Les figures 32, 33 et 34 représentent les relations entre le nombre d'intervenants dans l'explication du traitement et respectivement l'évaluation de la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise.

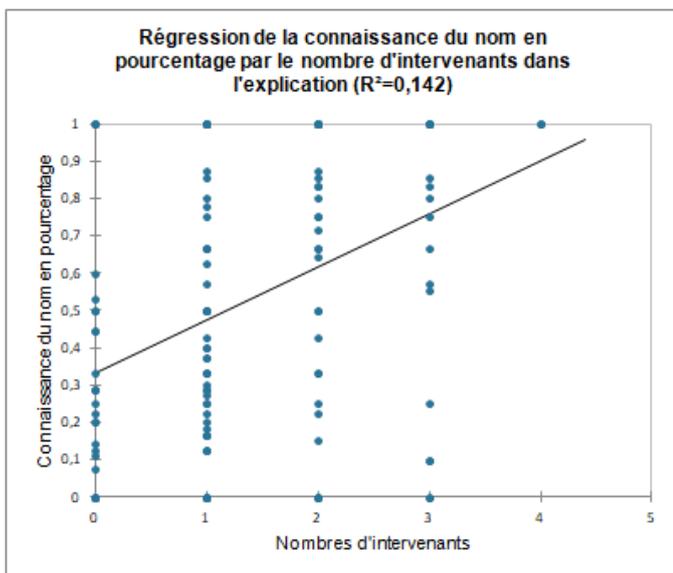


Figure 32 : Relation entre le nombre d'intervenants dans l'explication et le pourcentage de connaissance du nom

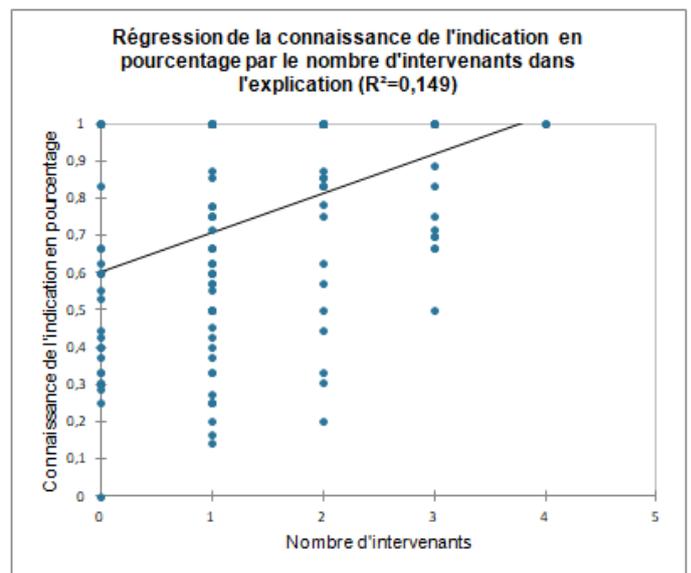


Figure 33 : Relation entre le nombre d'intervenants dans l'explication et le pourcentage de connaissance de l'indication

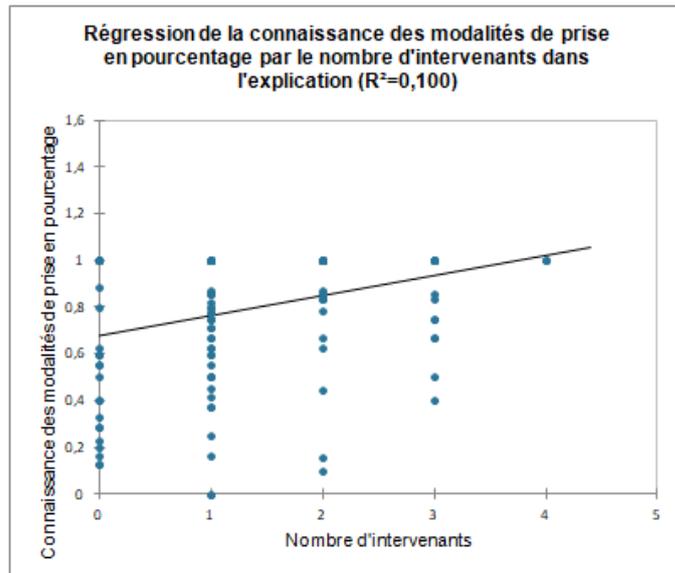


Figure 34 : Relation entre le nombre d'intervenants dans l'explication et le pourcentage de connaissance des modalités de prise

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre le fait de penser avoir reçu suffisamment d'informations sur les traitements et la connaissance du nom ($p=0,983$), de l'indication ($p=0,230$) et des modalités de prise ($0,395$).

DISCUSSION

I. Forces de l'étude

Il existe peu d'études centrées sur les personnes âgées, pourtant considérées comme des sujets à risque de fragilité en lien avec la polypathologie, la polymédication et la iatrogénie.

Cette étude réalisée aux consultations externes de l'hôpital d'Argentan a permis de sélectionner des sujets venant de tout le département de l'Orne et non seulement uniquement du bassin Argentanais, en lien principalement avec un pôle ophtalmologique assez développé et attractif. Ce lieu, contrairement à un cabinet de médecine générale ou une pharmacie, permettait de ne pas sélectionner une seule typologie de population locale. Cette population était donc plus représentative du département de l'Orne.

De même, le fait de ne pas interroger les sujets directement au cabinet de médecine générale ou en pharmacie pouvait leur permettre d'être plus honnêtes et objectifs concernant certaines réponses en lien avec les explications reçues et recherchées par le patient.

Aussi, les sujets consultant aux urgences ou en cours d'hospitalisation n'étaient pas sélectionnés évitant ainsi tout risque d'une potentielle confusion aiguë. De même, afin de ne pas sélectionner un type de pathologie, les personnes consultant au sein des services de spécialités à savoir cardiologique, pneumologique et gastro-entérologique n'étaient pas sélectionnées pour cette étude. Cette stratégie limitant donc un potentiel biais de sélection.

Les questionnaires étaient réalisés avant les consultations permettant d'acquérir les connaissances réelles du patient concernant ses traitements avant tout risque d'éventuelles modifications ou de nouvelles explications du médecin consulté.

Cette étude permettait aussi, sans que cela soit le but initial, après la réalisation du questionnaire, de faire un point sur les traitements prescrits mais aussi de répondre aux interrogations des sujets.

II. Biais de l'étude

Plusieurs biais peuvent être identifiés dans cette étude :

- **Biais de mesure** : en effet, il n'existe pas de « gold-standard » dans l'évaluation de la connaissance des traitements. Nous avons décidé de centrer notre étude sur l'évaluation de la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise des traitements, nous semblant être les données indispensables à connaître du patient. Cependant, notre étude a probablement surestimé la connaissance réelle des médicaments. En effet, concernant d'abord l'indication, nous acceptions comme réponse correcte la pathologie traitée, le mécanisme d'action mais aussi uniquement l'organe cible du médicament. Ensuite, concernant les modalités de prise, les sujets étaient uniquement interrogés sur la périodicité de prise des traitements. Les posologies ou les précautions à prendre concernant la prise n'étaient pas systématiquement demandées.

- **Biais de sélection** : D'une part, nous n'avons pas évalué les fonctions cognitives des sujets interrogés. Les patients ayant des troubles cognitifs marqués étaient exclus de cette étude, repérés le plus souvent par les secrétaires enregistrant le patient à sa consultation ou signalés, s'il y avait, par la personne accompagnante. Ce système n'étant que peu fiable, des personnes ayant des troubles cognitifs ont donc pu probablement être incluses dans cette étude. Il aurait été intéressant de réaliser un mini-mental state (MMS) pour d'une part exclure les sujets avec un MMS trop faible, et d'autre part pour mettre en corrélation celui-ci avec l'évaluation de la connaissance.

D'autre part, le fait de se déplacer à une consultation externe pour un sujet âgé révèle une autonomie conservée. L'interrogatoire aux consultations externes pouvant donc créer une sélection de sujets plus autonomes par rapport à la population gériatrique de cet âge.

Enfin, le recueil de données a été effectué durant l'épidémie de COVID-19, il existe donc un risque potentiel que les patients se rendant tout de même à leur consultation externe dans ce contexte soient moins fragiles et donc moins polypathologiques que certains sujets ayant préféré rester isolés à leur domicile durant cette période, occasionnant donc un biais de sélection.

- **Biais de désirabilité sociale** : Me présentant comme médecin réalisant sa thèse, les sujets pouvaient donc répondre de façon moins objective à certaines questions et prétendre rechercher des informations et questionner leur médecin traitant.

III. Comparaison des résultats de l'étude avec la littérature

A. Concernant les données sociodémographiques

Cette étude centrée sur les personnes âgées retrouvait une majorité de sujets de 75 à 89 ans, contrairement aux données démographiques de l'INSEE de l'Orne et de France comptant une majorité de personnes âgées de 65 à 74 ans (34) (35).

La proportion majoritaire de femmes constatée dans cette étude est retrouvée dans les données de l'INSEE en proportions quasiment identiques.

Les données d'âge et de sexe de cette étude et de l'INSEE de l'Orne et de France sont présentées dans le tableau 2.

	Etude	Orne	France
Hommes	43,4%	43,4%	43,1%
65 - 74 ans	40,9%	55,9%	58,1%
75 - 89 ans	56,1%	39,5%	37,8%
90 ans et plus	3%	4,6%	4,1%
Femmes	56,6%	56,6%	56,9%
65 - 74 ans	41,9%	46,4%	50,1%
75 - 89 ans	50%	44,2%	41,2%
90 ans et plus	8,1%	9,4%	8,6%

Tableau 2 : Répartition des sujets par groupes d'âge et par sexe de l'étude et des données démographiques de l'INSEE de l'Orne et de France

Concernant le mode d'habitat, 37,5% des sujets de l'étude vivaient seuls dont 50% des femmes et 21,2% des hommes. Ces chiffres sont équivalents à ceux du portrait social français de l'INSEE établi en 2019 retrouvant 39,1% de personnes de plus de 65 ans vivant seules dont 51,2% des femmes et 27% des hommes (36).

57,9% des sujets de cette étude vivaient en milieu rural, en accord avec les données de l'INSEE retrouvant une population à 57% rurale dans l'Orne (37).

Concernant l'étude, la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée était à 29% celle des employés puis à 26,3% celle des ouvriers. Cela ne correspond pas au recensement de la population de l'Orne dans les années 1980 (période à laquelle la population de l'étude était active) retrouvant une majorité d'ouvriers qui représentaient 35% de la population active contre 19% d'employés (38).

B. Concernant la connaissance des traitements

La comparaison des résultats aux autres études réalisées sur ce sujet est difficile, les méthodologies étant différentes et il n'existe pas de « gold-standard » dans l'évaluation de la connaissance médicamenteuse. Certaines études ont établi des scores qui leur sont propres rendant donc la comparabilité inter-étude difficile.

1. Connaissance du nom

Concernant le nom, cette étude retrouvait un pourcentage moyen de connaissance à 53%, avec 28,3% des sujets pouvant donner les noms de tous leurs médicaments.

Une étude réalisée par Morel (39) en 2013 évaluant la connaissance des traitements de 150 personnes âgées de plus de 75 ans consultant dans différents cabinets de médecine générale du Nord Pas de Calais retrouvait un pourcentage moyen de connaissance du nom à 43,9%. Cependant il est important de noter que, dans cette étude, les personnes bénéficiant de l'aide d'un tiers étaient exclues, ce qui a probablement surestimé le score de connaissance obtenu, comparativement à notre étude n'ayant pas choisi cette exclusion.

Dans une étude de Fanello (40) en 1998 menée sur 94 patients de plus de 75 ans à leur entrée en hospitalisation en service de médecine polyvalente, 41% de l'ensemble des médicaments prescrits étaient correctement nommés.

Une étude menée par Oudjhani (41) en 2012 sur un effectif de 46 personnes âgées de plus de 70 ans hospitalisées dans le service de soins de suite et réadaptation du Val-de-Marne, 26% d'entre elles pouvaient citer l'intégralité de leurs médicaments.

Des pourcentages de connaissance inférieurs sont retrouvés dans l'étude d'Al Mahdy (42) réalisée en 1989 chez 261 personnes âgées d'au moins 65 ans dans les 12 heures de leur admission en service de gériatrie à Cardiff avec seulement 10% des sujets capables de citer l'ensemble de leurs médicaments.

Les études de Fanello, Oudjhani et tout particulièrement celle d'Al Mahdy pourraient cependant sous estimer ce pourcentage, en lien avec l'hospitalisation des sujets interrogés avec d'une part, un risque de biais de sélection d'une population davantage polypathologique, et d'autre part en lien avec le risque de confusion aiguë qui en découle.

Une étude réalisée par Chung (43) en 2001 évaluant la connaissance des traitements de 77 sujets de plus de 65 ans consultant aux urgences d'Albany, retrouvait un pourcentage moyen de connaissance des médicaments à 78,4% avec 42,8% des patients pouvant citer les noms de l'ensemble de leurs médicaments. Ce taux pouvant probablement être

surestimé car les sujets de cette étude avaient l'autorisation de s'aider de leurs listes ou de leurs boîtes de médicaments.

Malgré des méthodes et des populations hétérogènes, la connaissance des noms des traitements semble donc limitée dans les différentes études concernant les personnes âgées.

2. Connaissance de l'indication

Concernant la connaissance des indications, cette étude retrouvait un score moyen de 74,8% et 44,7% des patients étaient capables de citer l'ensemble des indications de leurs médicaments.

La connaissance de l'indication a probablement été surestimée dans cette étude en lien avec le biais de mesure précédemment expliqué comparativement aux autres études.

Les études de Morel et de Fanello (39) (40) retrouvaient un pourcentage moyen de connaissance de l'indication respectivement à 58,9% et 51%.

Concernant l'étude d'Oudhjani (41), 50% des sujets connaissaient l'indication de l'ensemble de leurs médicaments.

Ce pourcentage était plus faible dans l'étude d'Al Mahdy (42) pour laquelle seulement 1 patient sur 5 pouvait donner une explication satisfaisante sur la raison de la prescription de ses médicaments.

Certaines études avec des méthodologies à risque de surestimation retrouvaient des proportions semblables aux nôtres : L'étude de Chung (43) obtenait un pourcentage moyen de connaissance de l'indication à 83,3% avec 63,3% de sujets capables de citer l'ensemble des indications de leurs médicaments, mais comme précédemment décrit, les sujets pouvaient bénéficier d'aides techniques.

Une étude réalisée par Ivacheff (44) en 2016, sur 55 personnes âgées de plus de 65 ans consultant dans plusieurs cabinets de médecine générale du Var, 72,7% de ces sujets connaissaient l'indication de leurs médicaments. Cependant l'évaluation de la connaissance était réalisée après la consultation avec leur médecin généraliste.

Dans une étude menée par O'Connell (45) évaluant 44 personnes âgées de plus de 60 ans hospitalisées en service de médecine ou de gériatrie du Minnesota, 64% des sujets connaissent au moins 75% de leurs indications médicamenteuses. Ce score est aussi probablement surestimé car un indice pouvait être donné par l'examineur si le sujet ne s'en souvenait pas spontanément.

Malgré une probable surestimation dans cette étude, les sujets âgés semblent avoir une connaissance uniquement globale de l'indication de leurs traitements.

3. Connaissance des modalités de prise

Concernant les modalités de prise, le pourcentage moyen de connaissance était de 79,9% avec 52,6% des sujets capables de donner l'ensemble des modalités de prise de leurs traitements.

Morel observait dans son étude un pourcentage de connaissance de la répartition quotidienne des médicaments de 55,7% (39).

L'étude d'Al Mahdy (42) évaluait que 30% des patients connaissaient correctement la fréquence d'administration de leurs médicaments.

Dans l'étude d'O'Connell (45), 66% des sujets connaissaient la fréquence de prise d'au moins 75% de leurs médicaments.

Une étude réalisée par Cline (46) en 1993 sur 22 personnes âgées d'au moins 70 ans évaluées 30 jours après une hospitalisation pour une insuffisance cardiaque, seulement 36% d'entre elles connaissaient la périodicité et la nécessité ou non d'une prise au cours du repas, et ce malgré une explication sur les traitements reçue à la sortie d'hospitalisation.

La plupart des études réalisées sur ce sujet ont évalué la connaissance de la posologie des médicaments, ce critère nous semblait peu utile et difficile à se remémorer pour les patients. La priorité étant que les patients connaissent au moins les noms et les indications des molécules prescrites afin de pouvoir déceler précocement les effets indésirables potentiels des médicaments mais aussi d'éviter toute iatrogénie induite dans le cas où le patient viendrait à consulter ailleurs sans son ordonnance habituelle.

Nous retrouvons de façon homogène, dans cette étude et les autres, que les patients connaissaient mieux les modalités de prise et les indications comparativement aux noms des traitements chroniques. Les patients semblent préférer avoir une connaissance pratique de leurs traitements.

C. Concernant la connaissance par classes thérapeutiques

La classe thérapeutique la plus prescrite était celle des traitements à visée cardio-vasculaire concernant 87,5% des sujets. La classe la plus connue était celle des anticoagulants-antiagrégants, suivi des traitements à visée endocrinologique, cardio-vasculaire et des antalgiques. Les classes les moins connues étaient celles des médicaments à visée urologique et gastro-entérologique.

Concernant les différentes études, les médicaments à visée cardio-vasculaire étaient en effet les traitements les plus souvent prescrits (83% des sujets dans l'étude de Morel, 93% pour Oudjhani, 60% pour Santin). Pour autant, ce ne sont pas les plus connus, les médicaments les mieux retenus par les patients étaient les antalgiques ainsi que les anticoagulants-antiagrégants.

Concernant les traitements les moins connus, les résultats des autres études étaient hétérogènes : il s'agissait des traitements à visée endocrinologique pour Bouvy et Morel, gastro-entérologique concernant Oudhanji et enfin dans l'étude de Fanello des psychotropes.

Cependant, concernant les médicaments à visée endocrinologique, ils semblent être sous-représentés dans notre étude, prescrits seulement chez 25% des sujets contre 64% dans l'étude de Morel, 45% dans celle d'Oudjhani et il s'agissait du traitement le secondairement plus prescrit dans l'étude de Bouvy (39) (40) (41) (47) (48).

D. Concernant les facteurs influençant la connaissance

1. Données sociodémographiques

Notre étude retrouvait une corrélation négative significative entre l'âge et la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise des traitements. Ce lien était également mis en évidence dans les études de Morel et Al Mahdy (39) (42). Une étude réalisée par Bouvy (47) en 2012 évaluant la connaissance de 200 sujets âgées de plus de 65 ans le jour de leur sortie d'hospitalisation de médecine gériatrique aiguë du CHU de Rouen, constatait de même une corrélation négative entre l'âge des sujets et le score de connaissance des traitements établis de façon empirique regroupant le nom, la posologie, les indications, les modalités de prise et la durée du traitement.

Certaines études sur les personnes âgées ne retrouvaient pas cette corrélation, comme les études de Fanello, Chung et Ivacheff (40) (43) (44) mais réalisées sur des effectifs plus

restreints avec respectivement 94, 77 et 55 sujets avec donc une puissance statistique probablement insuffisante, comparativement aux études précédemment citées comptant plus de 150 sujets chacune.

Il existe donc probablement un lien statistique entre l'avancée en âge et la connaissance des traitements.

L'étude présente mettait en évidence un lien significatif entre la connaissance des traitements et la catégorie socioprofessionnelle avec, à l'analyse par catégories, une différence significative entre les cadres et professions intellectuelles supérieures et d'une part les employés concernant la connaissance du nom, et d'autre part les ouvriers concernant la connaissance du nom et de l'indication.

Il a été décidé dans notre étude d'évaluer la catégorie socioprofessionnelle plutôt que les revenus, les sujets pouvant être réticents aux questions financières considérées comme personnelles. De même, nous avons préféré ne pas baser notre raisonnement sur le niveau d'étude, les personnes de cette génération pouvant obtenir des postes qualifiés sans pour autant disposer du diplôme nécessaire.

Peu d'études ont évalué ce facteur : Al Mahdy observait aussi un lien significatif entre la classe sociale et la connaissance du nom des médicaments (42). Au contraire, l'étude d'Ivacheff ne mettait pas en évidence de lien significatif entre la catégorie socioprofessionnelle ainsi que le niveau d'étude des sujets et la connaissance des médicaments (44). Cependant ce travail a été réalisé au sein de cabinets de médecine générale pour la plupart non conventionnés, entraînant alors une surreprésentation des cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprise.

Il n'a pas été démontré dans notre étude que le sexe avait une influence sur la connaissance, ce qui est en accord avec les autres études réalisées sur ce sujet (42) (44) (47) (49). Seule une étude menée par Akici (50) en 1999, chez 1618 patients âgés de 12 à 90 ans consultant aux différents centres de soins de la ville d'Istanbul, mettait en évidence un lien significatif entre le sexe masculin et la moindre connaissance des noms des traitements. Il est cependant important de noter qu'en Turquie ce sont les femmes qui portent la responsabilité de la santé de leur famille.

Cette étude n'observait pas de différence significative entre le mode d'habitat et la connaissance du traitement. Seule une étude réalisée par Bizouard (49) concernant 200 sujets majeurs interrogés dans plusieurs pharmacies de Savoie, mettait en évidence un lien significatif entre l'habitat urbain et une plus faible connaissance médicamenteuse.

2. Données liées aux traitements

Le nombre moyen de traitements chroniques par sujets était de 5,8. Notre étude mettait en évidence une corrélation significative entre l'augmentation du nombre de traitements et la diminution de la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise.

Les autres études françaises centrées sur les personnes âgées constataient des moyennes de traitements par patient supérieures à celle de notre étude : 6,19 dans l'étude de Morel, 6 dans celle d'Oudjhani et 7,1 pour Bouvy, (39) (41) (47) . Dans une étude réalisée par François (51) en 2015 sur 160 sujets majeurs consultant dans 5 cabinets de médecine générale de la Somme, le nombre moyen de traitements chroniques des patients de plus de 60 ans était de 6,2.

Cette moyenne plus faible de traitements chroniques retrouvée dans notre étude peut être expliquée par le biais de sélection précédemment cité, en lien avec un recrutement de patients plus autonomes et moins polypathologiques, comparativement aux autres études sur ce sujet.

Néanmoins, la plupart des études sur les personnes âgées ainsi que sur la population générale s'accordent concernant la relation significative entre polymédication et diminution de la connaissance (39) (42) (43) (47) (49) (51).

Concernant la préparation des médicaments, il ressortait dans notre étude que les sujets bénéficiant de l'aide d'un tiers pour la préparation des médicaments ou utilisant un pilulier avaient de façon significative une connaissance inférieure des noms, indications et modalités de prise de leurs traitements.

De même, François observait dans son étude que les patients aidés pour la préparation du traitement et utilisant un pilulier avaient de façon significative plus fréquemment une mauvaise connaissance de leur traitement (51).

D'autres études sur la population générale et non seulement gériatrique constataient, de façon symétrique à la nôtre, un lien significatif entre la gestion autonome et une meilleure connaissance du traitement de fond. Santin (48), dans son étude portant sur 175 patients majeurs hospitalisés au service porte des urgences, ainsi que Peugeot-Mortier (52), évaluant 386 patients majeurs consultant aux urgences de Besançon, mettaient en évidence ce lien significatif entre autonomie conservée et meilleure connaissance des thérapeutiques. Fanello observait aussi de façon significative un meilleur niveau de connaissance chez les patients ayant une gestion autonome de leurs traitements sans pour autant constater un lien significatif entre connaissance et utilisation du pilulier.

La gestion autonome du traitement est cependant liée au niveau cognitif du patient (53). Il aurait été intéressant, dans cette étude, d'évaluer les fonctions cognitives des sujets interrogés, car prouvées comme influençant de façon significative la connaissance médicamenteuse dans d'autres études (40) (42) (47).

Notre étude mettait en évidence un lien significatif entre l'absence d'ALD et une meilleure connaissance de l'indication et des modalités de prise. Ce critère n'a pas été étudié dans les autres travaux sur ce sujet. Ivacheff évaluait l'impact de la couverture médicale mais n'observait pas de lien significatif avec la connaissance des médicaments (44).

Aussi, il existait un lien significatif entre le délai avant renouvellement de l'ordonnance et la connaissance du nom et de l'indication. Les sujets ayant un délai de renouvellement de moins de 3 mois connaissaient moins leurs traitements comparativement à ceux ayant un délai de renouvellement de 3 à 6 mois et de 12 mois. Ce facteur n'a aussi été étudié que par Benjamin (54), évaluant dans son étude les connaissances des traitements anti-diabétiques de 120 sujets. Il ne constatait pas de différence significative entre le délai de renouvellement et la connaissance.

Il est possible qu'il existe dans notre étude un facteur de confusion concernant les critères ALD et délai de renouvellement et l'évaluation de la connaissance. Les patients n'ayant pas d'ALD et ayant un délai de renouvellement long étaient plus jeunes et avaient moins de traitements.

3. Explications demandées et reçues

Notre étude constatait un lien significatif entre la recherche d'informations complémentaires par les sujets et la connaissance. En effet, les sujets lisant les notices, posant des questions, ou effectuant des recherches en autonomie sur leurs traitements avaient un pourcentage de connaissance plus élevé.

Dans notre étude, 64,5% des sujets déclaraient lire les notices de leurs traitements, la lecture était corrélée de façon significative à une meilleure connaissance de l'indication. Morel et François obtenaient respectivement un pourcentage de lecture de la notice de 74% et 59,4%, il s'agissait d'un facteur améliorant significativement la connaissance du traitement (39) (51).

37,5% des sujets posaient des questions à leur médecin concernant les traitements, il s'agissait d'un facteur ayant un impact positif sur la connaissance du nom et de l'indication. Ce critère n'a été étudié que par Patris-Vandesteene (55), dans son étude, sur 200 patients

consultant en externe dans un CHU parisien, 59% déclaraient avoir posé des questions au médecin et cette attitude était significativement liée à un meilleur score de connaissance. La recherche d'information sur les médicaments en autonomie était pratiquée par 21,7% des sujets, il s'agissait d'un facteur permettant une meilleure connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise. Aucun autre travail n'a évalué l'impact de la recherche en autonomie sur la connaissance médicamenteuse. Dans un rapport publié en 2007, la HAS évaluait qu'un patient sur 5 a déjà cherché de l'information en santé sur internet et que ces patients estimaient que cela leur permettait de mieux comprendre leur maladie, leurs traitements et à mieux participer à la prise de décision concernant leur santé (56).

A l'auto-appréciation de la connaissance médicamenteuse, 77% déclaraient connaître leurs traitements. Cette autoévaluation positive était significativement liée à une meilleure connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise des traitements.

Morel et Bouvy retrouvaient respectivement dans leur étude 86,7% et 67,5% d'autoévaluation positive, avec une moyenne de connaissance significativement plus élevée chez ces sujets.

Concernant les explications reçues par les différents professionnels de santé, le médecin traitant était la première source d'explication, cité par 50,7% des sujets. Il influençait de façon significative la connaissance du nom, de l'indication et des modalités de prise des traitements. Les autres professionnels de santé, indépendamment, ne semblaient pas améliorer de façon significative la connaissance. Il existait cependant une corrélation positive entre le nombre d'intervenants expliquant les traitements et la connaissance.

Le médecin traitant restait la première source d'informations dans les différentes études sur ce sujet (51) (54) (57) (58). Seul Akici évaluait son influence par rapport à la connaissance médicamenteuse, constatant que les explications du médecin traitant et le fait de faire répéter aux patients les instructions sur les médicaments ne semblaient pas en améliorer la connaissance des sujets (50).

19,7% ont déclaré n'avoir reçu aucune explication concernant leurs traitements, ces sujets avaient de façon significative un pourcentage de connaissance inférieur concernant les 3 paramètres étudiés. 14,5% des sujets auraient souhaité bénéficier d'informations complémentaires concernant leurs traitements.

Des pourcentages hétérogènes concernant la volonté d'informations supplémentaires sont retrouvés dans les différentes études : 25% des sujets dans l'étude de François, 43,3% concernant l'étude de Benjamin et 87% dans l'étude de Dhôte évaluant la connaissance de

91 sujets majeurs hospitalisés en service de médecine et de chirurgie à l'hôpital Cochin (54) (58). Cependant les méthodologies et les populations évaluées de ces études diffèrent par rapport à la nôtre. Seul François établissait que les patients n'ayant pas reçu suffisamment d'informations avaient de façon significative une plus mauvaise connaissance du traitement (51).

IV. Pistes d'amélioration

Cette étude met en évidence que la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs traitements est insuffisante et qu'il existe des facteurs influençant cette connaissance. Certains facteurs ne sont pas modifiables tels l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle mais d'autres facteurs pourraient être améliorés comme le nombre de traitements ou les explications.

A. Rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste a un rôle central dans la prise en charge des personnes âgées. Il est en effet l'un des rares professionnels de santé à disposer d'une vision globale du patient. Il était cité comme première source d'informations dans notre étude et influençait le niveau de connaissance des patients.

1. La consultation de renouvellement

La consultation de renouvellement de traitement ne doit pas être mésestimée. Au contraire, il s'agit d'une consultation spécifique de la médecine générale permettant de faire un point sur les pathologies du patient, ses traitements, sa compréhension et son observance.

Une étude centrée sur les médecins généralistes mettait en évidence qu'ils avaient le ressenti que l'objectif, pour le patient, d'une consultation de renouvellement n'était que l'obtention de l'ordonnance (59). Alors qu'au contraire, différents travaux centrés sur les patients constataient qu'ils en attendaient plutôt des informations, une réévaluation de leurs traitements ainsi qu'une relation de confiance réciproque (60) (61). D'autant plus qu'une

bonne relation médecin-patient agit favorablement sur le résultat thérapeutique par d'une part une meilleure observance et d'autre part grâce à son effet placebo (62).

Le manque de disponibilité et d'adaptabilité du médecin généraliste étaient d'ailleurs cités en priorité à la question qualitative concernant les freins à l'information.

2. L'information du patient

L'information et le dialogue sont des éléments clés de la relation médecin-patient. Des recommandations ont été établies par la HAS à ce sujet permettant d'aider le médecin dans cette démarche (63). Le médecin se doit en effet d'informer, de façon compréhensible et appropriée, le patient concernant son état de santé et les soins qu'il lui propose. Cette information doit être réitérée à chaque fois que cela est nécessaire. L'information doit faire l'objet d'une évaluation, il est en effet nécessaire que le médecin généraliste ouvre la possibilité au patient de poser des questions durant la consultation. Cette étude mettait d'ailleurs en évidence que les patients posant des questions avaient de meilleures connaissances.

De même, il pourrait être utile aux médecins traitant d'interroger les patients concernant leur ressenti sur leurs connaissances, il a en effet été démontré dans ce travail que les patients ayant une auto-appréciation négative connaissaient moins bien leurs traitements. Une simple question concernant ce que le patient pense de ses connaissances permettrait donc de sélectionner les sujets pour lesquels l'information médicale doit être renforcée.

3. La polymédication

Enfin, cette étude constatait les effets de la polymédication sur la diminution de la connaissance de l'ordonnance. Bien que difficile chez la personne âgée polyopathologique, la limitation du nombre de traitements chroniques est un enjeu crucial. Plusieurs outils centrés sur la personne âgée sont à disposition des médecins généralistes afin d'optimiser la prescription médicale :

- Le Stopp & Start est un outil de détection de prescription médicamenteuse potentiellement inappropriée ciblant les médicaments les plus courants en gériatrie. Il propose une liste de critères permettant d'une part de détecter les principaux effets indésirables, interactions médicamenteuses ou risques en lien avec les comorbidités du

patient. Et d'autre part, la détection des omissions de prescriptions considérées pourtant comme appropriées et nécessaires chez un sujet âgé (64).

- Le PMSA (prescription médicamenteuse chez la personne âgée) mis au point par la HAS, permet de formaliser le raisonnement clinique chez les personnes âgées polypathologiques en utilisant des arbres décisionnels. Ces arbres permettent une analyse des différentes pathologies : leurs priorisations et les bénéfices attendus de leur traitement, au regard de l'analyse de l'ordonnance avec l'évaluation pour chaque traitement du service médical rendu et de sa balance bénéfique/risque chez le sujet en question (65).

B. Rôles des autres professionnels de santé

1. Rôle du pharmacien

Le pharmacien était, dans cette étude, le deuxième acteur cité dans l'explication des médicaments. Le pharmacien contribue au parcours de soins du patient, grâce à son rôle bien défini par le code de santé publique de dispensation des traitements, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement du patient (66).

Le pharmacien d'officine dispose de plusieurs atouts afin d'assurer l'éducation du patient : de par sa proximité géographique, sa connaissance globale du patient, le plus souvent fidèle à sa pharmacie, mais aussi via le bilan partagé de médication.

Ce bilan de médication mis en place en 2018, cible les patients prenant au moins 5 médicaments chroniques, ayant soit au moins 65 ans et une ALD soit au moins 75 ans. Après un entretien de recueil d'informations auprès du patient, le pharmacien réalise une analyse des différentes thérapeutiques au regard des comorbidités du sujets et des potentiels effets secondaires et interactions médicamenteuses. A la suite de cette analyse, une décision pluridisciplinaire est prise avec le médecin généraliste afin d'adapter certains traitements ou de mettre en place des aides afin de favoriser l'observance. Ce plan d'action médicamenteux est présenté au patient lors d'un entretien conseil. Un nouvel entretien de suivi d'observance est réalisé l'année suivante (67). Peu d'études officielles sont parues sur la mise en place de ces bilans. Une thèse réalisée aux facultés de pharmacie d'Amiens et de Bordeaux constatait que seules 22% des pharmacies avaient commencé à réaliser des bilans de médication, mais que pour autant les pharmaciens trouvaient que ce bilan avait sa place dans les nouvelles missions de l'officine et se disaient majoritairement prêts à en réaliser (68).

2. Rôles des infirmiers

Les infirmiers libéraux, bien que peu évoqués par les participants de cette étude, ont pourtant un rôle déterminant concernant les thérapeutiques des patients. De par leur proximité et leur place privilégiée dans l'intimité du domicile, ils sont bien souvent les premiers interlocuteurs des patients. Ils assurent l'éducation, l'observance et la surveillance en lien avec les traitements prescrits. Ils sont une étape clé du circuit du médicament établi par la HAS (69).

C. Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (70).

Concernant la personne âgée polypathologique, l'éducation thérapeutique ne peut être l'addition de programmes correspondant à chaque maladie. Une évaluation individuelle des besoins éducatifs ainsi que des capacités de la personne est nécessaire afin de pouvoir hiérarchiser les objectifs thérapeutiques et ainsi obtenir un juste équilibre entre les priorités de la personne, des soignants et le maintien de la qualité de vie (71).

Cependant, la plupart des programmes d'éducation thérapeutique sont centrés sur une seule pathologie. Seul l'essai OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs) est dédié aux personnes âgées polypathologiques (72). Il s'agit d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé, dans lequel le patient est en même temps élaborateur et acteur du plan de soins. Il est centré sur la compréhension de leurs propres maladies et de leurs symptômes, ainsi que sur la reconnaissance et la gestion des situations à risque et des signes d'alerte de déstabilisation des différentes pathologies. Cet essai a été prouvé comme diminuant les réhospitalisations précoces.

Ce programme d'éducation thérapeutique est maintenant inclus parmi les outils du dispositif PAERPA : personnes âgées à risque de perte d'autonomie (73).

Concernant le bassin Argentanais, il n'existe que peu de programmes d'éducation thérapeutique avec des ateliers centrés uniquement sur un type de pathologies (diabète, obésité et maladie cardio-vasculaire). Cet outil pourrait donc être développé dans la région Orne.

Il aurait été intéressant dans cette étude d'évaluer combien de sujets avaient bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique ainsi que son impact sur la connaissance des médicaments.

D. Carte de traitement

Concernant la délivrance de l'information au patient la HAS recommande, en complément de l'information orale, l'usage de documents écrits à remettre au patient leur permettant de s'y reporter à tout moment ou d'en discuter avec toute personne de leur choix (63).

La carte de traitement est un document sous forme de tableau listant les différents médicaments du patient, leurs indications, posologies et fréquences de prise ainsi que les précautions à prendre et les potentiels effets secondaires. Il s'agit d'un dispositif au format poche pouvant être placé dans un portefeuille, consultable au besoin par le patient et pouvant être présenté aux différents professionnels de santé consultés.

Son utilisation a été évaluée dans deux études où la remise d'une carte de traitement individuelle en sortie d'hospitalisation permettait d'améliorer de façon significative la connaissance et l'observance des patients de leurs traitements (74) (75). Il est tout de même important de noter que dans ces deux études, les sujets inclus bénéficiaient, en plus de la remise de la carte de traitement, d'un entretien individuel centré sur les médicaments et leur usage pouvant s'apparenter à de l'éducation thérapeutique.

Ce dispositif pourrait bénéficier d'études complémentaires évaluant son utilisation réelle par les patients ainsi que son impact sur l'amélioration de la connaissance et de l'observance médicamenteuse.

E. Utilisation de pictogrammes

La notice était, dans cette étude, lue par presque deux-tiers des sujets, sa lecture influençait de façon significative la connaissance de l'indication des traitements.

Sa lecture pourrait être incitée par les médecins généralistes, il s'agit en effet d'un support complémentaires d'informations pour les patients.

Aussi, l'utilisation de pictogrammes sur la notice voire sur la boîte pourrait être une piste d'amélioration.

En effet, une étude réalisée par Kriplani (76) aux Etats-Unis, mettait en évidence que l'utilisation de pictogrammes simples représentant les différentes maladies ainsi que les moments de prises des traitements était bénéfique chez les patients ayant des troubles cognitifs débutants ou avec un faible niveau d'éducation. Sans qu'il y ait d'évaluation par rapport à l'amélioration du niveau de connaissance ou d'observance, les sujets interrogés expliquaient vérifier fréquemment les différents pictogrammes et 94% trouvaient cela utile pour se rappeler des différentes informations thérapeutiques.

Une étude française (77) évaluant l'utilisation d'une ordonnance visuelle basée sur les pictogrammes chez les sujets avec un faible niveau de littératie en santé observait que près de la moitié des sujets trouvaient que cet outil pouvait leur être utile.

Même si son utilisation actuelle est plutôt centrée sur les sujets à faible niveau éducatif, il serait intéressant d'évaluer l'utilisation de pictogrammes dans une étude complémentaire centrée sur les personnes âgées.

CONCLUSION

Cette étude a permis de constater que les connaissances qu'avaient les patients de leurs traitements étaient insuffisantes : tout au plus la moitié des sujets était capable de citer dans sa globalité les noms (28,3%), les indications (44,7%) et les modalités de prise (52,6%) de leurs traitements. Seulement un quart de la population pouvait citer l'ensemble des données de leurs traitements chroniques.

Plusieurs facteurs influençaient le niveau de connaissance. Certains ne sont pas modifiables tels l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, l'autonomie. Mais d'autres peuvent être améliorés comme la polymédication ainsi que l'information au patient.

Le médecin généraliste, cité comme première source d'information, de part sa vision globale de la personne âgée, dispose d'un rôle central concernant l'amélioration de la connaissance médicamenteuse des patients. Les consultations de renouvellement, spécifiques à la médecine générale, sont essentielles afin d'informer et d'éduquer de façon appropriée le patient par rapport à ses maladies et leurs traitements. Elles permettent aussi de réévaluer l'ordonnance afin de limiter au possible la polymédication.

Les autres professionnels de santé tels les pharmaciens et infirmiers sont de même des étapes clés dans le parcours de soins du patient.

Aussi, les programmes d'éducation thérapeutique pourraient être davantage proposés et développés, en plaçant le sujet au centre de la réflexion plutôt que sa pathologie.

Certains d'outils tels la carte de traitement ou l'utilisation de pictogrammes pourraient bénéficier d'études complémentaires car sembleraient améliorer la connaissance et l'observance des sujets.

La connaissance des traitements nécessite d'être améliorée car il s'agit d'un facteur de bonne observance, permettant aussi d'éviter certains accidents iatrogènes plus fréquents et plus graves chez les sujets âgés.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. 3^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson ; 2014. 280 p.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé : Vieillesse. [En ligne]. 2002 [Cité le 14 avril 2021]. Disponible: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>.
3. HAS. Prescrire chez le sujet âgé. [En ligne]. 2006. [Cité le 16 juillet 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf
4. INSEE. Population par âge. Tableaux de l'économie française. [En ligne]. 2018. [Cité le 14 avril 2021]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
5. INSEE. France, portrait social. Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. [En ligne]. 2019. [Cité le 14 avril 2021]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>
6. INSEE. Projections de population à l'horizon 2070. [En ligne]. 2016. [Cité le 15 avril 2021] Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#consulter>
7. Ourabah R, Gonthier R, De Bourguignon C, Jaury P, Larangot-Rouffet C, Bréart G. Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste. Paris : Académie Nationale de Médecine ; 2018. 11 p.
8. Assurance Maladie. Définition de l'ALD. Qu'est ce qu'une affection longue durée ?. [En ligne]. 2021. [Cité le 15 avril 2021]. Disponible: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
9. Assurance Maladie. Rapport annuel sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. 2018. 262 p.
10. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. [En ligne]. 2015. [Cité le 15 avril 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf.
11. OCDE. Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE. Paris : Editions OCDE. 2019. 65 p.
12. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?. [En ligne]. 2014. [Cité le 17 avril 2021]. Disponible: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/note_methodo_fpcs_prescription_web_2014-10-27_11-55-59_934.pdf.

13. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux [En ligne]. Paris : IRDES ; 2014. 8 p. Disponible: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
14. Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques [En ligne]. Paris : IRDES ; 2015. 8 p. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/213-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.pdf>
15. Société française de gériatrie et gérontologie. Congrès (n°33;2013;Paris). Journées annuelles de la société française de gériatrie et gérontologie. Paris : Springer ; 2013. 210 p.
16. Organisation Mondiale de la Santé. International Drug Monitoring: the Role of National Centres [En ligne]. WHO ; 1972. 48 p. Disponible: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40968>
17. Bégaud B, Martin K, Fourrier A, Haramburu F. Does age increase the risk of adverse drug reactions? *Br J Clin Pharmacol*. 2002;54(5):550-552.
18. Gurwitz J, Field T, Harrold L, Rothschild J, Debellis K, Seger A, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA*. 2003;289(9):1107-16.
19. Doucet J, Queneau P. Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés. *Bull. Acad. Natle Méd*. 2005;189(8) :1693-1706.
20. Atkin PA, Veitch PC, Veitch EM, Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drug reactions among the elderly. *Drugs Aging*. 1999;14(2):141-52.
21. Burger A, Mecili M, Vogel T, Andrès E. Médicaments et classes thérapeutiques à risque iatrogène : études de données françaises et américaines. *Médecine thérapeutique*. 2012;17(4):283-293.
22. Doucet J, Jegou A, Noel D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A, et al. Preventable and Non-Preventable Risk Factors for Adverse Drug Events Related to Hospital Admission in the Elderly. *Clin Drug Invest*. 2002 ;22(6).
23. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru Sonnet R. Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes (étude EVISA). Bordeaux : DRASS ; 2009. 81 p.
24. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé [En ligne]. Paris : HAS ; 2005. 16 p. Disponible: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.p

df 2005;16.

25. Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance. Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique [En ligne]. 2019 [Cité le 21 avril 2021]. Disponible: <https://www.rfcrpv.fr/risques-lies-a-mauvaise-observance-therapeutique/>
26. Burkhart PV, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):207.
27. Vidaillet Lacaille S. Observance des traitements médicamenteux: étude dans une population de sujets très âgés hospitalisés [Thèse d'exercice]. Paris, France : Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière; 2002.
28. Hughes CM. Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem? *Drugs Aging.* 2004;21(12):793-811.
29. Frances Yap A, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics.* 2016;7(2):64-67.
30. Organisation Mondiale de la Santé. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [En ligne]. 2003 [Cité le 21 avril 2021]. Disponible: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
31. Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine Longévité.* 2012;4(3):111-122.
32. INSEE. Les zonages d'étude de l'INSEE. Montrouge : INSEE ; 2015. 100 p.
33. INSEE DARES. Nomenclature Des Professions et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés d'Entreprise PCS-ESE. Montrouge : INSEE ; 2003. 235 p.
34. INSEE. Dossier complet : Département de l'Orne (61) [En ligne]. 2021 [cité 16 juillet 2021]. Disponible: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-61#tableau-POP_G2
35. INSEE. Population par âge. Tableaux de l'économie française [En ligne]. 2020 [cité 16 juill 2021]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#tableau-figure1>
36. INSEE. France, portrait social. Montrouge : INSEE. 2019. 292 p.
37. INSEE. Orne : moins de citadins, plus de ruraux. Caen : INSEE ; 2012. 2 p.
38. INSEE. Structure de la population active de 25 à 54 ans selon la catégorie socioprofessionnelle, selon le niveau de diplôme, selon le sexe ou le secteur d'activité (1968 à 2017) [En ligne]. 2020 [cité 27 juillet 2021]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893185>
39. Morel A. Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université Lille 2 Droit et Santé; 2014.
40. Fanello S, Dutartre N, Jousset N, Delbos V, Girault C. Les personnes âgées et leurs

médicaments : niveau de connaissance et influence du séjour hospitalier. La revue de gériatrie. 2000;25 :161-167.

41. Oudjhani M, Foison O, Astier A. Est-ce que les sujets âgés connaissent leurs traitements ? J Pharm Clin. 2012;31(2):113-119.
42. Al Mahdy H, Seymour DG. How much can elderly patients tell us about their medications? Postgrad Med J.1990;66(772):116-121.
43. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. 2002;39(6):605-8.
44. Ivacheff B. Évaluation de la compréhension de l'ordonnance par la personne âgée de plus de 65 ans non dépendante, à la sortie d'une consultation pour une pathologie aiguë en médecine générale: à propos de 55 consultations chez des patients varois [Thèse d'exercice]. Nice, France : Université Nice Sophia Antipolis; 2016.
45. O'Connell MB, Johnson JF. Evaluation of Medication Knowledge in Elderly Patients. Ann Pharmacother. 1992;26(7-8):919-21.
46. Cline CMJ, Björck-Linné AK, Israelsson BY, Willenheimer RB, Erhardt LR. Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. Eur J Heart Fail. 1999;1(2):145-9.
47. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés: étude prospective chez 200 patients [Thèse d'exercice]. Rouen, France : UNIROUEN; 2012.
48. Santin A, Laloge E, Hervé J, Mangin H, Debacker M, Lemiale V, et al. Evaluation aux urgences de la connaissance par les patients de leur traitement. J Eur Urgences. 2004;17(HS1):76-78.
49. Bizouard F. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade: impact sur l'observance [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes; 2014.
50. Akici A, Kalaça S, Ugurlu MU, Toklu HZ, İskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2004;13(12):871-6.
51. François A. Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2016.
52. Société Française de Médecine d'Urgence. Evaluation de la connaissance de leurs antécédents et traitements de fond par les patients des urgences. Premiers résultats de l'étude « ma santé et moi » [En ligne]. 2011 [cité 8 août 2021]. Disponible: https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence

s2011/donnees/fs_tout_com.htm

53. American Psychiatric Association. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015. Other Edition ; 5. 1176 p.
54. Benjamin K. Connaissances et attitudes des patients diabétiques de type 2 vis à vis de leur traitement médicamenteux [Thèse d'exercice]. Créteil, France : Université de Paris 12 Val de Marne; 2015.
55. Patris-Vandesteene S, Macrez A, Quenon JL, Soury F, Rufat P, Farinotti R, et al. Information des patients : évaluation de leurs connaissances après prescription de médicaments dans un CHU parisien. J Pharm Clin. 2002;21(2):115-21.
56. HAS. Le Patient Internaute [En ligne]. 2007 [cité 8 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/patient_internaute_revue_litterature.pdf
57. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? N Z Med J. 2002;115(1162):U183.
58. Dhôte R, Conort O, Hazebrouck G, Christoforov B. Les patients hospitalisés connaissent-ils leurs traitements ? J Pharm Clin. 1997;16(2):117-20.
59. Labbé J. Complexité des consultations de renouvellement d'ordonnance: ressenti des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Aix-Marseille Université; 2020.
60. Siproudhis J, Chapron A, Allory E, Fiquet L, Dauguet S, Oger E. Consultation de renouvellement d'ordonnance en médecine générale : qu'en attendent les patients ? Therapies. 2016;71(6):579-87.
61. Delanneau L, Magréault J. Attentes des patients atteints de pathologie(s) chronique(s) vis-a-vis de la consultation dite de « renouvellement d'ordonnance » [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse III; 2017.
62. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. La relation médecin-malade [En ligne]. Paris : Académie Nationale de Médecine ; 2021. 17 p. Disponible: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf>
63. HAS. Recommandation de bonne pratique. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [En ligne]. 2012 [cité 11 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
64. Lang P, Boland B, Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START. Rev Med Suisse. 2015;1(494)2115-2123.
65. HAS. Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé : Médecin traitant [En ligne]. 2005

- [cité 12 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant
66. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38.
67. HAS. Le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux [En ligne]. 2017 [cité 13 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/ac_2017_0082_cnamts_bilan_medicament_cd_2017_10_04_vd.pdf
68. Beillier A. Le bilan partagé de médication: un nouvel outil dans la prise en charge du patient âgé et polymédiqué à l'officine [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2020.
69. HAS. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments [En ligne]. 2013 [cité 12 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_partie1_comprendre.pdf
70. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation [En ligne]. 2007 [Cité le 12 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
71. HAS. Adaptations de l'éducation thérapeutiques chez les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) [En ligne]. 2014 [cité 16 août 2021]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-03/adaptations_de_letp_chez_les_personnes_agees_en_risque_de_perte_dautonomie.pdf
72. Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino J-P, Paillaud E, et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: The optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(11):2017-28.
73. Ministères sociaux. Rapport au parlement sur l'expérimentation PAERPA [En ligne]. 2020 [Cité le 16 août 2021]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_paerpa-vdef.pdf
74. Louis-Simonet M, Kossovsky MP, Sarasin FP, Chopard P, Gabriel V, Perneger TV, et al. Effects of a structured patient-centered discharge interview on patients' knowledge about their medications. *Am J Med.* 2004;117(8):563-8.
75. Dambielle K, Lepoutre B. Observance thérapeutique à la sortie de l'hôpital. L'utilisation

d'une « carte de traitement » peut l'améliorer. *Médecine*. 2010;6(8):370-4.

76. Kripalani S, Robertson R, Love-Ghaffari MH, Henderson LE, Praska J, Strawder A, et al. Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Educ Couns*. 2007;66(3):368-77.
77. Provot L. L'ordonnance visuelle: évaluation d'un outil d'aide à la dispensation pour améliorer la prise en charge à l'officine des personnes ayant un faible niveau de littératie en santé [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Grenoble Alpes; 2017.

ANNEXES :

I. Questionnaire

N°

Questionnaire

Données sociodémographiques :

- Age :
- Sexe : Homme Femme
- Vivez-vous seul ? Oui Non
- Habitat : Urbain Rural
- Catégorie socioprofessionnelle actuelle ou antérieure :
 - Agriculteurs exploitants
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Professions intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Autres personnes sans activité professionnelle

Concernant votre traitement :

- Nombre de médicaments chroniques prescrits sur l'ordonnance habituelle :
- Disposez-vous d'une ALD ? Oui Non
- Préparez-vous seul vos médicaments ? Oui Non (aide d'un tiers)
- Utilisez-vous un pilulier ? Oui Non
- Lisez-vous les notices de vos médicaments ? Oui Non
- Quel est le délai entre chaque renouvellement de traitement ? :
- Pensez-vous connaître votre traitement ? Oui Non

Connaissance du traitement :

Nom (DCI ou commercial)	Indication	Modalités de prise

Concernant l'explication de votre traitement :

- Posez-vous des questions à votre médecin concernant votre traitement pendant la consultation ? Oui Non

- Bénéficiez-vous d'explications concernant votre traitement ?

Oui par : Médecin traitant

Pharmacien

Paramédicaux (infirmière, kiné, ..)

Proches

En autonomie (internet, revues, ..)

Non

- Pensez-vous avoir reçu suffisamment d'informations de la part des professionnels de santé sur vos médicaments ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

Par MAQUAIRE Audrey

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Evaluation de la connaissance de leurs traitements chroniques des personnes âgées de plus de 65 ans.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : En lien avec la polyopathie, les personnes âgées sont souvent polymédiquées. Une connaissance insuffisante de leurs traitements entraîne un défaut d'observance et un risque iatrogène. L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance qu'avaient les personnes âgées de leurs traitements.

Méthode : Cette étude prospective évaluait la connaissance de leurs traitements de 152 personnes âgées d'au moins 65 ans consultant en externe et ayant au moins un traitement chronique. Le questionnaire évaluait la connaissance des noms, indications et modalités de prise permettant d'obtenir un score de connaissance en pourcentage. Les données sociodémographiques, les facteurs liés aux traitements et les explications demandées et reçues étaient analysés.

Résultats : La moyenne de médicaments par patient était de 5,8. Le pourcentage moyen de connaissance du nom était de 53%, de l'indication 74,8% et des modalités de prise 79,9%. 26,3% des sujets connaissaient leurs traitements dans leur intégralité. Différents facteurs influençaient significativement cette connaissance : l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le nombre de traitements, l'autonomie, la recherche d'informations par le patient, les explications données par le médecin généraliste.

Conclusion : La connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs traitements est insuffisante. Il est nécessaire aux différents intervenants du parcours de soins d'évaluer et de perfectionner la connaissance de leurs patients, et ce en particulier au moment de la consultation de renouvellement des traitements, spécifique à la médecine générale.

MOTS-CLÉS : personnes âgées, connaissance, traitements, médicaments, polymédication.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Evaluation of chronic treatments knowledge on elderly patients aged 65 years or over.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: Related to polyopathy, the elderly are often polymedicated. Insufficient knowledge of their treatments occurs to non-compliance and iatrogenic risk. The aim of this study was to evaluate treatments knowledge on elderly patients.

Methods: This prospective study evaluated the knowledge of their treatments of 152 elderly patient aged 65 years or over consulting outpatient and taking at least one chronic treatment. The questionnaire assessed names, indication and frequencies knowledge, thereby providing a knowledge score in percentage. Socio-demographic data, factors related to the treatments and explanations asked and provided were analyzed.

Results: The average number of medications per patient was 5,8. The mean percentage of knowledge of the name was 53%, of the indication 74,8%, of the frequency 79,9%. Only 26,3% of subjects knew their treatments wholly. Different factors significantly influenced this knowledge: age, socio-professional category, number of treatments, autonomy, seeking information by the patient, explanations provided by the general practitioner.

Conclusion: Elderly knowledge of their treatments is insufficient. It is necessary for the various stakeholders in the care pathway to assess and improve patients' knowledge, and this in particular during the prescription refill consultation, specific to general practice.

KEY WORDS : Elderly, knowledge, treatments, medication, polymedication.