



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs
médicaments**

Présentée et soutenue publiquement le 4 décembre 2014 à 18h
Au Pôle Formation
Par Arnaud Morel

JURY

Président :

Monsieur le Professeur J. Caron

Assesseurs :

Monsieur le Professeur J-M. Lefebvre

Monsieur le Docteur H. Bournailié

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur F. Puisieux

Plan

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 11 |
| 1. Définition et données épidémiologiques..... | 11 |
| 2. Le vieillissement de la population..... | 13 |
| 3. La dépense de santé liée aux personnes âgées..... | 16 |
| 4. Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez les sujets âgés | 19 |
| a. Modifications pharmacocinétiques | 19 |
| b. Modifications pharmacodynamiques | 20 |
| c. Effets induits de ces modifications et évaluation des médicaments | 21 |
| 5. Polypathologie et polymédication des personnes âgées | 22 |
| 6. Iatrogénie médicamenteuse | 25 |
| 7. L'observance médicamenteuse..... | 28 |
| 8. Objectif de l'étude | 31 |
| METHODOLOGIE | 32 |
| 1. Type d'étude et inclusion des patients | 32 |
| 2. Analyses statistiques | 36 |
| RESULTATS..... | 37 |
| 1. Caractéristiques de la population étudiée | 37 |
| 2. Comparaison entre le score de connaissance et les autres paramètres étudiés | 46 |
| a. Résultats selon l'âge | 46 |
| b. Résultats selon le nombre total de médicaments pris par le patient..... | 47 |
| c. La lecture ou non de la notice des boîtes de médicaments | 48 |
| d. Résultats selon le sexe du patient..... | 49 |
| e. Résultats selon la connaissance supposée du patient | 50 |
| f. Résultats selon le nombre de médicaments connus par le patient..... | 51 |
| g. Résultats selon le médecin traitant..... | 52 |
| 3. Projection des déterminants du score | 53 |
| DISCUSSION | 55 |
| 1. Les facteurs influençant la connaissance qu'ont les patients âgés de leurs médicaments | 55 |
| a. L'âge | 56 |
| b. La polymédication..... | 56 |

| | |
|--|----|
| c. La lecture de la notice | 57 |
| d. Les classes médicamenteuses..... | 58 |
| 2. Optimisation de l'utilisation des médicaments : stratégies d'intervention | 61 |
| a. Sécuriser les prises médicamenteuses | 64 |
| b. La relation médecin généraliste-malade | 64 |
| c. Le rôle du pharmacien | 66 |
| d. Carte de traitement | 67 |
| 3. Forces et limites de l'étude | 68 |
| CONCLUSION..... | 70 |
| BIBLIOGRAPHIE | 72 |
| ANNEXE | 78 |

INTRODUCTION

1. Définition et données épidémiologiques

La définition de la « personne âgée » est basée, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), sur le critère d'âge de 65 ans et plus associé à une poly pathologie, ou sur le critère de 75 ans et plus. Ce choix s'explique par le fait que dans la littérature médicale, cette borne d'âge est la plus fréquemment utilisée. De plus, cette définition correspond à celle de la segmentation des termes du thesaurus MeSH de la base de données Medline¹.

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge « mûr ». Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques, d'hygiène de vie (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus naturel et physiologique s'imposant à tous les êtres vivants qui doit être distingué des effets des maladies².

Le vieillissement démographique est défini par l'accroissement de la proportion de la population âgée par rapport à la population totale. En 1960, la population française de plus de 60 ans représentait 16,7 % de la population totale. En 2010, elle est passée à 22,8 % et, selon les chiffres provisoires de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) atteindra 24.4% en 2014³.

Le vieillissement démographique est un phénomène mondial. Il est un indicateur de l'amélioration de la santé et des conditions socio-économiques. Il s'accompagne aussi de

difficultés particulières auxquelles tous les pays devront faire face. En France, comme dans d'autres pays, ce vieillissement est lié à une augmentation de l'espérance de vie⁴, une baisse du taux de mortalité⁵, un taux de natalité bas⁶, le recul de la fécondité et à l'arrivée de la génération des personnes du baby-boom à la retraite.

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. L'espérance de vie à la naissance en 2010 atteint 84,6 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes. En 10 ans, les gains d'espérance de vie sont de trois années pour les hommes et de deux années pour les femmes⁴.

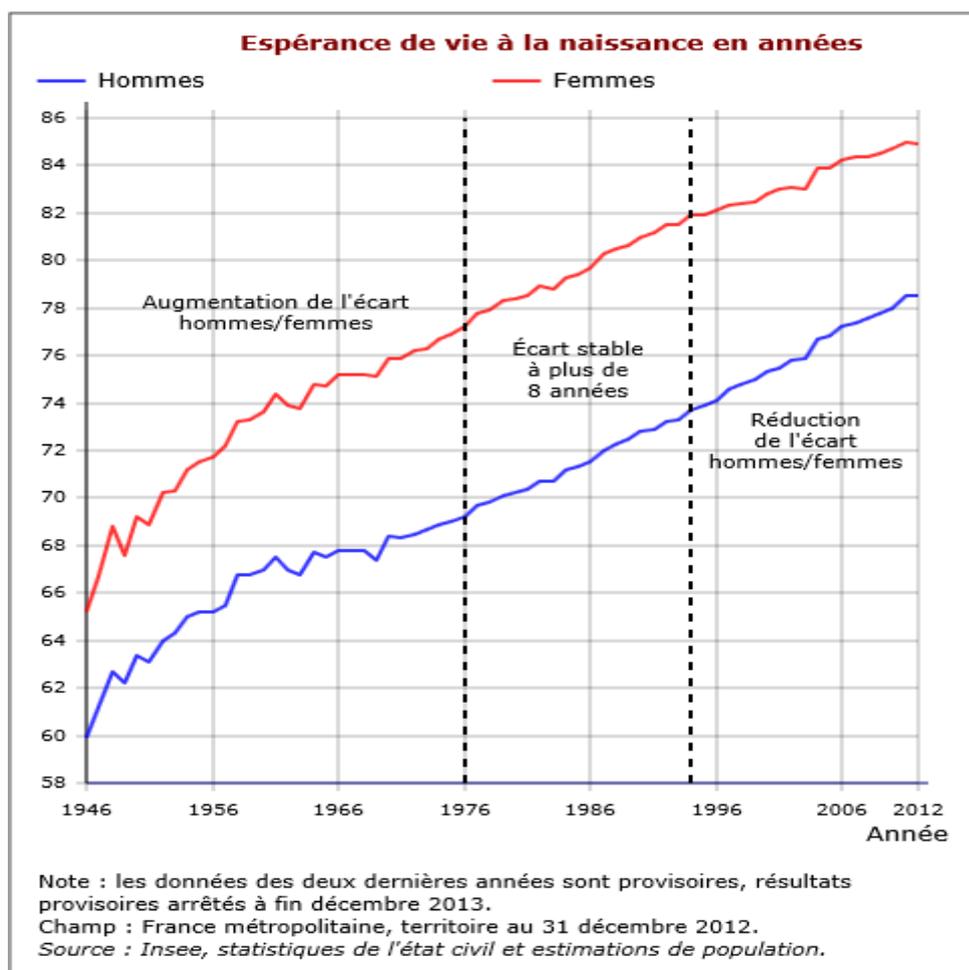


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance en années

Le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge. Celui-ci était de 2,94 en 1950 et de 1,75 en 1998. Depuis dix ans, celui-ci a, de nouveau, augmenté : 1,99 en 2008⁴.

2. Le vieillissement de la population

Ce vieillissement démographique est visible sur la pyramide des âges qui s'inverse⁷.

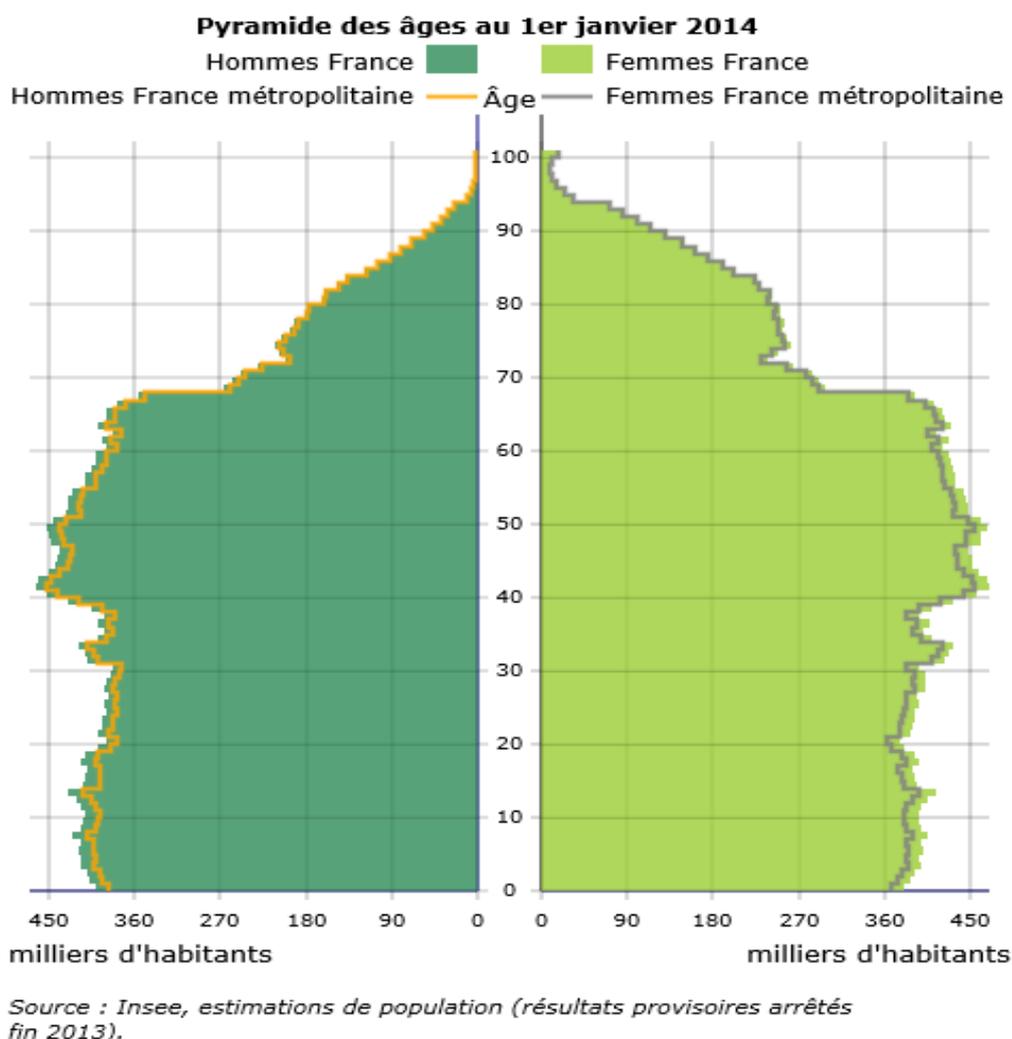
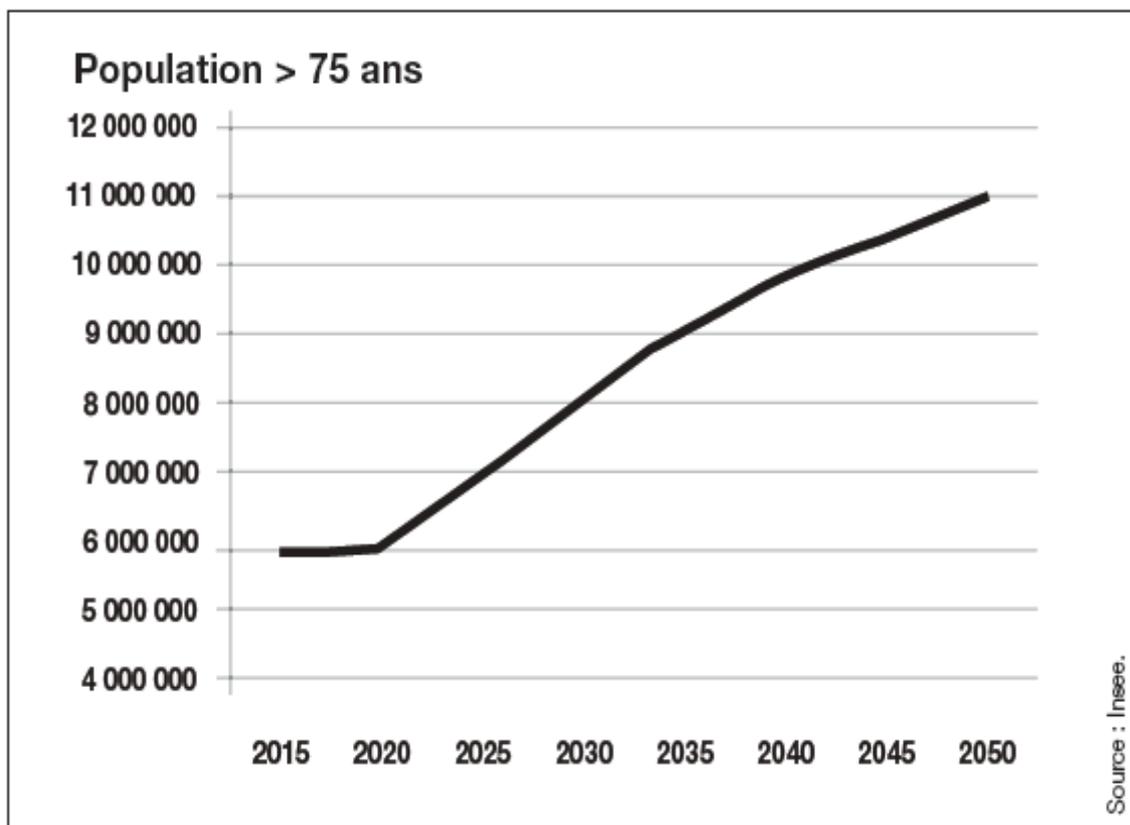


Figure 2 : Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2014

En 2050, si les tendances démographiques se maintiennent, la France comptera 70 millions d'habitants⁸. Les personnes de plus de 65 ans devraient ainsi représenter 25 % de la population française en 2030 et même 29 % en 2050, contre 16 % aujourd'hui. Enfin, c'est surtout le nombre des personnes de plus de soixante-quinze ans qui augmentera au cours des trente prochaines années. Selon la projection de l'INSEE, elle va quasiment doubler entre 2015 et 2050⁹.

On estime que le nombre de nonagénaires va quasiment tripler d'ici à 2030¹⁰.



Projection de population de 75 ans ou plus d'ici 2050.

Figure 3

Ce vieillissement de la population aura pour conséquence de modifier de manière significative la pyramide des âges en 2060 (figure 4).

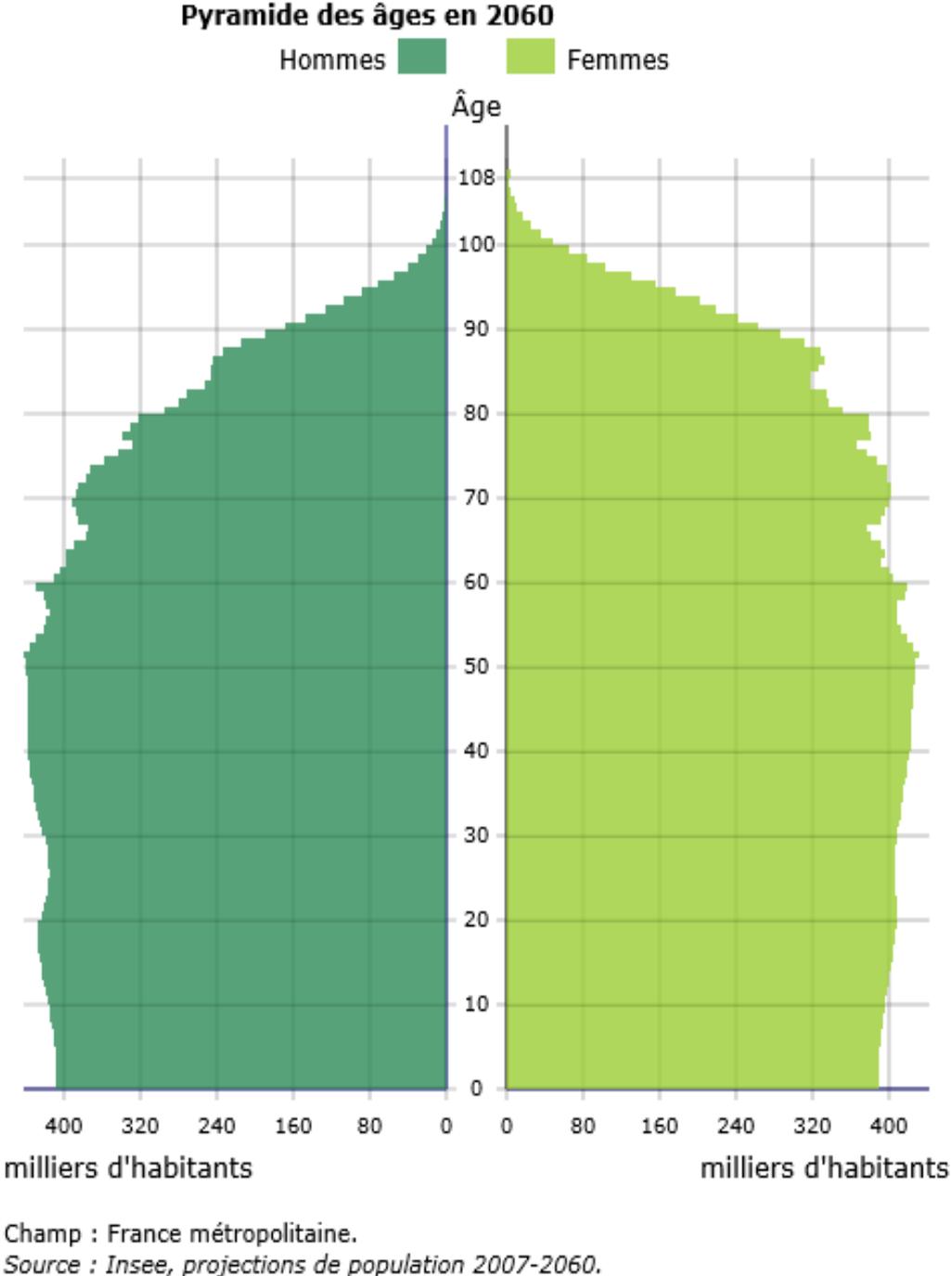


Figure 4 : Projection de la pyramide des âges en 2060

3. La dépense de santé liée aux personnes âgées

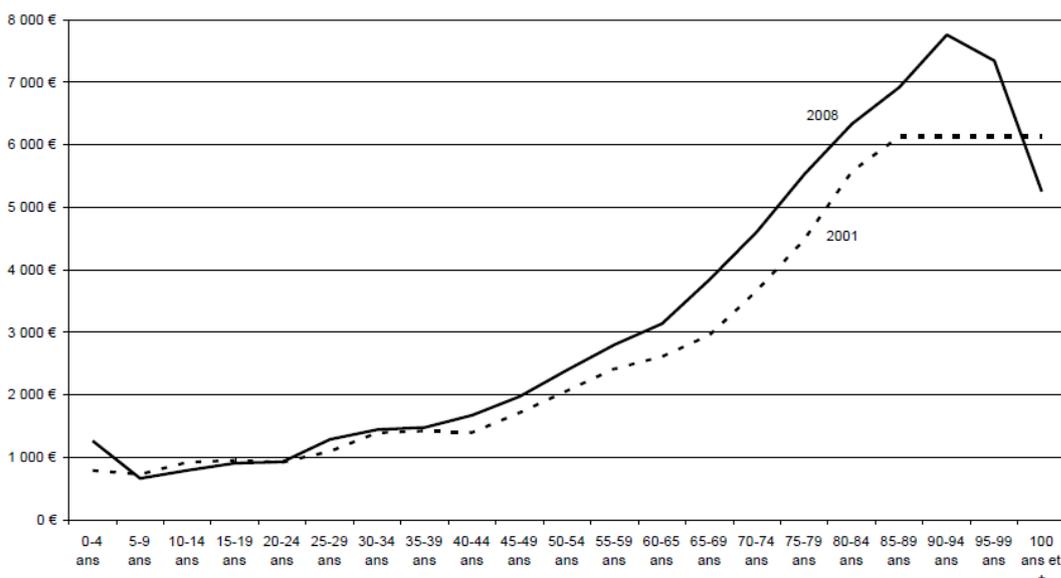
Le montant des dépenses courantes de santé, en France, s'élève à 243 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB).

La consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 183,6 milliards d'euros, soit 2 806 euros par habitant. Sa progression en valeur est sensiblement inférieure à 3 % pour la troisième année consécutive : +2,4 % en 2010, +2,5 % en 2011 et +2,2 % en 2012. Sa part dans le PIB est de 9 %, comme en 2011¹¹. Elle devrait passer à 11,5% en 2060. Cette augmentation s'explique par les évolutions sanitaires qui influent sur la demande en matière de soins, le niveau de vie et le vieillissement de la population¹².

L'analyse de l'IRDES¹³ (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) d'octobre 2005 sur les politiques de prise en charge des médicaments, en Allemagne, en Angleterre et en France met en évidence qu'en 2003, les dépenses pharmaceutiques en France représentaient 18,4 % des dépenses publiques de santé contre 13,9 % en Allemagne et 12,3 % en Angleterre.

Comme le montre la figure 5, les dépenses de santé augmentent avec l'âge.

Dépense totale de soins par habitant en 2001 et 2008 en € courants



Source courbe 2001 : HCAAM, rapport 2004 ; CNAMTS, EPAS 2001.

Sources courbe 2008 : CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008 ; Insee, estimations de population.

Retraitements : secrétariat général du HCAAM.

Figure 5 : Dépense totale de soins par habitant en 2001 et 2008

En Europe, les personnes âgées de 65 ans et plus consomment en moyenne deux à trois fois plus de soins médicaux que les autres¹⁴.

En 2010, la dépense moyenne de soins de ville remboursée par l'assurance maladie en France aux 75 ans et plus est de 3 000 € par an, soit 1 000 € de plus que pour les 60-74 ans.

Le médicament est le poste de dépense le plus élevé (940 € par an). Le rapport du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie¹⁵, publié en juillet 2006, constate, que la France est le pays où le poids du médicament dans le PIB est le plus élevé.

Dans une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) publiée en 2006, la France enregistre en 2004 les ventes de

médicaments les plus élevés avec une dépense s'élevant à 284 euros par habitant par an devant le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne¹⁶. De même, une comparaison internationale (rapport Landrain¹⁷, 2004) montre que la France figure au deuxième rang mondial pour la consommation de médicaments par habitant chaque année (537 \$ par habitant), derrière les Etats-Unis (605 \$).

Le recours au médecin généraliste est une norme chez les personnes âgées. Presque toutes les personnes de 75 ans ou plus en ont consulté au moins une fois dans l'année, avec, en moyenne, 8 consultations par an. Entre 60-74 ans et 75 ans ou plus, les dépenses qui progressent le plus sont celles de soins infirmiers, de kinésithérapie et de matériel médical en lien direct avec la perte d'autonomie.

| | 60-74 ans | 75 ans ou plus |
|---|------------------|-----------------------|
| Total Soins de ville | 2000 | 3000 |
| <i>Dont Médicaments</i> | 690 | 940 |
| <i>Dont Honoraires médicaux</i> | 420 | 520 |
| <i>Dont Soins infirmiers</i> | 90 | 430 |
| <i>Dont Actes de kinésithérapie</i> | 70 | 170 |
| <i>Dont Autres auxiliaires médicaux</i> | 30 | 130 |
| <i>Dont Matériel médical</i> | 140 | 240 |
| <i>Dont Biologie</i> | 90 | 130 |
| <i>Dont Honoraires dentaires</i> | 60 | 40 |
| <i>Dont Transport</i> | 100 | 170 |

Champ : Dépenses remboursées par l'Assurance Maladie, consommateurs du Régime général (y compris SLM).
Source : Cnam-TS, SNIIRAM, année 2010.

Figure 6 : Dépense remboursés par l'Assurance Maladie en 2010

En 2010, un tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus ont été hospitalisées, contre environ un quart des personnes de 60-74 ans. Parmi les personnes de 75 ans ou plus hospitalisées dans l'année, un peu moins de la moitié (43 %) ont eu deux séjours ou plus. Le coût moyen annuel des hospitalisations est de 6 000 € par personne de 75 ans ou plus hospitalisée, soit un coût moyen de 2 000 € par personne de 75 ans ou plus (hospitalisée ou non).

Au total, la dépense de santé remboursée par l'assurance maladie est de 5 000 € par an et par personne âgée de 75 ans ou plus (3 000 € pour les soins de ville et 2 000 € en hospitalisation)¹¹.

4. Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques chez les sujets âgés^{10, 18,19}

a. Modifications pharmacocinétiques

La pharmacocinétique correspond au devenir de substances chimiques non endogènes quelconques (ou xénobiotiques) dans l'organisme. L'acronyme international ADME, qui est souvent utilisé pour désigner la pharmacocinétique, renvoie aux quatre grands processus qui la composent : Absorption, Distribution, Métabolisme, et Elimination. Tous ces paramètres peuvent être modifiés par les effets du vieillissement.

Au niveau de l'absorption, on observe une diminution de la vidange gastrique, de la motilité gastro-intestinale, du flux sanguin splanchnique, une augmentation du pH gastrique, et de l'efficacité de certains systèmes de transport actifs.

Au niveau de la distribution, on constate une diminution de l'eau totale et de la masse maigre de l'organisme augmentant le risque de surdosage pour les médicaments hydrosolubles, une augmentation de la masse grasse augmentant les risques

d'accumulation et de relargage prolongé pour les médicaments liposolubles et une baisse du taux d'albumine plasmatique responsable d'une augmentation de la fraction libre active avec un risque de toxicité au pic.

Au niveau du métabolisme, il existe une diminution des capacités hépatiques à métaboliser un grand nombre de médicaments, de la masse hépatique d'environ un tiers et du flux sanguin hépatique. Ces deux derniers facteurs expliquent à eux seuls la diminution de la clairance hépatique d'un grand nombre de médicaments chez les sujets âgés.

Enfin, au niveau de l'excrétion, on note une altération de la fonction rénale (diminution du flux sanguin rénal, de la filtration glomérulaire, de la sécrétion et de la réabsorption tubulaire). La diminution de la filtration glomérulaire chez le sujet âgé rend compte des principales modifications des paramètres cinétiques (augmentation de la demi-vie, diminution de la clairance plasmatique des médicaments à élimination rénale).

b. Modifications pharmacodynamiques

La pharmacodynamie décrit les effets qu'un principe actif produit sur l'organisme : c'est l'étude détaillée de l'interaction entre récepteur et substance active. Cette réponse est une composante de l'effet thérapeutique recherché. Lors de cette étape, la substance active quitte le système sanguin pour diffuser jusqu'au site d'action dans l'organe cible et se combine avec un récepteur, une enzyme ou une structure cellulaire quelconque pour provoquer la réponse. Le nombre de récepteurs et leur sensibilité peuvent être modifiés chez la personne âgée. Ces modifications pharmacodynamiques peuvent n'avoir aucune manifestation clinique, entraîner un effet indésirable ou bien une inefficacité clinique. Certains organes sont particulièrement sensibles comme par exemple le cerveau vis-à-vis des psychotropes ou la vessie vis-à-vis des anticholinergiques. On peut également noter une

altération des mécanismes de contre régulation du système nerveux autonome qui peut être responsable d'une hypotension orthostatique ou d'une incontinence urinaire.

c. Effets induits de ces modifications et évaluation des médicaments

Les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, induites par le vieillissement, expliquent en partie l'incidence plus élevée des effets indésirables médicamenteux chez la personne âgée.

Depuis 1995, l'European Agency for the Evaluation of Medication Products a établi des recommandations précisant les modalités d'évaluation des nouveaux médicaments chez les personnes âgées. Leur respect est théoriquement indispensable à la constitution de dossiers pour l'autorisation de mise sur le marché. Les principales recommandations sont les suivantes^{20, 21}.

- Les médicaments traitant des pathologies spécifiques de la vieillesse (démence) et ceux fréquemment utilisés en gériatrie (antihypertenseurs, antalgiques, anticoagulants, psychotropes...) doivent être plus particulièrement évalués chez le sujet âgé.
- Des études pharmacocinétiques spécifiques doivent être menées notamment par rapport à l'élimination rénale et/ou hépatique, ainsi que des études d'interactions avec des médicaments fréquemment associés en pratique.
- Des études pharmacodynamiques spécifiques doivent être entreprises pour les médicaments ayant une action sur le système nerveux central (psychotropes).

- Les études de phase 2 et de phase 3 doivent inclure des sujets de plus de 65 ans.

Pour autant, nombreux sont les médicaments insuffisamment évalués chez les personnes âgées malgré les recommandations européennes²². De nombreuses études ne comportent que peu de patients de plus de 65 ans et encore moins de plus de 85 ans^{23,24}. Par exemple, alors que la prévalence de la fibrillation auriculaire augmente avec l'âge, 20 % seulement des patients avaient plus de 75 ans au cours des cinq essais thérapeutiques principaux sur la warfarine en prévention des accidents vasculaires cérébraux. De même, les personnes âgées ne constituaient que 7 % des patients inclus dans la Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study²⁵. Quatre-vingt-trois essais thérapeutiques sur les AINS réalisés jusqu'en 1995, concernant 9600 malades, n'avaient inclus que 2,3 % malades âgés de plus de 65 ans et aucun malade de plus de 80 ans²⁶. Près de 20 % des prescriptions inappropriées d'héparine de bas poids moléculaire à dose curative était liées à des résultats d'évaluation insuffisants chez le sujet âgé et chez l'insuffisant rénal²⁷.

5. Polypathologie et polymédication des personnes âgées

Même s'il n'existe pas vraiment de définition de la polypathologie, ce terme est couramment utilisé pour désigner la coexistence de plusieurs maladies chroniques chez le même individu. La quasi-totalité des personnes âgées de 70 ans et plus souffre de polypathologie : environ 46 % déclarent au moins 6 maladies, 4 % en déclarent une seule. Seuls 3 % des personnes de cet âge ne déclarent pas de maladie. Toujours dans cette population cible, la prévalence moyenne de maladies par personne est de 5,7. Il augmente avec l'âge, passant progressivement de 5,3 entre 70 et 74 ans à 6,1 au-delà de 85 ans²⁸.

De même, il n'y a pas de consensus sur la définition de la polymédication dans la littérature. On distingue néanmoins deux approches :

- l'une quantitative : qui se rapporte au nombre de médicaments²⁹. Le seuil varie selon les auteurs. Les uns considèrent que 3 médicaments simultanés ou plus répondent à cette définition. Ce chiffre est retenu comme valeur seuil dans le score ISAR (Identification of Seniors At Risk), tandis que Jorgensen³⁰ considère que 5 médicaments ou plus correspondent à une polymédication. Cette dernière définition est souvent utilisée dans les études épidémiologiques parce qu'elle représente le nombre pivot au-delà duquel les risques d'effets indésirables sont fortement accrus, même si à partir de trois ce risque devient significatif.
- l'autre qualitative : correspondant à l'utilisation d'un nombre de médicaments plus élevé que cliniquement indiqué³¹. Cette approche repose sur l'utilisation de médicaments définis comme inappropriés. L'évaluation se fait alors soit selon des critères explicites comme en utilisant la liste de Beers³², soit selon des raisons implicites (méthode de Hanlon)³³.

Les étiologies de la polymédication sont souvent multiples : le nombre de comorbidités³⁴ et le nombre de prescripteurs^{35, 36} sont souvent deux éléments déterminants. La cascade médicamenteuse est une cause supplémentaire de polymédication. Dans la prescription dite en cascade, si le médicament A qui a été prescrit récemment entraîne un effet secondaire qui est interprété comme un symptôme d'une nouvelle maladie, un médicament B est prescrit pour cette nouvelle affection entraînant lui-même éventuellement un effet indésirable qui justifie à son tour la prescription d'un médicament C. A titre d'exemple, la prescription d'un inhibiteur d'acétylcholinestérase pour la prise en charge d'une

démence modérée peut provoquer de l'incontinence urinaire, que le médecin pourrait décider de traiter par un anticholinergique de type oxybutinine^{37,38}.

Une autre étiologie concerne l'automédication³⁹, principalement pour des symptômes comme l'anxiété, la constipation, l'insomnie ou les douleurs. A ces médicaments symptomatiques s'ajoutent des compléments dits alimentaires, les produits de médecine alternative ou les suppléments vitaminiques et oligo éléments. Souvent, les patients ne considèrent pas ceux-ci comme des médicaments et n'en informent pas leur médecin.

L'enquête PAQUID⁴⁰, réalisée en 1994 auprès de 3800 sujets âgés a mis en évidence qu'à domicile, 89% des répondants prenaient un traitement avec une moyenne de 4,5 médicaments par jour. 43% prenaient entre 5 et 10 médicaments par jour et 2,3% en prenaient plus de 10.

Dans les recommandations de la HAS et selon les données de 2000 de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES, des données de remboursements de la Sécurité sociale et de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS-Health, la consommation moyenne quotidienne des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile était de 3,6 médicaments (3,3 médicaments de 65 à 74 ans, 4 médicaments pour les 75 à 84 ans et 4,6 médicaments pour les plus de 85 ans). Plus d'un tiers des médicaments consommés en France l'était par les plus de 65 ans⁴¹.

Selon les données de l'ESPS de 2002, la consommation moyenne quotidienne des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile était de 3,9 médicaments⁴². Elle passe de 3 médicaments différents par jour pour les 65-74 ans, à 3,9 pour les 75-84 ans, et 4,4 pour les 85 ans et plus. Cette enquête a également mis en évidence que, un jour donné chez la population décrite ci-dessus, 85,6% des sujets consommaient des médicaments, prescrits ou non. La consommation de médicaments prescrits augmentait avec l'âge (74,9% de 60 à 69

ans, 82,4% de 70 à 79 ans et 87% à partir de 80 ans). A l'inverse, la consommation de médicaments non prescrits diminuait avec l'âge (4,4% de 60 à 69 ans, 4,1% de 70 à 79 ans et 1,4% à partir de 80 ans).

En 2005, Une étude européenne incluant 2707 patients âgés en moyenne de 82,2 ans a montré que 51% des sujets inclus prenaient plus de 6 médicaments par jour⁴³.

6. Iatrogénie médicamenteuse

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la pathologie iatrogène 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 ».

La iatrogénie médicamenteuse est en moyenne deux fois plus fréquente après 65 ans⁴⁴. L'âge, en lui-même est un facteur de gravité de ces accidents⁴⁵. 10 à 20% de ces effets indésirables sont suffisamment graves pour conduire à une hospitalisation⁴⁶. Les pathologies iatrogènes représenteraient entre 5 et 10% des motifs d'hospitalisation après 65 ans et plus de 20% après 80 ans. De même, 30 à 60% des effets indésirables médicamenteux seraient prévisibles et évitables⁴⁷.

Depuis plus de 20 ans, de nombreuses études ont cherché à mesurer la part de la iatrogénie médicamenteuse dans l'hospitalisation. Une méta analyse de 2002 souligne les limites méthodologiques de nombreuses études, notamment celles réalisées chez les sujets âgés en raison de leur petite taille⁴⁸. Néanmoins, elle estime à 16.6% le taux d'hospitalisation moyen lié à un problème lié à un médicament chez le sujet âgé, à partir des 17 études observationnelles revues.

Une étude prospective réalisée dans deux hôpitaux anglais en 2001-2002 parmi 18820 admissions consécutives a mis en évidence qu'un effet indésirable médicamenteux était observé dans 5,2% des cas⁴⁹. La pathologie iatrogène expliquait totalement l'admission dans 80% des cas. L'âge moyen des patients ayant à l'entrée un effet indésirable médicamenteux était de 76 ans contre 66 ans pour les autres patients. Des interactions médicamenteuses dangereuses étaient retrouvées dans 16,6% des cas. Parmi ces effets indésirables, 72% étaient considérés par les auteurs comme évitables.

Une autre étude de 2005 a démontré que 66% des personnes de plus de 70 ans (au domicile ou institutionnalisés) étaient traités par au moins un médicament potentiellement dangereux⁵⁰.

Une étude américaine réalisée entre 2007 et 2009 a mis en évidence qu'environ 2% des admissions aux urgences, sur 5077 cas étudiés, de personnes de plus de 65 ans étaient dues à des effets indésirables médicamenteux⁵¹.

Les médicaments les plus souvent impliqués sont ceux à visée cardio vasculaires^{49, 52} (les anti-inflammatoires non stéroïdiens même à faible dose, les diurétiques, les anti-vitamines K, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les sartans, les bêta bloquants), les antis diabétiques oraux, l'insuline⁵¹ et les psychotropes⁵².

Plusieurs facteurs favorisent le risque iatrogénique chez le sujet âgé^{23, 29, 53}. On distingue :

- Les facteurs de risques liés au patient comme les modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques, les facteurs sociaux (l'isolement social ou la dépendance), les comorbidités comme une baisse de l'acuité visuelle ou l'intrication de pathologies aiguës et chroniques, la

polypathologie, la méconnaissance possible des médicaments génériques⁵⁴, l'automédication ou le défaut d'observance.

- Les facteurs de risque liés aux médicaments comme la polymédication, les interactions médicamenteuses, les médicaments à marge thérapeutique étroite, une longue demi-vie ou les formes galéniques mal adaptées.
- Les facteurs de risque liés à la prescription comme des objectifs inadaptés au patient, une méconnaissance des associations dangereuses ou contradictoires, un défaut d'approche globale du patient, l'existence d'une alternative thérapeutique plus efficace ou mieux tolérée, une absence d'harmonisation de l'ensemble des prescriptions, une information insuffisante du patient et une réévaluation thérapeutique et/ou une surveillance inadaptées.

La polymédication est le facteur de risque iatrogénique le plus important. Le nombre de médicaments prescrits et l'âge sont corrélés à l'incidence des effets indésirables des médicaments^{29, 55}. La polymédication diminue la balance du rapport bénéfice-risque de certains médicaments du fait d'interactions ou de modifications pharmacologiques^{56, 57}. Inversement, d'autres études ont montré que la diminution raisonnée de certains médicaments réduisait de manière significative les effets secondaires sans altérer la qualité de vie⁵⁸.

La prescription de médicaments peut être inadéquate parce qu'excessive ou bien encore inappropriée car d'autres médicaments que ceux prescrits sont plus efficaces ou mieux tolérés⁵⁹ :

- Excès de traitement ou *oversuse*. Il concerne la prescription de médicaments pour lesquels il n'y a pas d'indication ou qui ont une efficacité limitée ou non démontrée.

- Prescription inappropriée ou *misuse*. Elle est définie par une balance bénéfice risque défavorable. Une liste de médicaments considérés comme inappropriés chez le sujet âgé a été défini en 1991 par Beers et al.³² (avec une remise à jour en 1997 et 2003 par un panel d'experts américains⁶⁰). Elle a été adaptée aux pratiques françaises par Laroche et al. en 2000 puis remise à jour⁶¹ en 2009.

La polymédication pouvait également être responsable de confusion, d'oubli ou de double prise favorisant alors la mauvaise observance des traitements⁶².

7. L'observance médicamenteuse

L'observance se définit comme « le niveau de concordance entre les recommandations du médecin et le comportement du patient ». Elle concerne non seulement le protocole de prescription du médicament, mais aussi les conseils de mode de vie et la planification de l'ensemble des soins⁶³. Ce terme est néanmoins controversé car il traduit une certaine asymétrie dans la relation médecin malade. On lui préfère le terme d' « adhésion au traitement » qui reconnaît l'autonomie du patient et son accord au projet fixé par les professionnels de santé. Une mauvaise observance peut engendrer la survenue d'effets indésirables par surdosage ou sevrage intempestif et conduire à un échec thérapeutique exposant alors à la prescription de médicaments supplémentaires, une diminution de la qualité de vie, des hospitalisations en série et des coûts médicaux importants⁶⁴.

Cette observance est difficilement quantifiable car il n'existe pas de méthode de référence pour l'évaluer de façon précise. De plus, cette évaluation peut s'avérer encore plus délicate chez le sujet âgé souvent polypathologiques et polymédiqués. La meilleure méthode serait l'observation en continu du patient ce qui, en pratique, est difficilement réalisable^{65, 66}.

Pour le patient, prendre son traitement de façon conforme à la prescription peut s'avérer difficile. Il faut se procurer le médicament prescrit, puis le prendre à la bonne posologie, au moment adéquat, d'une certaine manière et pour la durée prescrite. Chacun de ces facteurs est déterminant et l'échec du patient dans une seule de ces séquences entraîne un défaut d'observance.

On divise classiquement les erreurs d'observance en cinq catégories⁶⁷ :

- Erreur à type d'omission (absence de prise)
- Erreur de doses (sur ou sous dosage)
- Erreur dans l'heure ou dans les conditions de la prise
- Erreur d'intention (prise d'un médicament dans une mauvaise indication)
- Automédication.

La plupart des études s'intéressent à la première catégorie c'est-à-dire à l'absence de prise. C'est en effet la plus fréquente des erreurs⁶⁸. Cependant, les patients cumulent souvent plusieurs types d'erreurs⁶⁹. Plusieurs études ont été effectuées sur ce sujet. Elles sont hétérogènes en termes de méthodologie, de population et de caractéristique de patients étudiés. Ainsi dans la littérature, le taux d'observance variait de 26 à 59%⁷⁰. Une étude de 2004 portant sur 197 patients de la région Ile de France avec une moyenne d'âge de 78,5 ans mettait en évidence une observance thérapeutique déclarée de 65%, toutes affections

confondues⁷¹. Dans une autre étude publiée en 2004, 40 à 60% des sujets âgés seraient concernés par des erreurs d'observance⁷².

L'information médicale donnée au patient apparait comme l'un des éléments essentiels dans la relation de confiance médecin-malade. Elle permet d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement^{53, 73}.

Les déterminants de l'observance thérapeutique chez les personnes âgées se rassemblent en quatre grands groupes^{74, 75}. Tout d'abord, on trouve les déterminants liés au patient :

- l'existence de troubles des fonctions cognitives et comportementales,
- l'existence de troubles fonctionnels comme la perte de dextérité, de mobilité, les difficultés de coordination, les troubles visuels et auditifs,
- l'isolement social,
- la perception du patient (une attitude négative entraîne un comportement négatif à l'égard du traitement),
- un syndrome dépressif.

Deuxièmement, on retrouve les déterminants liés à l'état de santé :

- les maladies chroniques : les traitements prolongés favorisent l'abandon,
- la gravité de la maladie : la connaissance de la gravité de la maladie et de l'efficacité du traitement favorise l'observance,
- les symptômes : les maladies asymptomatiques favorisent l'inobservance.

Troisièmement, on trouve les déterminants liés aux médicaments :

- la polymédication,
- une posologie ou une forme galénique non adaptée,
- un changement fréquent de traitement,
- la multiplicité des dénominations pour un même médicament (Dénomination Commune Internationale ou DCI, générique...),
- le coût des médicaments⁷⁶,
- l'observation d'un effet indésirable par le malade qu'il n'ose pas déclarer.

Dernièrement, on trouve les déterminants liés au milieu thérapeutique :

- une mauvaise relation patient-médecin favorise l'inobservance,
- des avis divergents entre les prescripteurs diminuent l'observance.

8. Objectif de l'étude

Le but de cette étude prospective était donc d'évaluer ce que les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile et s'occupant de la préparation et de la prise de leurs médicaments connaissaient de ceux-ci.

METHODOLOGIE

1. Type d'étude et inclusion des patients

Après une réflexion conjointe avec la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille, il a été décidé d'inclure 150 patients afin d'obtenir une puissance suffisante à l'étude et pouvoir en tirer des données extrapolables à la population des sujets âgés de la région. Dans cette étude transversale quantitative et non interventionnelle, l'inclusion s'est réalisée sur une durée de neuf mois. L'ensemble des inclusions ont été effectuées dans dix cabinets de médecine générale du Nord Pas de Calais, sélectionnés de manière aléatoire (tirage au sort parmi la liste des médecins exerçant à moins de 60 km de Lille), soit 15 patients par médecin traitant. Les médecins consultés pour l'enquête devaient être inscrits à l'Ordre des médecins, exercer une activité libérale, être installés en cabinet et pratiquer une activité principale de médecine générale. Préalablement, un rendez-vous, précédé d'un accord téléphonique, était fixé pour la présentation et l'accord de participation à l'étude. Les médecins ont été sollicités à titre gracieux.

Le recueil des données s'effectuait, après accord des patients, dans la salle d'attente ou une pièce à part si possible, du cabinet de leur médecin, en dehors de la consultation en elle-même. Différents critères étaient pris en compte pour inclure ou exclure les patients.

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre âgé de 75 ans ou plus, sans distinction de sexe,
- Patient actuellement en cours d'un traitement médicamenteux aigu et/ou chronique,

- Ayant un suivi régulier par son médecin traitant (au moins deux consultations par an),
- S'occupant soi-même de la préparation et de la prise de leur traitement.

Les critères d'exclusion étaient :

- Une atteinte sévère des fonctions sensorielles (surdité, hypoacousie, c civit ),
- Un syndrome confusionnel ou un trouble de la compréhension sévère (déterminé avant ou après le recueil avec l'aide du médecin généraliste),
- Traitement géré par une tierce personne.

Une fois l'accord du patient obtenu, celui-ci devait remplir le dossier standardisé qui regroupait un questionnaire et un tableau (annexe 1) sans consulter son ordonnance ou avec l'aide d'une tierce personne.

Le questionnaire reprenait quelques questions à réponses simples ou quantitatives :

- Pensez-vous connaitre votre traitement médicamenteux ?
- Combien de médicaments différents prenez-vous ? (  l'heure actuelle)
- Lisez-vous la notice de vos médicaments ?
- Consommez-vous des médicaments sans ordonnance ?

Le tableau comprend l'âge, le sexe, la dénomination des médicaments (dénomination commune internationale et/ou nom commercial), l'indication du traitement pour le patient, sa forme galénique, sa posologie et horaires de prise, les vigilances particulières et effets indésirables potentiels connus par le patient ainsi que la durée du traitement.

A partir de ce tableau, un score de connaissance a été établi selon des critères définis en concertation avec la Plate-forme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille. Ce score est calculé de la manière suivante. Sur chaque ligne du tableau était défini un sous score : aucune erreur ou omission donnait le sous score maximal de 1 point, une erreur ou omission donnait un sous score de 0.5, deux erreurs ou omissions 0.25 et plus de deux erreurs ou omissions 0 point. Si un médicament n'était pas présent dans le tableau mais présent sur l'ordonnance du patient, il comptait pour une ligne et un sous score de 0 point était attribué. Le score final, exprimé en pourcentage, résultait de l'addition des sous scores que l'on divise ensuite par le nombre total de lignes. L'ordonnance du patient était fournie pour vérification par le patient lui-même ou le cas échéant par celle du médecin du patient.

Cependant, les précautions particulières et les effets indésirables des médicaments n'ont pas été retenus pour le calcul du score de connaissance du fait d'un faible taux de réponse des participants. Afin de ne pas fausser les résultats, la durée du traitement a été retenue comme seul critère pour la dernière colonne du tableau.

Afin de maximiser les données issues du tableau, l'ensemble des médicaments relatés a été séparé en huit familles :

- les médicaments à visée cardio vasculaire,
- les médicaments anticoagulants et antiagrégants plaquettaires,
- les médicaments ayant une fonction endocrinienne,

- les médicaments à visée neuro psychologiques (psychotropes, somnifères, anti dépresseurs, régulateur thymique, ...),
- les médicaments antalgiques,
- les médicaments à visée hépato gastro entérologiques,
- les médicaments à visée pneumologiques,
- les autres médicaments qui correspondent aux médicaments rhumatologiques, dermatologiques, urologiques, ophtalmologiques, gynécologiques, hématologiques, ORL, anti allergiques et anti cancéreux.

L'analyse des réponses des sujets inclus permet de distinguer arbitrairement trois niveaux de connaissance des traitements :

- Bonne connaissance du traitement si score de connaissance strictement supérieur à 70
- Connaissance modérée si score entre 30 et 70
- Connaissance insuffisante si score strictement inférieur à 30

2. Analyses statistiques

Les variables ont été décrites en moyenne +/- écart type et intervalle de confiance à 95%. Les tests statistiques « t de Student », de la nullité du coefficient de corrélation et ANOVA ont été utilisés pour l'analyse des données (statistiques bivariées). Le « p » < 0,2 a été considéré comme statistiquement significatif.

Le modèle de régression linéaire a également été utilisé pour les statistiques multivariées. Le « p » < 0,05 a été considéré comme statistiquement significatif.

Les questionnaires ont été traités avec l'aide de la Plate-forme d'Aide méthodologique, Service d'Information et des Archives médicales, Clinique de Santé Publique, CHRU de Lille.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

Le nombre total de médecins généralistes qui ont été sollicités pour participer à l'étude était de treize, dont trois refus. Le nombre total de patients qui ont été sollicités était de 283 dont 85 exclus et 48 refus de participation.

Cent-cinquante patients, dont 67% de femmes, ont été inclus sur la période de l'étude. La répartition par sexe est sensiblement équivalente à celle du Nord Pas de Calais qui au premier janvier 2013 comportait 610138 personnes âgées de 65 ans et plus dont 60,7% de femmes et 39,3% d'hommes⁷⁷.

L'âge moyen était de $80,04 \pm 4,83$ ans avec un minimum de 75 ans et un maximum de 94 ans.

| Age | valeur |
|------------|-----------------|
| Effectif | 150 |
| Moyenne | 80.04 |
| Ecart type | 4.834 |
| IC 95% | [79.26 ; 80.82] |
| Minimum | 75 |
| Quartile 1 | 76 |
| Médiane | 79 |
| Quartile 3 | 83 |
| Maximum | 94 |
| Manquante | 0 |

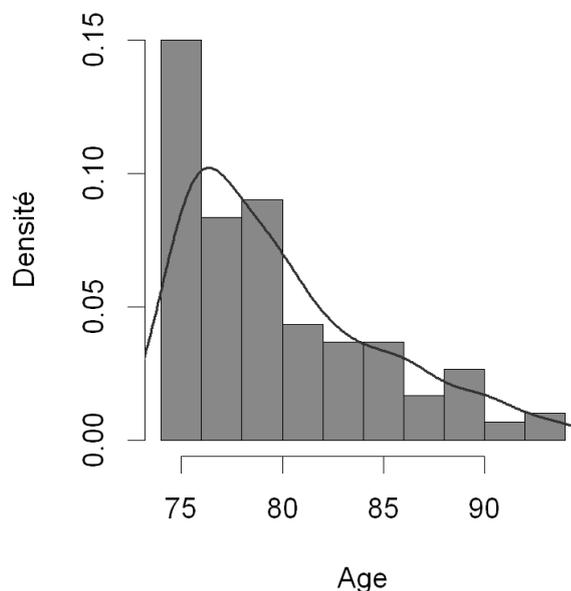


Figure 7 : densité des participants selon l'âge

La moyenne du nombre total de médicaments pris par un patient était de $6,19 \pm 2,83$ avec un minimum de 1 et un maximum de 15.

| | valeur |
|-------------------|----------------|
| Effectif | 150 |
| Moyenne | 6.193 |
| Ecart type | 2.83 |
| IC 95% | [5.737 ; 6.65] |
| Minimum | 1 |
| Quartile 1 | 4 |
| Médiane | 6 |
| Quartile 3 | 8 |
| Maximum | 15 |
| Manquante | 0 |

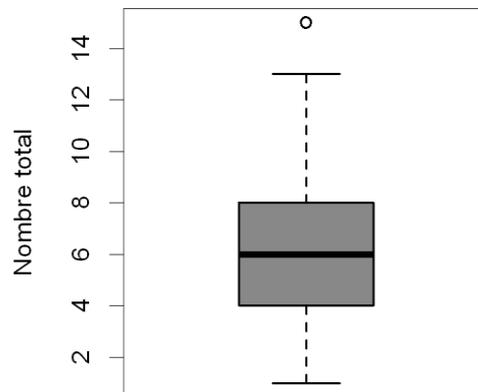
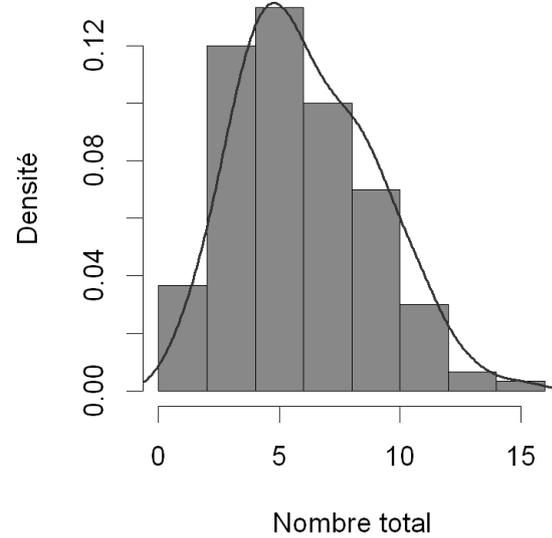


Figure 8 : densité du nombre total de médicaments

Les patients ayant un âge compris entre 75 et 79 ans (n=85) prenaient en moyenne 5.82 médicaments, ceux entre 79 et 84 ans (n=36) en prenaient 6,44. Les patients de plus de 85 ans (n=29) en consommaient plus avec une moyenne de 6,96.

60,67% des patients prenaient entre 5 et 10 médicaments par jour alors que 8% des patients en consommaient plus de 10 par jour.

La moyenne du nombre de médicaments connus par les patients était de $3,66 \pm 1,61$ avec un minimum à zéro et un maximum à 9 médicaments.

| | valeur |
|-------------------|---------------|
| Effectif | 150 |
| Moyenne | 3.66 |
| Ecart type | 1.609 |
| IC 95% | [3.4 ; 3.92] |
| Minimum | 0 |
| Quartile 1 | 3 |
| Médiane | 3 |
| Quartile 3 | 5 |
| Maximum | 9 |
| Manquante | 0 |

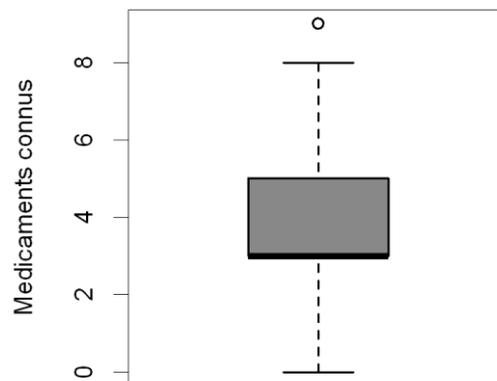
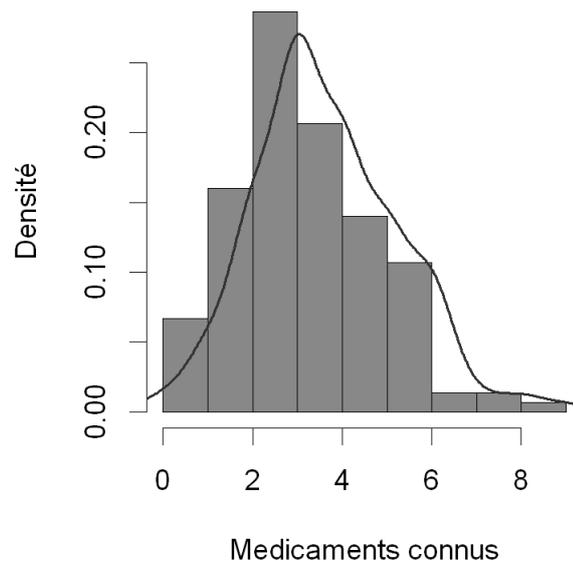


Figure 9 : densité du nombre de médicaments connus

Les sujets âgés de 85 ans et plus connaissaient en moyenne 3,21 médicaments de leurs ordonnances contre respectivement 3,71 et 3,88 pour la tranche d'âge 75-79 ans et 79-84 ans.

On remarque donc que les personnes de plus de 85 ans, dans cette étude, prenaient en moyenne plus de médicaments mais en connaissaient moins que les autres tranches d'âges.

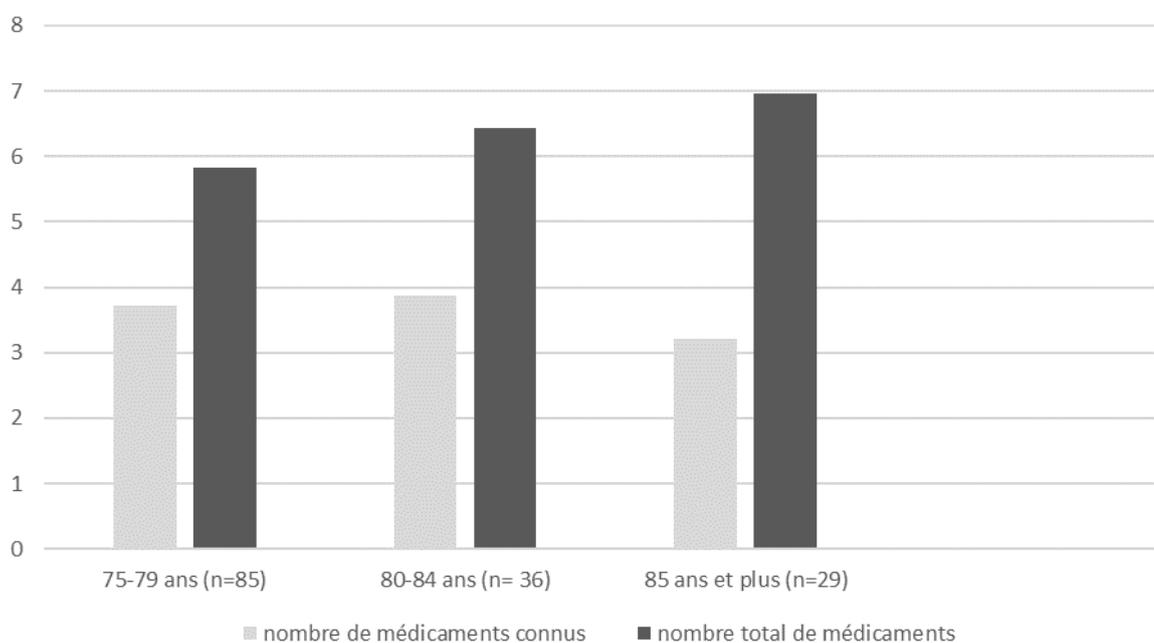


Figure 10 : Comparaison entre nombre de médicaments connus et nombre total

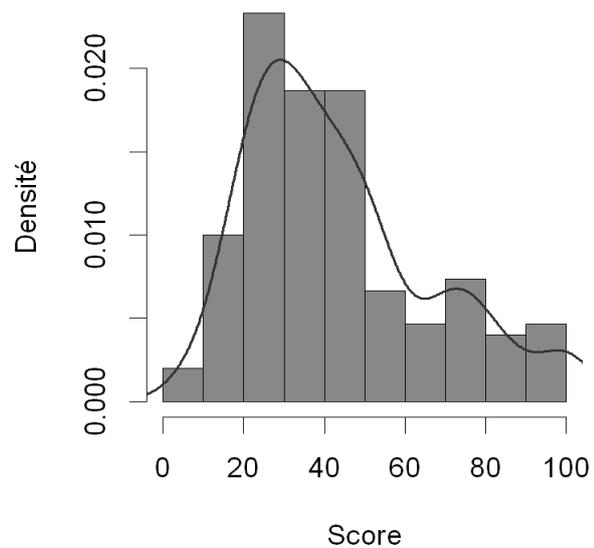
74% (n=111) des patients déclaraient lire la notice de leurs boîtes de médicaments. Ceux-ci connaissaient mieux leurs médicaments avec une moyenne de 3,75 contre 3,38 médicaments pour les autres. Ils étaient sensiblement en moyenne du même âge (79,3 vs 80,3 ans).

23,33% (n=35) déclaraient consommer des médicaments délivrés sans ordonnance. La moyenne d'âge ne différait pas significativement selon qu'ils en consommaient ou non (79,94 vs 80,07 ans).

88,67% (n=133) des sujets interrogés pensaient connaître leur traitement médicamenteux, en ayant répondu « oui » à la question. Ceux-ci connaissaient mieux leurs médicaments avec une moyenne de 3,72 contre 3,18 médicaments pour les autres. Ils étaient également plus jeunes avec une moyenne d'âge de 79,59 contre 83,53 ans.

La moyenne du score de connaissance était de $43,67 \pm 22,78$ avec un score minimum de 5 et un maximum de 100. Il est à noter que seuls 4,66% (n=7) des patients inclus ont obtenu ce score maximum.

| | valeur |
|-------------------|-------------------|
| Effectif | 150 |
| Moyenne | 43.667 |
| Ecart type | 22.777 |
| IC 95% | [39.992 ; 47.342] |
| Minimum | 5 |
| Quartile 1 | 27 |
| Médiane | 38 |
| Quartile 3 | 55 |
| Maximum | 100 |
| Manquante | 0 |



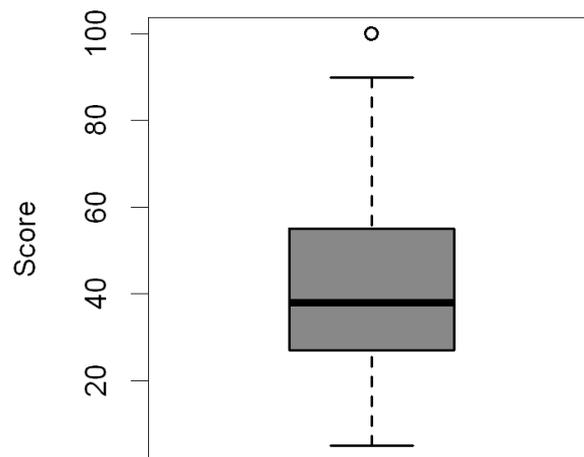


Figure 11 : densité du score de connaissance

16% des patients (n=24) connaissaient bien leur traitement (score de connaissance strictement supérieur à 70), 53,3% (n=80) le connaissaient modérément (score compris entre 30 et 70) et 30,7% (n=46) le connaissaient insuffisamment (score strictement inférieur à 30). Ces données sont résumées dans l'histogramme suivant.

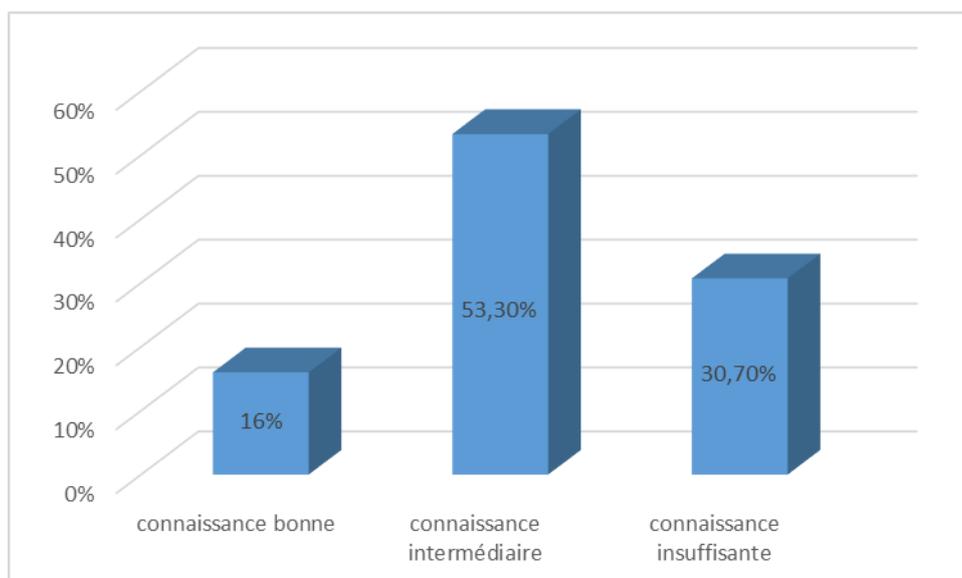


Figure 12 : répartition de la connaissance du traitement selon 3 classes

La classe médicamenteuse la plus prescrite était celle à visée cardio vasculaire dans 83% des cas (n=124). Les médicaments à visée endocrinienne arrivaient en deuxième position dans 64% des cas (n=96), suivis de ceux à visée anti coagulante et anti agrégant plaquettaire, des antalgiques. Ces données sont résumées dans le tableau et le graphique qui suivent.

| | Effectif | Pourcentage | IC à 95% | Valides | Manquantes |
|---|-----------------|--------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| Cardio vasculaire | 124 | 83 | [75.45-88.17] | 150 | 0 |
| Endocrinien | 96 | 64 | [55.72-71.55] | 150 | 0 |
| Anti coagulant et anti agrégant plaquettaire | 84 | 56 | [47.67-64.01] | 150 | 0 |
| Antalgique | 82 | 55 | [46.35-62.74] | 150 | 0 |
| Neuro psychologique | 76 | 51 | [42.42-58.87] | 150 | 0 |
| Autres | 73 | 49 | [40.48-56.92] | 150 | 0 |
| Hépto gastro entérologique | 60 | 40 | [32.19-48.33] | 150 | 0 |
| Pneumologique | 25 | 17 | [11.27-23.82] | 150 | 0 |

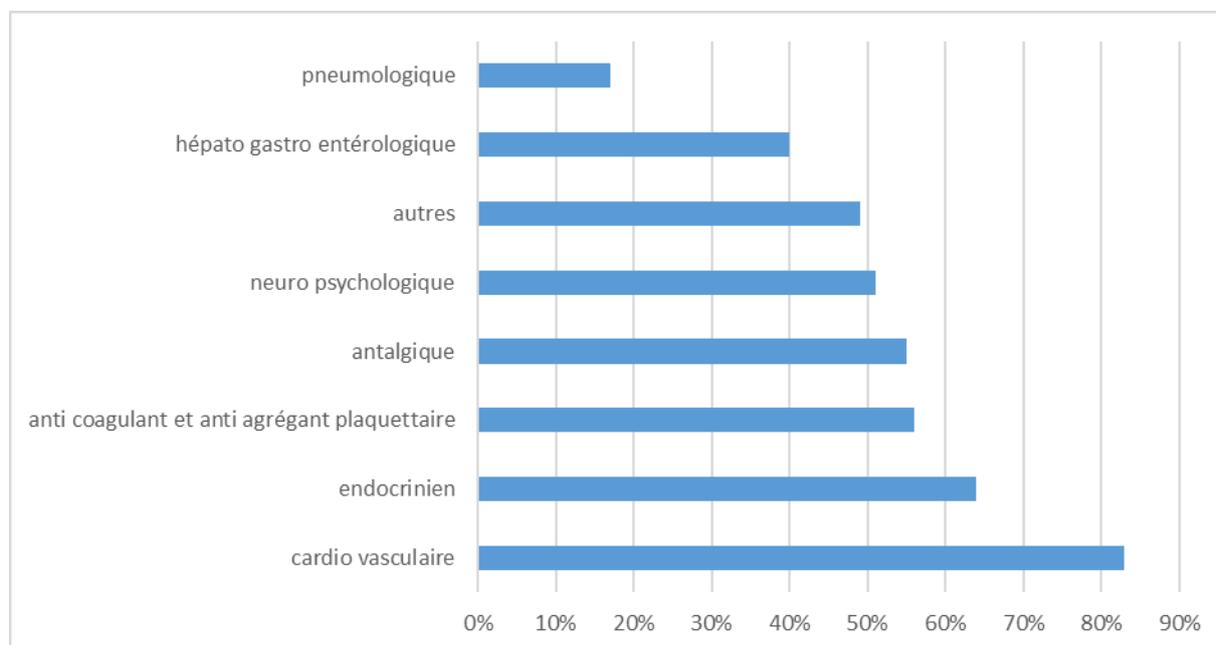


Figure 13 : répartition des classes médicamenteuses

La connaissance constatée de l'indication des médicaments variait selon les classes médicamenteuses. La figure suivante résume les principales données selon les classes médicamenteuses les plus souvent prescrites. Ainsi l'indication des antalgiques était mieux connue que celles des médicaments à visée cardio-vasculaires ou à visée neuro psychologiques (indication connue respectivement dans 80.2%, 60.7%, 60.2% des prescriptions). L'indication des anticoagulants et antiagrégants plaquettaires était connue à peine plus de deux fois sur trois (67.3%).

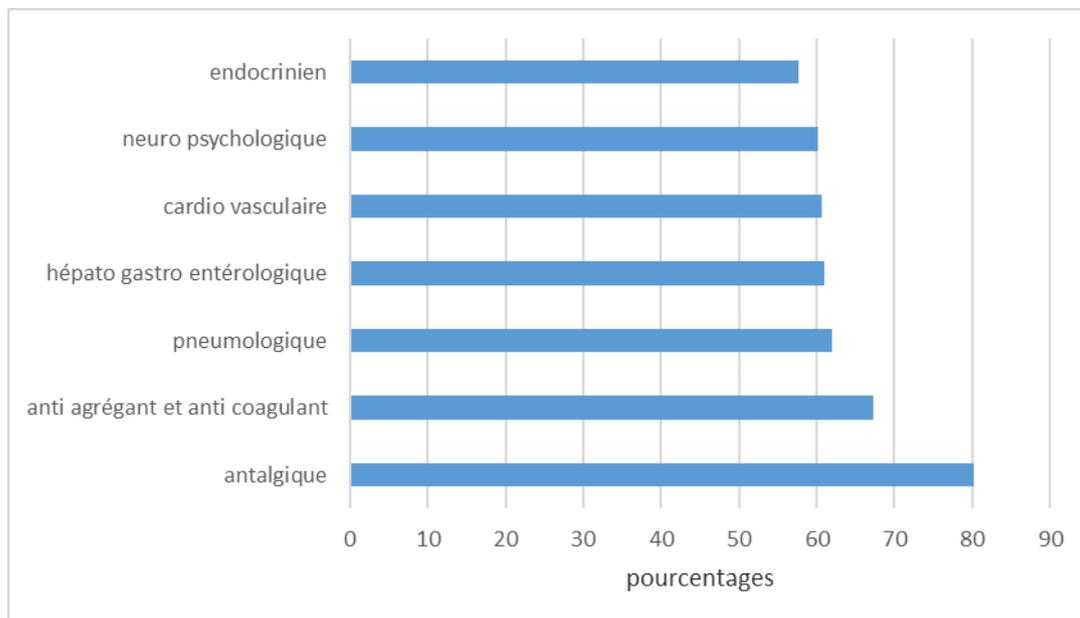


Figure 10 : connaissance de l'indication des différentes classes médicamenteuses

L'indication du médicament était le paramètre le mieux connu (58.9%), suivi par la durée du traitement et la répartition quotidienne, dans respectivement 56.2% et 55.7%. La dénomination des médicaments étaient moins bien connus, à hauteur de 43.9% tandis que la forme galénique associée au grammage étaient connus dans 46.5%. Les précautions particulières et les effets indésirables n'ont pas été étudiés devant le faible taux de réponse

mis à part les précautions concernant les anticoagulants et antiagrégants plaquettaires qui avaient été retenues par 63% des patients.

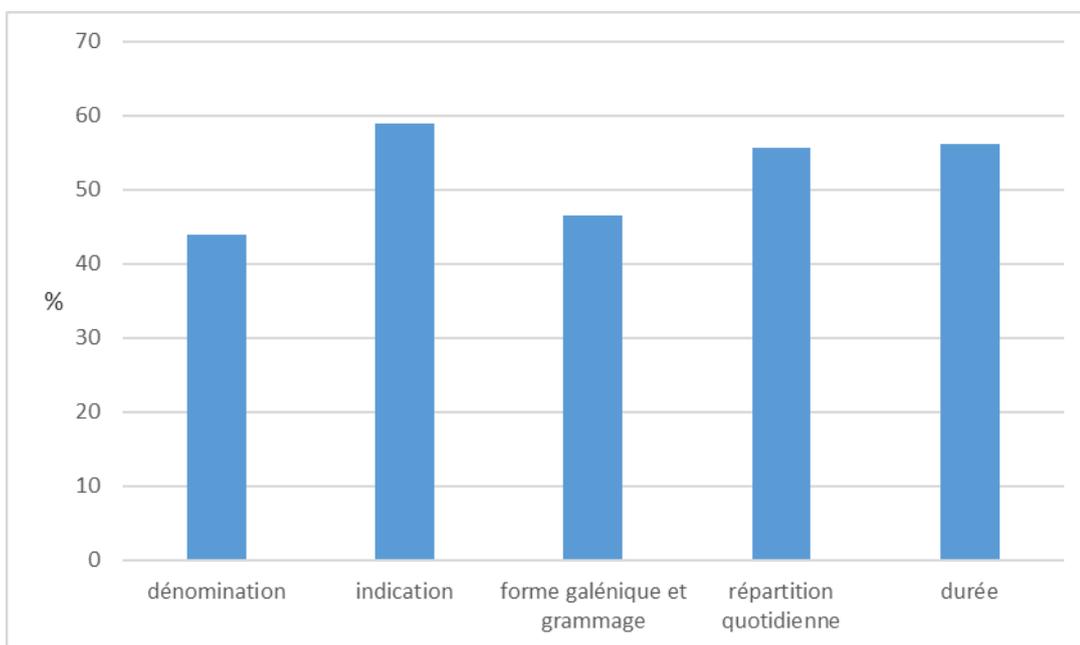


Figure 15 : connaissance des différents paramètres du tableau

2. Comparaison entre le score de connaissance et les autres paramètres étudiés

a. Résultats selon l'âge

Il existait une corrélation négative entre l'âge et le score de connaissance du traitement ($p = 0.003$) comme le montre la figure suivante. Les patients âgés de 75 à 79 ans ($n=85$) ont obtenu un score moyen de 48,39 contre un score moyen de 40,64 entre 80 à 84 ans ($n= 37$) et un score moyen de 33,32 pour les personnes de plus de 85 ans ($n=28$).

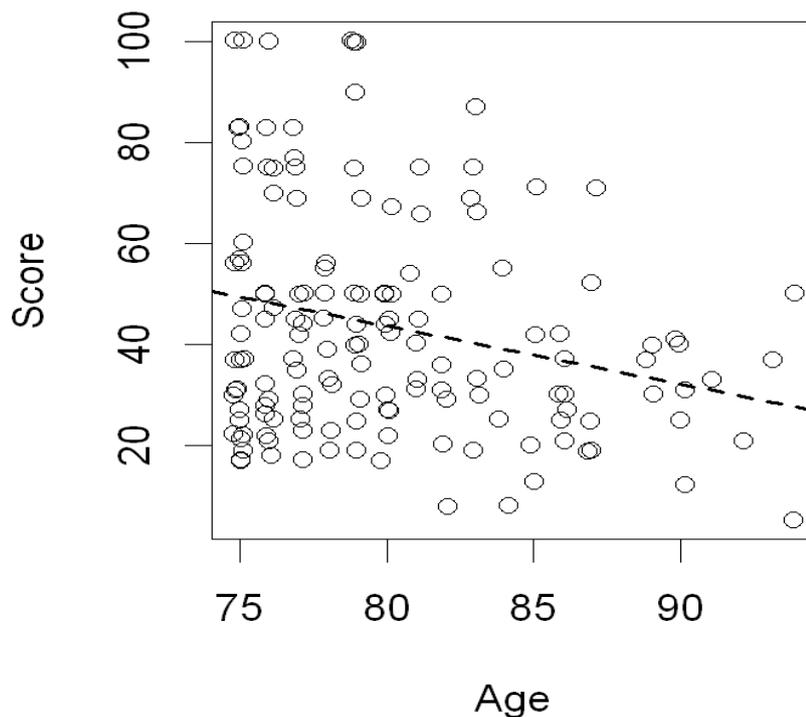


Figure 16 : score de connaissance selon l'âge

Les patients ayant une bonne connaissance de leurs médicaments ($n=24$) avaient une moyenne d'âge de 78,12 ans, ceux ayant une connaissance intermédiaire ($n=80$) avaient 80,32 ans et ceux ayant une connaissance insuffisante ($n=46$) avaient 80,54 ans.

b. Résultats selon le nombre total de médicaments pris par le patient

Il existait une corrélation négative entre le nombre total de médicaments et le score de connaissance du traitement ($p = 1,48 \text{ e-}20$) comme le montre la figure suivante.

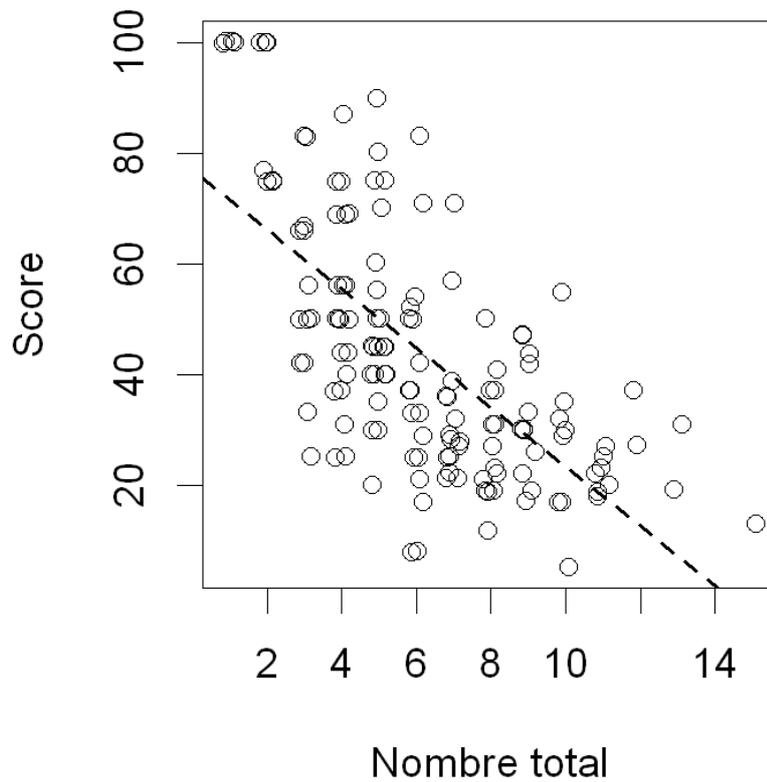


Figure 17 : score de connaissance selon le nombre total de médicaments

Les patients ayant une bonne connaissance de leurs médicaments prenaient en moyenne au total 3,25 médicaments, ceux ayant une connaissance intermédiaire 5,91 et ceux ayant une connaissance insuffisante 8,22 médicaments.

c. La lecture ou non de la notice des boîtes de médicaments

Il a été mis en évidence une différence statistique significative entre les patients qui lisaient la notice de leurs boîtes de médicaments et ceux qui ne le faisaient pas ($p = 0.00826$). Les patients lisant la notice ($n=111$) ont obtenu une moyenne du score de connaissance de $46,56 \pm 23,15$. Ceux qui ne la lisaient pas ($n=39$) ont obtenu une moyenne de $35,44 \pm 19,71$.

| | Non | Oui |
|-------------------|--------|--------|
| Effectif | 39 | 111 |
| Moyenne | 35.436 | 46.559 |
| Ecart type | 19.712 | 23.153 |
| Minimum | 8 | 5 |
| Médiane | 30 | 41 |
| Maximum | 83 | 100 |

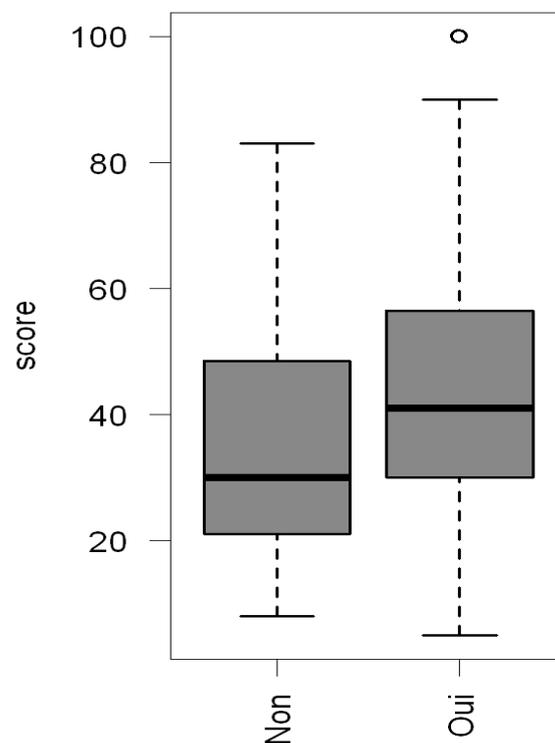


Figure 18 : impact de la lecture de la notice sur le score de connaissance

d. Résultats selon le sexe du patient

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistique significative entre le sexe du patient et le score de connaissance du traitement ($p = 0,548$). Les sujets féminins ($n=100$) ont obtenu une moyenne du score de connaissance de $44,46 \pm 23,25$. Les sujets masculins ($n=50$) ont obtenu une moyenne du score de connaissance de $42,08 \pm 21,94$.

| | Féminin | Masculin |
|-------------------|---------|----------|
| Effectif | 100 | 50 |
| Moyenne | 44.46 | 42.08 |
| Ecart type | 23.253 | 21.938 |
| Minimum | 5 | 17 |
| Médiane | 40 | 37 |
| Maximum | 100 | 100 |

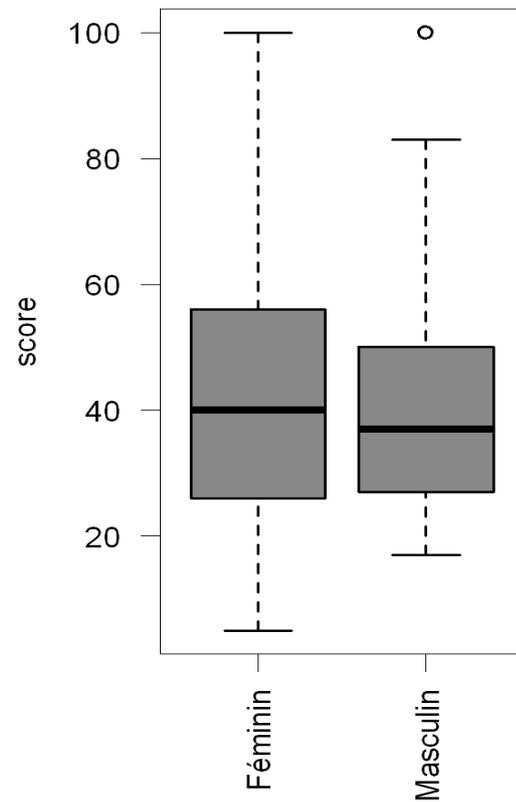


Figure 19 : score de connaissance selon le sexe du patient

e. Résultats selon la connaissance supposée du patient

Il a été mis en évidence une différence statistique significative entre les patients qui pensaient connaître leur traitement en ayant répondu « oui » à la question et le score de connaissance du traitement ($p = 0,000147$). Les sujets ayant répondu « oui » ($n=133$) ont obtenu une moyenne du score de connaissance de $46,14 \pm 22,81$ alors que ceux ayant répondu « non » ($n=17$) ont obtenu une moyenne de $24,29 \pm 9,465$.

| | Non | Oui |
|-------------------|--------|--------|
| Effectif | 17 | 133 |
| Moyenne | 24.294 | 46.143 |
| Ecart type | 9.465 | 22.809 |
| Minimum | 8 | 5 |
| Médiane | 25 | 42 |
| Maximum | 40 | 100 |

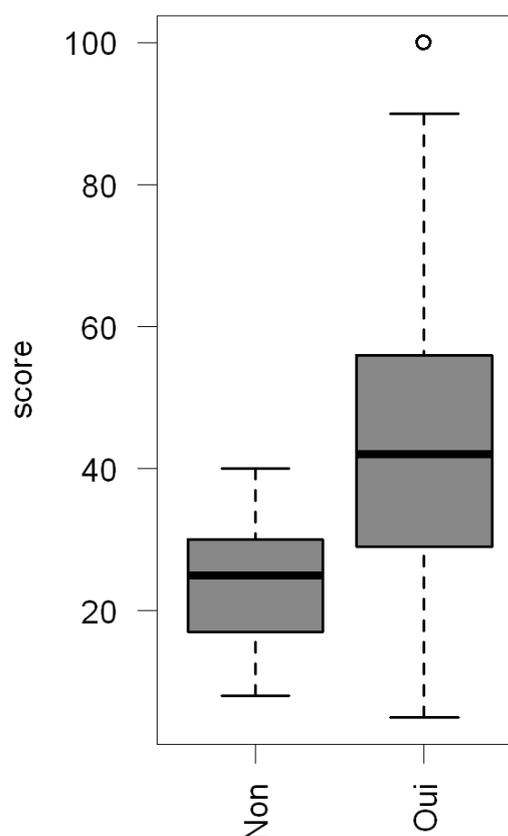


Figure 20 : impact de la connaissance supposée sur le score de connaissance

Il est à noter que les patients ayant une bonne connaissance de leurs médicaments avaient répondu « oui » à la question dans 100% des cas.

f. Résultats selon le nombre de médicaments connus par le patient

Il n'a pas été mis évidence de corrélation significative entre le nombre de médicaments connus par le patient et le score de connaissance du traitement ($p = 0,538$).

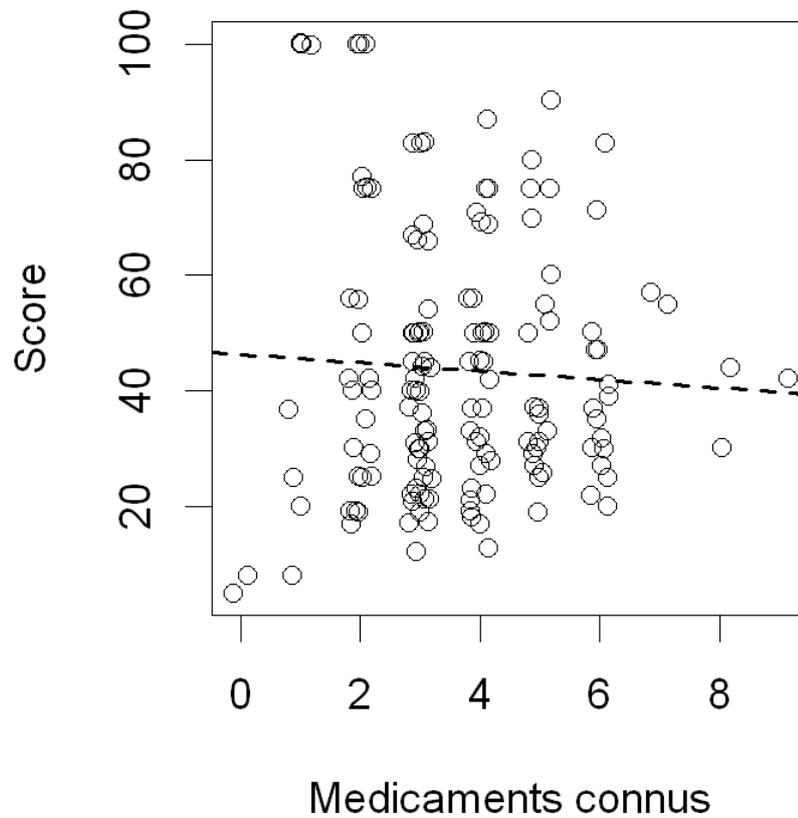


Figure 21 : score de connaissance selon le nombre de médicaments connus

Les patients ayant une bonne connaissance de leurs médicaments connaissaient en moyenne 3,12 médicaments contre 3,26 pour ceux ayant une connaissance insuffisante et 4,05 pour ceux ayant une connaissance intermédiaire

g. Résultats selon le médecin traitant

En comparant les moyennes des groupes de patients, une différence statistiquement significative a été mise en évidence entre les médecins traitants et le score de connaissance du traitement ($p = 0,00607$) comme le montre le tableau suivant.

| | Médecin | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Effectif | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Moyenne | 38.467 | 29.867 | 32.867 | 43.4 | 45.733 | 60.467 | 41 | 51.133 | 52.4 | 41.333 |
| Ecart type | 16.928 | 21.057 | 15.869 | 21.807 | 14.597 | 21.46 | 20.757 | 29.296 | 25.363 | 25.263 |
| Minimum | 17 | 5 | 18 | 19 | 25 | 30 | 17 | 12 | 17 | 19 |
| Médiane | 33 | 30 | 25 | 40 | 45 | 60 | 31 | 42 | 54 | 29 |
| Maximum | 75 | 90 | 75 | 100 | 75 | 100 | 75 | 100 | 100 | 100 |

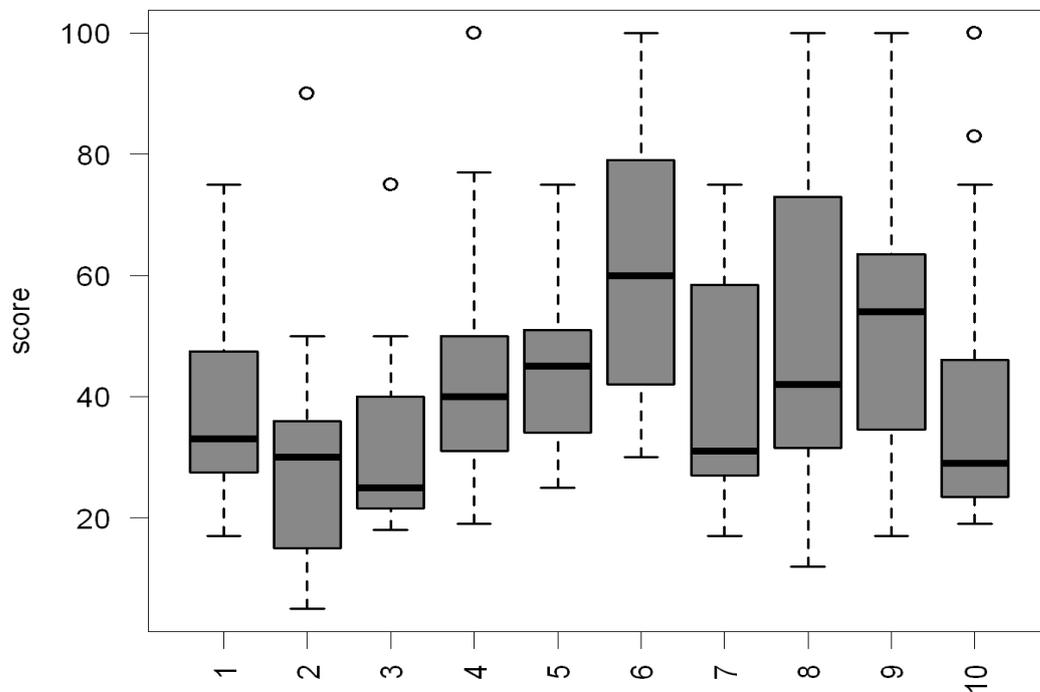


Figure 22 : score de connaissance selon le médecin traitant

3. Projection des déterminants du score

En effectuant des calculs sur le modèle de régression linéaire, il a été mis en évidence les résultats suivants. Pour ce qui est de l'âge, l'analyse statistique a mis en évidence une association significative ($p = 0.027$), c'est à dire que pour une année de plus, le score de connaissance perdait 0,67 point en moyenne, soit 6,7 points en 10 ans. Pour ce qui est du nombre total de médicaments, l'analyse mettait également en évidence une liaison forte entre les deux variables ($p = 6.61 \cdot 10^{-20}$). Ainsi, le score de connaissance perdait 4,96 points en moyenne pour chaque médicament en plus sur l'ordonnance. Pour ce qui est de la lecture de la notice, les résultats ont démontré que celle-ci améliorerait de manière significative le score de connaissance ($p = 0.003$). Il a été également démontré que, dans cette étude, le sexe et le fait de penser connaître son traitement médicamenteux n'étaient pas des déterminants du score.

| | Value | IC inf | IC sup | p Value |
|-------------------------|--------------|---------------|---------------|-----------------------|
| Sexe masculin | 2.626 | -3.0134 | 8.2654 | 0.36 |
| Age | -0.6666 | -1.2509 | -0.0823 | 0.02 |
| Connaissance Oui | 7.4038 | -1.1553 | 15.9629 | 0.09 |
| Total médicament | -4.9562 | -5.8581 | -4.0543 | $6.60 \cdot 10^{-20}$ |
| Notice oui | 8.8945 | 3.0198 | 14.7692 | 0.003 |

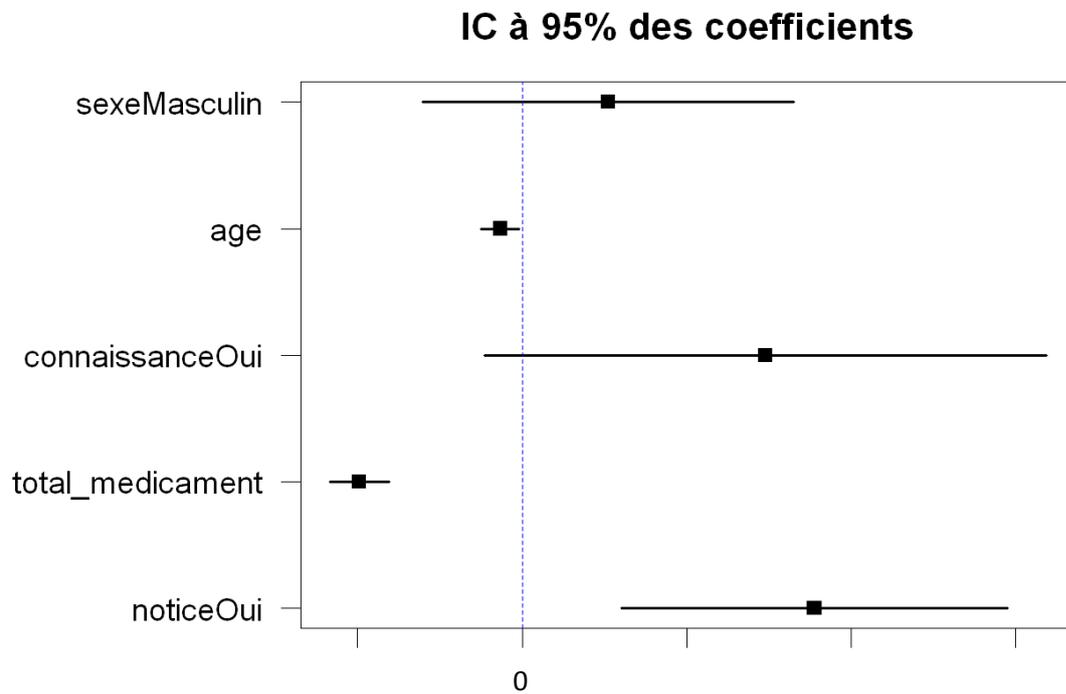


Figure 23 : Corrélation entre les déterminants et le score en lui même

DISCUSSION

Parmi les 150 patients inclus, seulement 16% connaissaient leur traitement de façon satisfaisante alors qu'un peu moins d'un tiers avaient une connaissance moindre de leurs médicaments.

Un travail ayant fait l'objet d'un sujet de thèse en 2012 à la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen⁷⁸ présentait des similarités. 200 patients hospitalisés de plus de 65 ans ont répondu à un questionnaire durant leur hospitalisation permettant de définir des critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés. Dans cette étude, tout comme dans celle-ci, 3 catégories de patients ont été définies (« connaissance bonne », « connaissance intermédiaire » et « connaissance insuffisante ») ; 21,5% des patients avaient une bonne connaissance de leurs médicaments, 25,5% une connaissance intermédiaire et 53% une connaissance insuffisante.

1. Les facteurs influençant la connaissance qu'ont les patients âgés de leurs médicaments

En 2006, une étude concernant les capacités mentales et l'adhérence médicamenteuse a été menée chez des sujets âgés. Les principaux facteurs corrélés au manque de connaissance de leurs médicaments étaient la polypathologie, la polymédication qui en découle et le manque d'implication de certains patients du fait de capacités mentales diminuées⁷⁹.

La méconnaissance du traitement médicamenteux favorise la mauvaise observance et peut être à l'origine d'erreurs médicamenteuses, d'accidents iatrogènes, d'hospitalisations et donc d'une altération de la qualité de vie voire d'une perte d'autonomie^{21,59}.

a. L'âge

L'étude a montré une relation inverse significative entre l'âge et la connaissance des traitements médicamenteux.

La plupart des études retrouvent également une relation négative entre l'âge du patient et le degré de connaissance des traitements. Ainsi Bertrand et al⁸⁰, Vilke et al⁸¹ et Jaye et al⁸² ont montré une diminution de la connaissance des médicaments avec l'avancée en âge.

Ceci peut s'expliquer par l'augmentation avec l'âge de la prévalence des pathologies cognitives dégénératives et vasculaires ainsi qu'au retentissement cérébral du vieillissement, mais aussi par l'augmentation du nombre et de la complexité des traitements avec l'âge⁸³.

b. La polymédication

L'étude a montré une relation inverse entre nombre de médicaments et connaissance qu'ont les patients de ceux-ci. Ainsi, les patients recevant 1 ou 2 médicaments obtenaient un score de connaissance moyen de 91,09, soit un score 4 fois plus important que ceux prenant 10 médicaments ou plus.

Une autre étude menée chez des patients de plus de 65 ans a également retrouvé des résultats similaires par le passé : les patients ayant 1 ou 2 médicaments connaissaient 5 fois mieux la manière de les prendre et 3 à 4 fois mieux leurs noms et leurs effets indésirables que ceux qui recevaient 3 médicaments ou plus⁴⁶. Jeandel et coll. aboutissaient à la conclusion qu'une ordonnance contenant plus de 4 médicaments était associée à une méconnaissance du traitement⁸⁴. Il en est de même pour Chung et coll. qui retrouvent des conclusions comparables dans leur étude portant sur la connaissance des traitements de 88 patients âgés de plus de 65 ans⁸⁵.

De nombreuses autres études s'accordent également sur le lien négatif entre nombre de médicaments et observance avec une valeur seuil à 3 médicaments^{86,87}.

Dans la littérature, on remarque que le nombre moyen de médicaments par jour que prennent les sujets âgés a tendance à augmenter depuis des années. Selon les données de l'ESPS de 2000, il était de 3,6 médicaments par jour⁴¹, alors que celles de 2002 retrouvait 3,9 médicaments par jour⁴². D'après les données de 2004 de Gonthier et coll., les personnes âgées de plus de 70 ans vivant à domicile consommaient en moyenne 4 à 6 médicaments par jour⁸⁸. Ces derniers chiffres semblent en accord avec nos résultats. En revanche, une étude réalisée en 2011 en France retrouvait un nombre moyen de médicaments supérieur pour les sujets de plus de 80 ans avec près de 10 médicaments⁸⁹.

Ce constat a également été mis en évidence dans une étude réalisée sur une période de 21 ans avec une augmentation du nombre de boîtes de médicaments émises et une croissance de la consommation fortement marquée chez les personnes âgées⁹⁰.

Ces chiffres sont nettement supérieurs aux pratiques médicales des autres pays européens comme l'a montré l'étude des prescriptions dans le suivi post infarctus. La France est un pays où les médecins mettent plus souvent en place des polythérapies qui, par définition, élèvent la consommation moyenne de médicaments. Cependant, ces polythérapies répondent aux nombreuses recommandations internationales de prise en charge⁹¹.

c. La lecture de la notice

Dans cette étude, la lecture de la notice était un facteur améliorant la connaissance générale du traitement médicamenteux chez les personnes âgées. Dans la littérature, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études ayant mis en évidence cette même corrélation.

Cependant, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) recommande de toujours lire la notice des médicaments que les patients consomment⁹². Cela permettrait au patient de mieux connaître les indications, les contre-indications et les modalités de prise des médicaments, de mieux gérer son mode de vie (alimentation et hydratation pouvant influencer la pharmacodynamie et/ou la pharmacocinétique du médicament). La lecture de la notice permettrait également de mieux appréhender les médicaments qu'ils consomment sans ordonnance, qui représente dans cette étude tout de même 1 patient sur 4.

Il conseille également aux patients de bien observer la boîte du médicament permettant notamment de ne pas confondre la DCI et le nom générique en cas de délivrance sous cette forme et de retrouver la posologie dudit médicament. Il est donc important de conserver le médicament et sa notice dans sa boîte d'origine et que le pharmacien, à la délivrance de celui-ci, inscrive lisiblement la posologie et la durée du traitement⁵³.

d. Les classes médicamenteuses

Notre étude a mis en évidence que toutes les classes médicamenteuses ne sont pas connues de la même façon par les patients âgés. Elles ne comportent pas non plus les mêmes risques.

Les médicaments à visée cardio vasculaire constituaient la spécialité la plus prescrite : 83% des patients de l'étude consommaient au moins un médicament de ce type. Cette consommation majeure est corrélée à la prévalence élevée des maladies cardio vasculaires^{93,94}. Les données de l'ESPS de 2010 mettaient en évidence que le nombre de maladie ou troubles de santé pour 100 personnes de plus de 65 ans le plus élevé était les maladies de l'appareil circulatoire (127,8 maladies/100 personnes)⁹⁵. Toujours selon les données de l'ESPS, la classe médicamenteuse la plus prescrite chez les plus de 65 ans

vivant à leur domicile en 2000 était effectivement les médicaments à visée cardiologique, mais seulement 51% des patients en consommaient⁴².

La seconde classe thérapeutique est celle des médicaments anti coagulants et antiagrégants plaquettaires. La prévalence du risque thrombotique augmente avec l'âge. On estime que ce risque est multiplié par 4 chez les 65-79 ans et par 5,6 chez les plus de 80 ans par rapport à la population de moins de 65 ans^{96,97}. Il en est de même pour la prévalence de la fibrillation auriculaire chronique⁹⁸.

Plus de la moitié des sujets de l'étude consommaient un médicament anti coagulant ou antiagrégant plaquettaire qui expose à un risque accru d'accidents hémorragiques⁹⁹. Or, dans l'étude, les précautions particulières liées à ce type de traitement n'avaient pas été retenues par un tiers des sujets.

Le risque hémorragique chez le sujet âgé est lié à la fréquence des interactions médicamenteuses, à la forte prévalence des lésions digestives favorisant l'hémorragie, à la fréquence particulière des chutes dans cette population, à la plus grande sensibilité aux anti-vitamines K, aux modifications de la synthèse des facteurs de coagulation et enfin à des difficultés d'observance⁹⁹. Une étude réalisée en 2008 a montré une diminution significative des événements hémorragiques survenant sous anti-vitamines K lorsqu'une double information était donnée par le médecin et le pharmacien¹⁰⁰.

La troisième classe thérapeutique est celle des médicaments à visée neuro-psychologiques. Dans l'étude, un patient sur 2 consommait au moins un médicament de cette classe. Il s'agissait dans la majorité des cas de traitements hypnotiques. Ce chiffre est plus élevé que dans l'enquête ESPS en 2000 où 21% des sujets consommaient un médicament du système nerveux central⁴³ ainsi que dans la revue de Capet et coll. où 25%

des sujets âgés consommaient quotidiennement des anxiolytiques et des hypnotiques¹⁰¹. Une étude française publiée en 2008 chez 1306 patients hospitalisés de plus de 75 ans a mis en évidence que 50,1% des patients avaient consommé au moins un médicament psychotrope durant les deux semaines précédant l'hospitalisation¹⁰². Or, le risque accru de chutes, de troubles de la vigilance et de la mémoire, de confusion mentale ou d'altération cognitive lié à cette classe thérapeutique est bien décrit¹⁰¹.

La France est la première consommatrice mondiale de psychotropes. Ceci s'explique par des indications souvent abusives, mais aussi des durées de traitements excessives et dangereuses, avec risque de dépendance¹⁰³. Ceci est vrai pour tous les psychotropes, mis à part les antidépresseurs qui sont au contraire sous utilisés car la dépression du sujet âgé est sous diagnostiquée¹⁰¹. Pourtant, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge comme le met en évidence les données de l'INSERM de 2011 (Institut national de la santé et de la recherche médicale), l'incidence du suicide est de 20,6 pour 100 000 habitants chez les 65-74 ans et atteint 40,3 chez les 85-94 ans¹⁰⁴.

La dernière classe thérapeutique est celle des médicaments antalgiques, qui était consommé par un peu plus d'un patient sur 2 dans l'étude. L'indication de ces traitements était connue dans 8 cas sur 10. Cette connaissance élevée vient probablement de l'efficacité ressentie par les patients de ce type de médicaments. En effet, les sujets âgés sont souvent algiques et trouvent dans ce type de thérapeutique un bénéfice important, notamment en terme de qualité de vie.

Une étude a mis en évidence que les indications des médicaments à visée symptomatique comme les antalgiques étaient mieux connues que les médicaments visée préventive¹⁰⁵ tels les médicaments à visée cardiologique. Cependant, les antalgiques sont des médicaments souvent utilisés en automédication et ne sont pas dénués d'effets

secondaires, notamment si l'on inclut les antalgiques de palier II et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)^{106,107}.

2. Optimisation de l'utilisation des médicaments : stratégies d'intervention

Une meilleure connaissance par les patients âgés de leur traitement peut sans doute améliorer l'observance et limiter le risque d'effets indésirables médicamenteux. Mais d'autres moyens permettent de limiter ce risque et notamment l'optimisation de l'ordonnance par le respect de règles simples, tant sur un plan quantitatif que qualitatif^{108,109}.

i. Avant la prescription

Il est licite de se poser quelques questions avant la prescription d'une nouvelle thérapeutique chez un sujet âgé :

- Est-ce que le prescripteur a bien écouté, examiné et compris le patient ?
- Les antécédents du patient, ses thérapeutiques actuelles, son mode de vie et son état cognitif sont-ils bien connus ?
- Le diagnostic est-il bien établi ?
- Le médicament choisi est-il le plus adapté au patient ? L'indication du traitement est-elle correcte ?
- Existe-t-il des contre-indications à ce traitement ou des alternatives avec un meilleur profil de tolérance ? Faut-il ajuster la posologie du médicament ?

- Le patient peut-il utiliser le traitement sans se tromper et réaliser le suivi nécessaire de façon appropriée ?

ii. Réévaluer périodiquement l'ordonnance

La réévaluation du traitement des sujets âgés permet de se reposer régulièrement les questions précédentes et d'apporter si besoin des éventuelles modifications.

iii. Eviter l'utilisation de médicaments inappropriés en gériatrie

Certaines prescriptions sont considérées comme inappropriées chez le sujet âgé en raison d'une efficacité douteuse ou d'un profil de tolérance défavorable. Une liste de thérapeutiques dont la prescription peut être considérée comme inappropriée chez le sujet âgé a été établie par des auteurs nord-américains (critères de BEERS³³) dont la dernière version⁶⁰ a été revue en 2003. Cette liste a été secondairement adaptée aux pratiques françaises du fait de molécules différentes entre l'Amérique du Nord et l'Europe.

Plus récemment, après validation par la méthode Delphi, l'outil STOPP (Screening Tool of Older People's Prescriptions) a été publié et propose une liste de 65 prescriptions inappropriées à la population gériatrique^{110,111}. Cet instrument, à la différence de Beers, tient compte de la pathologie pour laquelle le médicament est prescrit.

Pour finir, un dernier outil START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) semble intéressant pour améliorer les prescriptions dans la population gériatrique¹¹². Il concerne des médicaments pertinents mais sous utilisés. En effet, même si la littérature montre que les sujets âgés consomment beaucoup de médicaments, une proportion non négligeable ne reçoit pas des médicaments indiqués susceptibles d'améliorer leur santé ou leur pronostic, et cela même en l'absence de contre-indications à ces médicaments. L'outil START fournit une liste précise de ces pathologies et des traitements à mettre en œuvre.

iv. Limiter le nombre de médicaments

Il faut limiter le nombre de médicaments sur l'ordonnance. Notre étude a mis en évidence ce lien négatif entre nombre élevé de médicaments et la connaissance générale du traitement. Pour cela, il est nécessaire de s'assurer que le traitement est réellement indiqué et indispensable, et qu'il est organisé en fonction de la hiérarchisation antérieurement définie.

Les associations fixes de principes actifs semblent être une voie intéressante pour diminuer le nombre de médicaments et le nombre de prises quotidiennes, et, par conséquent, augmenter l'observance¹¹³.

v. Ajuster les doses

Il faut adapter la posologie des médicaments en tenant compte des paramètres pharmacocinétiques des médicaments et de l'ensemble des modifications physiologiques et/ou pathologiques du patient mais s'assurer qu'elle soit efficace (risque d'inefficacité et d'inutilité chez le sujet âgé) et fixer la durée du traitement. Pour beaucoup de médicaments, il convient de diminuer la posologie par rapport à celle habituellement prescrite chez un sujet plus jeune.

vi. Eviter les interactions médicamenteuses

Il est nécessaire d'éviter les interactions médicamenteuses qui sont favorisées par la polymédication. Néanmoins, il est très difficile de connaître toutes les interactions possibles. Ainsi, il ne faut jamais prescrire 2 médicaments de la même classe pharmacologique, ne pas utiliser 2 médicaments ayant des propriétés pharmacologiques similaires et se méfier des médicaments inducteurs et inhibiteurs.

Une qualité de prescription optimale est une condition nécessaire mais non suffisante pour améliorer l'utilisation des médicaments, et donc limiter au maximum le risque d'effets indésirables. Les différents professionnels de santé doivent expliquer l'ordonnance réalisée au patient ou à son entourage si besoin et s'assurer qu'elle soit bien comprise. Ces informations doivent se faire en termes simples et compréhensibles et porter sur les traitements (objectifs thérapeutiques, bénéfices actuels, effets secondaires potentiels) mais également sur la pathologie (risques évolutifs). Tout cela favorisera alors l'implication du patient dans le projet thérapeutique et participera à améliorer la connaissance de son traitement.

a. Sécuriser les prises médicamenteuses

La première des choses à vérifier est de savoir si le traitement instauré est bien pris par le patient. Sécuriser les prises médicamenteuses contribue à améliorer la prise de ceux-ci. Ainsi, de multiples actions peuvent être entreprises : réduire le nombre de prises dans la journée, adapter la forme galénique et le conditionnement, utiliser un support externe (semainier, agenda médicamenteux, tableaux récapitulatifs, et de nos jours un système informatisé avec alarme et dispensation électronique)¹⁰⁵ et même si besoin faire intervenir une tierce personne pour la préparation et/ou la distribution des traitements.

b. La relation médecin généraliste-malade

Dans la littérature, tous les auteurs jugent que la qualité de la relation médecin-patient est cruciale pour une bonne prise en charge si elle se déroule dans de bonnes conditions¹¹⁴, l'attitude du médecin et la qualité de l'accueil étant liées à l'adhésion du patient au traitement. Une étude réalisée en 2006 a ainsi mis en évidence une relation positive entre adhésion médicamenteuse et qualité de la relation médecin-malade¹¹⁵. Les prescriptions

étaient moins suivies si les patients avaient une faible confiance dans la capacité de leur médecin à les aider. La disponibilité du médecin et une fréquence de visite bimensuelle permettraient une meilleure observance¹¹⁶. Une étude a également mis en évidence que 96% des patients interrogés se souvenaient des recommandations faites par leur médecin, aussi bien sur un plan médicamenteux que sur les règles hygiéno-diététiques, mais que seules les recommandations concernant les médicaments étaient correctement suivies¹¹⁷.

Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à commenter son ordonnance afin d'améliorer la compréhension de celle-ci et ainsi favoriser l'implication du patient. Ce commentaire fournit non seulement une aide sur la façon de prendre le traitement mais également la motivation nécessaire pour une prise correcte. Il permet de vérifier le niveau de compréhension et d'expliquer les éventuels changements thérapeutiques.

Afin de certifier que son message soit bien passé, le médecin peut également le faire passer par le biais d'un message écrit qui permettra au patient de s'y reporter aussi souvent que nécessaire.

Le dernier point pour obtenir une bonne adhésion au traitement est d'accorder du temps au patient afin de répondre à ses éventuelles questions. Mieux le patient comprendra sa maladie et son traitement, meilleure sera son acceptation et donc sa connaissance générale.

Chez les sujets âgés, cette relation est bien souvent modifiée par l'intervention de personnes extérieures qui jouent un rôle de première importance : les autres professionnels de santé (spécialistes, pharmaciens), les professionnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants) ainsi que la famille et les aidants. Le médecin généraliste doit alors composer avec l'ensemble de ces protagonistes pour coordonner l'ensemble des actions.

c. Le rôle du pharmacien

Le rôle du pharmacien, tout comme celui du médecin, est également éducatif. L'éducation du patient et de son entourage favorise une meilleure adhésion au traitement et permet de sécuriser les prises médicamenteuses. Pour cela, il doit s'assurer que le patient peut prendre correctement ses médicaments (forme galénique, modalités d'administration) et expliquer l'ordonnance au patient et, si possible, à son entourage.

Une deuxième explication, après celle du médecin, permettrait une meilleure connaissance par la personne âgée de son traitement et donc augmenterait l'observance selon une étude de 2008. De plus, elle a mis en évidence que ce constat était indépendant de l'âge du patient, des fonctions cognitives et du nombre total de médicaments reçus¹¹⁸. Une diminution significative du risque hémorragique chez des patients sous anti vitamines K était également observée lorsqu'une double information était donnée par le médecin et le pharmacien¹⁰⁰.

Afin de ne pas perturber le patient, le pharmacien doit, si possible, éviter de changer de marque de médicament générique lors du renouvellement d'un traitement et signaler au patient tout changement de présentation des médicaments qu'il prend régulièrement, en particulier tout changement de conditionnement et de forme galénique (forme, taille, couleur...).

De même, le pharmacien a un rôle important à jouer pour améliorer l'observance thérapeutique, du fait d'une facilité d'accès et de proximité pour les patients. Il peut la vérifier en posant quelques questions : « vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? » ou « lorsque vous vous sentez mieux ou plus mal, arrêtez-vous ou modifiez-vous la prise de vos médicaments ? »

La relecture de l'ordonnance par le pharmacien avec le patient permet de diminuer le nombre de médicaments consommés, notamment en diminuant l'automédication, de

diminuer les hospitalisations liées aux effets secondaires médicamenteux et d'augmenter la connaissance du traitement et donc l'observance médicamenteuse. En revanche, cette relecture ne permettrait pas de diminuer la mortalité et n'améliore pas la qualité de vie^{118,119}.

L'ensemble de ces actions associées à celles du médecin traitant permettraient, via une meilleure implication et donc une meilleure connaissance du traitement, d'améliorer l'adhésion au traitement. Comme l'a mise en évidence une étude de 2008, le bon fonctionnement de la triade patient-médecin traitant-pharmacien permettrait l'amélioration de l'observance des sujets âgés polymédiqués¹²⁰.

d. Carte de traitement

Un document comportant des informations sur le traitement permettrait une meilleure communication entre médecin, pharmacien et patient et inciterait à poursuivre et améliorer l'éducation thérapeutique des patients.

Dans la littérature, l'importance d'une information orale adaptée à chaque individu a été clairement démontrée comme le souligne le rapport de l'agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2000. Ce rapport affirme aussi qu'un document écrit serait souhaitable. Cela permettrait au patient de s'y reporter et d'en discuter avec toute personne de son choix, notamment avec tous les professionnels de santé.

Une étude a confirmé que la remise d'une carte de traitement individualisée à la sortie d'une hospitalisation influençait significativement l'observance médicamenteuse en améliorant la connaissance. Elle permettrait également une meilleure implication du patient en influençant sa perception du traitement^{121,122}.

Le tableau qui a été utilisé dans notre étude pourrait servir de modèle pour réaliser une carte de traitement. Elle devrait être la plus claire possible en utilisant des termes facilement compréhensibles, une écriture avec de grands caractères facilement lisibles. Les différentes colonnes du tableau pourraient être reprises : nom du médicament (commercial et DCI), son indication, sa posologie et sa fréquence d'administration, la durée du traitement et les éventuelles précautions d'emploi.

Cette carte de traitement serait un outil que le patient pourrait présenter à tous les professionnels de santé, notamment lors d'une hospitalisation en urgence, afin d'éviter les erreurs à type d'omission ou de retranscription par exemple.

3. Forces et limites de l'étude

Le taux d'acceptation pour l'enquête des médecins généralistes contactés a atteint 76,9%. Ce taux de réponses positives élevé témoigne de l'intérêt que portent les médecins généralistes à la santé des personnes âgées et à leurs pratiques.

Notre étude était multicentrique, concernant un échantillon représentatif de cabinets médicaux du Nord Pas de Calais avec un nombre de patients importants, ce qui lui confère ainsi une meilleure puissance statistique. Le questionnaire et le tableau permettent de valider un recueil de données simple, peu onéreux et réalisable à grande échelle.

Cependant, cette enquête présente quelques limites.

Tout d'abord, la population étudiée concernait des patients âgés de 75 ans et plus, vivant à leur domicile et s'occupant eux-mêmes de la préparation et de la prise de leurs médicaments. L'extrapolation des résultats, à l'ensemble de la population des plus de 75 ans, est hasardeuse, du fait des caractéristiques et comorbidités associées différentes.

Ensuite, différents problèmes dans l'inclusion des patients ont été rencontrés durant ces neuf mois d'inclusion :

- Une perte d'effectif pour l'étude pour les patients âgés ne consultant pas au cabinet et/ou vivant en institution (maison de retraite, foyer logement, ...),
- Le manque d'implication de certains patients qui n'y voyaient pas ou peu d'intérêt et refusaient le questionnaire. Il se peut que les patients ayant participé à l'étude soient les plus sensibles à leur prise en charge médicale et ainsi on aurait surestimé la connaissance qu'ont les patients âgés de leurs traitements médicamenteux,
- Le manque d'implication de certains médecins pour le même problème car il se peut que les médecins ayant répondu favorablement à la participation de l'étude soient les plus sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées, ce qui pourrait alors surestimer la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs traitements médicamenteux,
- Une évaluation des fonctions cognitives laissée dans certains cas au jugé du médecin traitant sans réalisation par un des outils les plus couramment utilisés comme le Mini Mental Status ou MMS.

Enfin, la répartition de certains taux de manière subjective (« insuffisant », « moyen », « bonne ») entraîne une imprécision dans l'interprétation des résultats.

CONCLUSION

La connaissance des traitements est une condition essentielle pour une bonne observance thérapeutique et permet d'éviter les erreurs médicamenteuses risquant d'induire des accidents iatrogènes pouvant être responsables d'hospitalisations.

L'étude a mis en évidence que le travail pour améliorer cette connaissance est considérable. La connaissance des traitements chez les sujets âgés était insuffisante. Selon nos critères d'évaluation, seulement 16% des 150 patients interrogés connaissaient leur traitement de façon satisfaisante.

Différents facteurs influençant la connaissance du traitement ont été mis en évidence dans cette étude. L'âge est un facteur non modifiable mais en revanche, le nombre total de médicaments pris par un patient peut l'être tout comme la lecture par le patient de la notice de leurs médicaments. Le médecin généraliste joue un rôle majeur mais aussi le pharmacien.

La triade médecin généraliste-pharmacien-patient, auquel s'ajoute l'aidant quand le patient ne peut lui-même prendre son traitement est essentielle pour la bonne utilisation des thérapeutiques chez le sujet âgé. Des explications claires et répétées des deux premiers intervenants pourraient améliorer de façon significative la connaissance des médicaments notamment chez les sujets les plus à risque (patients très âgés, polymédiqués avec des troubles cognitifs). De même, il pourrait inciter les sujets âgés à poser d'avantages de questions au sujet de leurs pathologies et de leurs traitements.

La réalisation d'une carte de traitement simplifiée permettrait également d'améliorer cette connaissance. Cette carte paraît tout à fait réalisable avec l'utilisation de l'outil informatique.

L'étude qui a été réalisée pourrait être complétée par la réalisation d'une autre qui évaluerait le bénéfice de cette carte de traitement délivrée systématiquement après chaque consultation ou hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Site de la Haute Autorité de Santé. Confusion aigue chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. 2009. 5. www.has-sante.fr/
2. Site de l'Organisation Mondiale de la Santé. Thèmes de santé : Vieillesse. 2002. <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
3. Site de l'Institut national de la Statistique et des Etudes économiques. Population par groupe d'âges. 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4149
4. Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Évolution de l'espérance de vie selon l'âge. 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T14F036
5. Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Évolution des décès et de la mortalité. 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T14F036
6. Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution de la natalité et de la fécondité en France métropolitaine. 2013 http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T14F035
7. Site de l'Institut national de la Statistique et des Etudes économiques. Evolution et structure de la population. 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4149
8. Duron E. Vieillesse normale. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique. Rev Prat. 2011 Février;2:269.
9. Site de l'Institut national de la Statistique et des Etudes économiques. Projections de population à l'horizon 2060. 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320
10. Belmin J. Particularités de la médecine des sujets âgés. Gériatrie 2^{ème} édition Masson. 2009. 3-8.
11. DREES. Rapport sur les comptes nationaux de la santé en 2012. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat185-synthese.pdf>
12. Geay C., De Lacasgnerie G., Direction Générale du Trésor. (2013). Projections des dépenses de santé à l'horizon 2060 : le modèle PROMEDE.Paris ; direction Générale du trésor.
13. IRDES. Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France. Questions d'économie de la santé n°99. 2005. 6.
14. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. J Clin Pharm Ther 2007;32:113-21.
15. Haut Conseil Pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Rapport du haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2006:129.
16. DRESS ; Le marché du médicament dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004, Etudes et Résultats, 2006;502:7.
17. Landrain E. Rapport D'information déposé par La Délégation De L'assemblée Nationale pour L'union Européenne sur Les Réformes De L'assurance Maladie En Europe, 2004;118.
18. Jeandel C, Blain H. Influence de l'âge sur la pharmacologie des médicaments. Gériatrie 2^{ème} édition Masson. 2009:607-10.
19. Belmin J, Mariani J, Tessier D, Fulop T. Physiologie du vieillissement. Gériatrie 2^{ème} édition Masson. 2009:9-22.
20. Bouvenot G, Villani P. Do premarketing trials help to predict drug-related iatrogenic effects in elderly patients ?. Therapie 2004;59:233-6.

21. Doucet J, Queneau P. Adverse drug réactions in the elderly. Bull Acad Natl Med. 2005;189:1693-707; discussion 708-9.
22. European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. ICH Topic E7. Note for guidance on studies in support of special populations : Geriatrics, London 1995. <http://www.eudra.org/emea.html>
23. Site de la Haute autorité de Santé. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28_16_44_5_1_580.pdf
24. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. In : Fond. Nationale de Gériologie, dir. Gériologie et société. 2002/4 (n° 103). p.93.
25. Rochon P.A., Gurwitz J.H. Drug therapy. Lancet. 1995;346:32-36.
26. Ferrell B.A. Pain evaluation and management in the nursing home. Ann. Intern. Med. 1995;23:681-687.
27. Geffroy C.E., Couffin E., Doucet J., et al. Prescriptions inappropriées d'héparine à dose curative en milieu hospitalier : l'information des prescripteurs diminue-t-elle les erreurs. Presse Méd., 2002;31:303-311.
28. Sermet C. La polypathologie des personnes âgées. Publication CREDES n 1021. 1994
29. Université médicale virtuelle francophone. Polypathologie et médicaments, iatropathologie. 2008-2009.
30. Jorgensen T, Johansson S, Kennerfalk A, Wallander MA, Svardsudd K. Prescription drug use, diagnoses, and healthcare utilization among the elderly. Ann Pharmacother. 2001;35:1004-9
31. Pire V et al. Polymédication chez la personne âgée. Louvain médical. 2009 ;128:235-240.
32. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med, 1991;151:1825-32
33. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, et al: a method for assessing drug therapy appropriateness. Journal of clinical epidemiology. 1992;45:1045-51.
34. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, et al: Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2007;55:658-65.
35. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT: Polypharmacy in elderly patients. The American journal of geriatric pharmacotherapy. 2007;5:345-51.
36. Green JL, Hawley JN, Rask KJ: Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? The American journal of geriatric pharmacotherapy. 2007;5:31-9.
37. Gill SS, Mamdani M, Naglie G, et al: A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. Archives of internal medicine. 2005;165:808-13.
38. Sink KM, Thomas J 3rd, Xu H, Craig B, KritchevskyS, Sands LP: Dual use of bladder anticholinergics and cholinesterase inhibitors: long-term functional and cognitive outcomes. J Am Geriatr Soc. 2008;56:847-53. 11;165:808-13.
39. Fulton MM, Allen ER : Polypharmacy in the elderly: a literature review. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2005;17:123-32.
40. Sermet C. Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées. Les cahiers Albert le Grand. 1999;140:4-7.
41. Auvray L, Sermet C. Consommation et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. Gériol Soc 2002;103:13-27.
42. Auvray L, Doussin A, le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), France 2002. Paris: IRDES; 2003.

43. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA* 2005;293:1348-58.
44. Bégaud B. et al. : Does age increase the risk of adverse drug reaction? . *Br. J. Clin. Pharmacol* ;2002;54:548-552.
45. Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. *Ann Intren Med* 1991;114:956-66.
46. Doucet J. et al : Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé : épidémiologie et prévention. *La presse médicale* ; octobre 1999 ;28:1789-1793.
47. Ankri J. : Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et Société* ; décembre 2002 ;103:93-103.
48. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR) : a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci* 2002;24:46-54.
49. Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. *BMJ* 2004;329:15-9.
50. Freml JM, Smith KM. Medical management in the elderly : do you know the risk? *Orthopedics* 2005;28:915-7
51. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. *N Engl J Med*. 2011 Nov 24;365:2002-12
52. Doucet J, Jegou A, Noel D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A. Preventable and non-preventable risk factors for adverse drug event related to hospital admissions in the elderly. A prospective study. *Clin Drug Invest* 2002;22:385-92
53. AFSSAPS. Mise au point : Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Juin 2005
54. Adam M, Coffinet C, Corbiere C, Berthe A, Beuruelle C, Doucet J. Iatrogénèse des médicaments génériques en gériatrie. *Thérapie* 2011;66:459-460.
55. Queneau P. Complications de la polymédication en particulier chez les personnes âgées. *Bulletin et Mémoire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*. 2006;161:408-24
56. Pugh MJ, Fincke BG, Bierman AS, et al. Potentially inappropriate prescribing in elderly veterans : are we using the wrong drug, wrong dose, or wrong duration? *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1282-9
57. Steinman MA. Polypharmacy and the balance of medication benefits and risks. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:314-6
58. Queneau P, Trombert B, Carpentier F, Trinh-Duc A, Bannwarth B, Bouget J. [Adverse drug effects : a prospective study by Apnet performed in seven emergency care units in France : propositions for preventive measures]. *Ann Pharm Fr* 2005;63:131-42
59. Legrain S. [Prescription to elderly patients: reducing underuse and adverse drug reactions and improving adherence]. *Bull Acad Natl Med* 2007;191:259-69;discussion 69-70
60. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003;163:2716-24
61. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique française. *Rev Med Interne* 2009 ;3:592-601.
62. Tallis RC, Fillit HM. *Brocklehurst's Textbook of Geriatrics Medicine and Gerontology*. 6th edition. London : Churchill Livingstone. 2003;1568
63. Salvador M, Queneau P. *Thérapeutique de la personne âgée*. Maloine. 1998:32-37
64. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794-811

65. Atkin PA, Ogle SJ. Issues of medication compliance and the elderly. *Adverse drug React Toxicol Rev* 1996;15:109-18
66. Banning M. Older people and adherence with medication: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2008;45:1550-61
67. Wright EC. Non-compliance or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993;342:909-13
68. Cooper JK, Love DW, Raffoul PR. Intentional prescription nonadherence (noncompliance) by the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:329-33
69. Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, Scheyer RD, Ouellette VL. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA* 1989;261:3273-7
70. Lacaille S. Observance des traitements médicamenteux [thèse]. Paris : CHU Bichat ; 2002
71. Bret, Bollaert A, Lyon G, Meyrignac M. L'observance thérapeutique des personnes de 70 ans et plus. 2005
72. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. Measurement, correlate, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother* 2004;38:303-12
73. Thouvenin D. Rapport de l'ANAES soumis au groupe de travail chargé d'élaborer des recommandations destinées aux médecins, relatives à l'information des patients. 2000;47.
74. Schneider MP, Locca JF, Bugnon O, Conzelmann M. [Drug compliance in the elderly: determinants and support]. *Rev Med Suisse* 2006;2:664-6,9-70
75. Arlt S, Lindner R, Rosler A, Von Renteln-Kruse W. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Aging* 2008;25:1033-47
76. Briesacher BA, Gurwitz JH, Soumerai SB. Patients at-risk for cost-related medication nonadherence: a review of the literature. *J Gen Intern Med* 2007;22:864-71
77. Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population selon le sexe et l'âge au 1^{er} janvier 2013. 2013.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=19&ref_id=poptc02104
78. Bouvy G. Critères influençant la connaissance des traitements chez les sujets âgés : étude prospective chez 200 patients. Université de Rouen. 2012.
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/view_by_stamp.php?label=UROUEN&halsid=4gsg99f444rcqt88ius6nreu34&action_todo=view&id=dumas-00684204&version=1
79. Insel K, Morrow D, Brewer B, Figueredo A. Executive function, working memory, and medication adherence among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61:102-7.
80. Bertrand F, Plent I, Fournier JP et al. Les maladies connaissent-ils leurs médicaments? *Sem Hop Paris*. 1993;69,6:145-9.
81. Vike GM, Marino A, Iskander J, Chan TC. Emergency department patient knowledge of medications. *J Emerg Med* 2000;19:327-30.
82. Jaye C, Hope J, Martin IR. What do general practice patients know about their prescription medications? *N Z Med J* 2002;115:183.
83. Jouanny P. Mémoire, cognition et vieillissement. CHU de Rennes. 2009.
84. Jeandel C, Barrat V, Pierson A et al. L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez la personne âgée : enquête portant sur 300 patients hospitalisés. *La Revue de gériatrie*. Sept 1991. Tome 16. Numéro 7 : 319-32.
85. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency departments patients. *Ann Emerg Med* 2002;39:605-8.
86. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly : what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-22.

87. King JL, Schommer JC, Wirsching RG. Patients' knowledge of medication care plans after hospital discharge. *Am J Health Syst Pharm.* 1998;55:1389-93.
88. Gonthier R, Blanc P, Stierlam F. [Should we treat all the disease of the elderly ?]. *Thérapie* 2004;59:227-32.
89. Saint Jean O, Lenain E, Huon J, Sabatier B, Chatellier G. Analyse quantitative et qualitative des consommations de médicaments des français âgés en 2011. Paris. France.
90. Lecomte Th. La consommation médicamenteuse en 1991. Evolution 1970-1980-1991. Paris, CREDES. 1994.
91. Le Pen C, Lemasson H, Roulliere – Lelidec C. La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation. Avril 2007. 39.
92. AFSSAPS. Le bon usage des produits de santé. Toujours lire la notice de votre médicament. Mai 2007.
93. Durand R, Boulanger Morret M, Ferry JM et al. La prescription médicamenteuse chez la personne âgée. *Presse Med.* 2003;32:630-637.
94. Vogel T, Berthel M. Etude de 201 ordonnances lors de l'admission en médecine interne gériatrique. XXXIIèmes journées régionales de la Société française de gériatrie et gérontologie. Limoges. 2002.
95. Dourgnon P, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. France. 2012.
96. INSEE-CREDES-SESI. Enquête sur la santé et les soins médicaux. 1991. 1992.
97. Jeandel C, Blain H. [Venous thromboembolism disease in the elderly patient. Thromboembolism disease in geriatrics]. *Presse Med* 1998;27:1451-2.
98. Geffroy E, Friocourt P, Belmin J. utilisation des médicaments cardiovasculaires chez les sujets âgés. *Gériatrie 2^{ème} édition.* Masson. 2009;85:639-46.
99. Weil J, Colin-Jones D, Langman M et al. Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding. *BMJ* 1995;310:827-30.
100. Metley JP, Henessy S, Localio AR et al. Patient reported receipt of medication instructions for warfarin is associated with reduced risk of serious bleeding events. *J Gen Intern Med* 2008;23:1589-94.
101. Capet C, Levasseur C. Utilisation des médicaments psychotropes chez les sujets âgés. *Gériatrie 2^{ème} édition.* Masson. 2009;84:621-8.
102. Prudent M, Dramé M, Jolly D, et al. Potentially Inappropriate Use of Psychotropic Medications in Hospitalized Elderly Patients in France : Cross-Sectional Analysis of the Prospective, Multicentre SAFEs Cohort. *Drugs Aging.* 2008;25:933-46.
103. Queneau P. Treatment is also a science and the art of "de-prescribing". *Presse Med* 2004;33:583-5.
104. Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France: principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bul Epidémiol Hebd* 2011;22:249-55.
105. Blenkiron P. The elderly and their medication : understanding and compliance in a family practice. *Postgrad Med J.* 1996;72:671-6.
106. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. Implication for prevention. ADE Prevention Study Group. *JAMA* 1995;274:29-34.
107. Doucet J, Chassagne P, Trivalle C, et al. Drug-drug interactions related to hospital admissions in older adults : a prospective study of 1000 patients. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:944-8.
108. Belmin J. Optimiser l'utilisation des médicaments chez les sujets âgés. *Gériatrie 2^{ème} édition.* Masson. 2009;83:611-612.

109. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, et al. Appropriate prescribing in elderly people : how well can it be measured and optimized? *Lancet* 2007;370:173-84.
110. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
111. O'Mahony D, Gallagher P. Inappropriate prescribing in the older population : need for new criteria. *Age Ageing* 2008;36:632-8.
112. Barry P, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007;36:632-8
113. Pan F, Chermew ME, Fendrick AM. Impact of fixed-dose combination drugs on adherence to prescription medications. *J Gen Intern Med* 2008;23:611-4.
114. Pouchard D, Attali C, De Bulter J, et al. Médecine générale, concepts et pratiques. Masson. 1996:111-157.
115. Wroth TH, Pathman DE. Primary medication adherence in a rural population : the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. *J Am Board Fam Med* 2006;19:478-86.
116. Bayada JM, Pras P, Bertrand F, Sananes G, Babeau P. Observance médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de 65 ans et analyse de la littérature. *La revue de gériatrie*. 1985;10:459-74.
117. Shah PN, Maly RC, Frank JC, Hirsch SH, Reuben DB. Managing geriatric syndromes : what geriatric assessment teams recommend, what primary care physicians implement, what patients adhere to. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:413-9.
118. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330:293.
119. Zemansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ* 2001;323:1340-3.
120. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:303-16.
121. Bergman-Evans B. AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatr Nurs* 2006;27:174-82; quiz 83.
122. Dambielle K, Lepoutre B. Observance thérapeutique à la sortie de l'hospitalisation. Peut-on l'améliorer en proposant une « carte de traitement » explicative et descriptive ? *La Revue du Praticien*. 2010.

ANNEXE : questionnaire et tableau de l'étude

Questions

1 - Pensez-vous connaître votre traitement médicamenteux ?

oui non

2 - Combien de médicaments différents prenez-vous ?

3 - Lisez-vous la notice de vos médicaments ?

oui non

4 - Consommez-vous des médicaments délivrés sans ordonnance ?

oui non

AUTEUR : MOREL Arnaud

Date de Soutenance : jeudi 4 décembre 2014

Titre de la Thèse : Evaluation de la connaissance qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Gériatrie

DES + spécialité : DES Médecine Générale

Mots-clés : évaluation, connaissance, personnes âgées, médicaments, traitement

Résumé :

Contexte : Les personnes âgées sont souvent polyopathologiques et par la même, polymédiquées. Les patients âgés ayant une mauvaise connaissance de leurs médicaments sont plus à risque d'accidents iatrogènes. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la connaissance qu'a cette population de leurs médicaments.

Méthode : Cette étude prospective a évalué cet état de connaissance chez 150 patients de plus de 75 ans dans 10 cabinets de médecine générale de la région Nord Pas de Calais. Le recueil des données s'est basé sur un questionnaire et un tableau relatant la dénomination des médicaments, l'indication du traitement, sa forme galénique, sa posologie et horaires de prises, les vigilances particulières, effets indésirables et durée du traitement. Les données du tableau ont permis d'établir un score de connaissance.

Résultats : La connaissance des médicaments chez les sujets âgés était insuffisante dans son ensemble. Seuls 16% des patients interrogés connaissaient leur traitement de façon satisfaisante. Différents facteurs influençant cette connaissance ont été mis en évidence comme l'âge, le nombre total de médicaments pris par un patient ou encore la lecture par le patient de la notice de leurs médicaments.

Conclusion : Les patients âgés sont des patients complexes nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire coordonnée, personnalisée et mise à jour régulièrement. La réalisation d'une carte de traitement permettrait également d'améliorer cette connaissance.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur J. CARON

Assesseurs : Monsieur le Professeur J-M. LEFEBVRE

Monsieur le Docteur H. BOURNAILLIE

Monsieur le Professeur F. PUISIEUX